

# L'ASSISTENZA SANITARIA

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA  
E DELLE ASSICURAZIONI VITA

*Direttore: Prof. Dr. ILARIO ROMANELLI*

A N N O I X

1940 - (XVIII-XIX E. F.)

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE - VIA SALLUSTIANA, 51

*Redattore Capo: Dott. ALBERTO STARNA*

---

EDITO A CURA DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI -- R O M A



Corporate Heritage  
& Historical Archive

ANNUAL REPORT  
1998



---

---

## INDICE ALFABETICO PER MATERIA

(I lavori originali sono indicati in grassetto, e seguiti dal nome dell'Autore)

### A

- Abilitazione libera docenza* — (Ord. Min.). *Sospensione delle operazioni d'esame della sessione 1940 per l'...* 241.
- Abitazione* — *L'uomo necessita di una ... piccola*, 7.
- Abito* — *L'... di protezione nel lavoro*, 61.
- Acaprina* — *L'impiego dell'... nella pratica della sieroinfezione contro la peste bovina*, 36.
- *Lo stato attuale della teoria dell'... di Mosso*, 38.
- Acido ascorbico* — *Ricerche nell'uomo sull'azione dell'... sul ricambio idrocarbonato*, 90.
- *Determinazione dell'... nel trattamento vitaminico con sanocrisina*, 260.
- Acido borico* — *I preparati di acido ... come dimagranti sono pericolosi*, 267.
- Acido nicotinico e sangue*, 154.
- *Nuove applicazioni dell'...*, 307.
- Accesso soffocante* — *Considerazioni sugli aspetti dell'...*, 309.
- Acqua* — *L'uomo nell'...*, 111.
- Acque minerali* — *Classifica delle ... italiane autorizzate a tutto il 31 dicembre 1939*, 207.
- *... della Corsica*, 249.
- Acrocianosi* — *Contributo allo studio clinico delle ... con particolare riguardo alla terapia acetilcolinica*, 258-312.
- Addison* — *Cura del morbo di ... con l'autotrasfusione del sangue di soggetto affetto da ipertensione arteriosa essenziale*, 246.
- Addome acuto* — *Le occlusioni intestinali nel quadro dell'...*, 246.
- Aerologia* — *L'... nel quadro delle discipline scientifiche o tecniche*, 246.
- Aeronavigazione* — *Regolamento per la polizia sanitaria dell'...*, 241.
- Aeroplani* — *La formazione di ghiaccio sugli ...*, 246.
- Affezioni cutanee professionali*, 61.
- Affezioni dello stomaco* — *Le ... in A. V.*, 68.
- Affezioni pleuriche* — *Importanza dell'indagine radiologica nella diagnosi delle ... nei postumi di esse e nel giudizio prognostico*, 71.
- Affezioni polmonari professionali*, 61.
- Agente di assicurazione* — *L'...*, 243.
- Agenti di assicurazione* — *Bando di concorso per le scuole di addestramento e per i corsi di perfezionamento ad ...*, 239.
- Ago puntura* — *L'... cinese*, 164.
- Agricoltori* — *Una circolare di S. E. Tassinari sulla previdenza degli ...*, 114.
- Agricoltura* — *Riforma sull'assicurazione degli infortuni in ...*, 153.
- *Orientamento professionale in ...*, 258.

- Albi dei professionisti ed artisti — Determinazione contributo suppletivo sindacale 1940 per la tenuta degli ...*, 241.
- Alcaloide-terapia — ... e fitoterapia*, 193.
- Alcool — Il consumo di ... nel mondo*, 12.
- Alcoolemia — L' ... e la glicemia in soggetti normali e in diabetici sottoposti ad affaticamento*, 38.
- Alcoolismo — Mortalità per ...*, 11.
- Alcoolista — La discendenza dell' ...*, 61.
- Algie addominali — Sulla diagnosi di alcune ... nella donna*, 191.
- Algie facciali — Le ... ribelli*, 193.
- Alimentari — L'indagine statistica sulle disponibilità ... della popolazione italiana*, 247.
- Alimentazione — Indagine sull' ... delle gravide nel Parmense*, 244.
- *L' ... umana in tempo normale e in tempo di guerra*, 302.
- *Acclimatazione ed ... del bambino italiano in Africa*, 303.
- Alimento e vita*, 112.
- Alito — Il cattivo odore dell' ... (STARNA)*, 4.
- Alitosi — L' ...*, 164.
- Allergici — Rilievi sull'ematopoiesi midollare negli stati ...*, 186.
- Alluce — La provocazione dell'estensione dell' ... mediante i movimenti dell'arto inferiore*, 52.
- Alluminio — L'industria dell' ... in rapporto alla sicurezza e all'origine del lavoro*, 247.
- Ambiente rurale — L'infezione tubercolare infantile nell' ...*, 244.
- Ambliopie simulate — Metodo di sorpresa per le ...*, 258.
- Amebiasi con sindrome di anemia perniciosa*, 312.
- Amministrazione sanitaria — Notiziario dell' ... del Regno*, 155-189.
- Amplexus interruptus — Sindrome oculare dell' ...*, 258.
- Anafenbatt — Petraghani — Saggi di vaccinoterapia con l' ...*, 248.
- Anafilassi — Il comportamento della reazione di Donaggio nella ... sperimentale*, 52.
- Analisi — ... cromatografica nella separazione del pigmento ematico da soluzioni contenenti sangue e colore di anilina*, 102.
- Anatossina — Le applicazioni dell' ... stafilococcica nella pratica*, 38.
- Anchilostomiasi — L' ...*, 215.
- Anemia perniciosa — Proroga del concorso tra gli studiosi e i tecnici italiani per un ritrovato sulla cura dell' ...*, 66.
- *Terapia epatica e quadro ematico nella pratica dell' ...*, 309.
- Anemia tropicale — Rilievi sulla cosiddetta ...*, 155.
- Anestesia — L' ... locale nelle lesioni traumatiche*, 93.
- *L' ... locale nella pratica odontoiatrica*, 245.
- Aneurismi — Gli ... dell'arteria mesenterica superiore*, 208.
- Angina pectoris — Le manifestazioni atipiche ed iniziali dell' ...*, 67.
- *La patogenesi dell' ... e l'origine del valore anginoso*, 246.
- *La patogenesi dell' ... e l'origine del dolore anginoso*, 305.
- Antiaerei — Le condizioni di vita nella permanenza prolungata nei ricoveri ...*, 216.
- Antidifterica — Obbligatorietà della vaccinazione ...*, 114.
- *La profilassi ...*, 216.
- Antigene metilico — Alcuni controlli clinici dell'impiego dell' ... nella cura delle affezioni tubercolari*, 155.
- Antimalarica — Catechismo della lotta ...*, 51.
- *Il problema della immunità ... e i moderni tentativi di vaccino profilassi*, 307.
- Antimalarici — Impiego di prodotti ... e di metodi coadiuvanti*, 207.
- Antipiretiche — Comportamento di alcuni componenti urinari e dell'assorbimento intestinale in seguito a somministrazione di alcune sostanze ...*, 302.
- Antitubercolare — Lotta ...*, 244.
- Antitubercolari — Vaccinazioni ... preventive*, 114.
- Antropologia criminale — Congresso di medicina legale e delle assicurazioni e di ...*, 9.
- Antropologici — Gli studi ... etnologici e i problemi della patologia indigena nell'Impero*, 92.

- Antropometrici* — Alcune considerazioni su due studi ... regionali, 141.
- Aorta* — Alcuni rilievi di semiologia clinico radiologica dell' ..., 67.
- Aorto-coronario-miocardite* — Considerazioni su 57 osservazioni anatomo-cliniche di ..., 193.
- Apici polmonari* — La percussione topografica degli ..., 302.
- Apparato linfograndulare* — Le affezioni primitive e sistematiche dell' ... in medicina A. V., 69.
- Apparato respiratorio* — Le malattie dell' ... e la tubercolosi nella Marina italiana durante il triennio 1933-35, 300.
- Appendiciti croniche* — Studio radiologica delle cosidette ..., 246.
- Arbutina* — Il valore diuretico ed antinfettivo dell' ..., 249.
- Archivio di psicologia neurologia psichiatria e psicoterapia*, 50.
- Arteria mesenterica* — Gli aneurismi dell' ... superiore, 208.
- Arteriosclerosi* — Importanza dell' ... professionale precoce in A. V., 67.  
— Possibilità di prevenzione dell' ..., 89.
- Articolazioni* — Il liquido articolare nelle malattie delle ..., 312.
- Artropatie* — Le variazioni del calcio e del fosforo ematico in alcune ... per reazione della lutoterapia, 186.
- Asbestosi* — Anatomia patologica e patogenesi dell' ... polmonare, 191.
- Ascesso polmonare* — Quattro casi di ... trattati con onde corte, 144.
- Aspirazione endocavitaria* — L' ... nella cura delle caverne polmonari tubercolari, 48.  
— Metodo dell' ... delle caverne polmonari, 145.
- Assemblea* — III ... annuale dei Medici di Direzione degli enti di Assicurazione Vita, 62.
- Assicurazione* — Forma della disdetta nel contratto di ..., 114.  
— Esperienza francese in materia di ..., 114.  
— ... del credito nel rischio di guerra, 114.  
— Nuovo accordo economico tra imprese ed aziende di ..., 114.  
— Una nuova associazione di studi di ..., 181.  
— Approvazione di alcune tariffe di ... delle Compagnie di ... sulla vita, 181.  
— L' ... della flotta italiana passeggeri per il 1940, 181.
- Assicurazioni* — L'invalidità permanente nelle ... sociali e sulla vita, 153.
- Assicurazioni private* — (R. D.) Modificazioni ed integrazioni delle ..., 241.
- Assicurazioni sociali* — Orientamenti demografici delle ... italiane, 49.  
— (R. D.) Estensione al possedimento delle isole italiane delle ..., 241.
- Assicurazione Vita* — Il trauma remoto nel sinistro di ... (STARNA), 131.  
— L'esame funzionale del cuore e sua importanza in relazione alle visite di ... (POLIDORI), 195.  
— L'ereditarietà in ... (CIATTI), 202.
- Assistenza* — L' ... di malattia ai lavoratori del commercio durante l'anno 1938, 88.  
— L' ... sociale della madre italiana, 89.  
— L' ... medica nelle assicurazioni contro le malattie, 102.  
— Assistenza sanitaria ai coloni di Littoria, 154.
- Assistenza sanitaria volontaria* — L'opera della ... e dell'assistente sociale di fabbrica nella tutela fascista del lavoratore, 245.
- Assistente sociale* — L'opera della A. S. V. e dell' ... di fabbrica nella tutela fascista del lavoratore, 245.
- Attitudine al lavoro* — Sul concetto di diminuzione essenziale dell' ..., 184.
- Attività* — L' ... dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione Vita in Italia, 9.
- Attività assistenziale svolta dai Centri, subcentri sanitari e dai Consultori di medicina preventiva ed igiene dell'I.N.A. durante l'anno 1939*, 65.
- Attività unitaria sindacale di settori della Federazione Infortuni in Agricoltura*, 88.
- Attuari* — Giornale dell'Istituto Italiano degli ..., 186.
- Autarchia nel campo medico editoriale*, 243.
- Autoveicoli* — Divieto di circolazione degli ..., 243.

## B

- Bacillo di Koch* — *La virulenza del ... e sua patogenicità*, 145.  
*Bagno* — *Igiene della stanza da ...*, 112.  
*Banana* — *La ... alimento e medicamento*, 267.  
*Barometrica* — *Ricerche sperimentali sulle alterazioni polmonari da decompressione ...*, 244.  
*Basedow* — *Il morbo di Flaiani ...*, 69.  
*Bevande* — *Le ... nelle aziende specie in quelle in cui gli operai sono esposti al calore*, 183.  
*Benzidina* — *Valore reazione alla ... per l'identificazione medico-legale delle tracce di sangue*, 244.  
*Benzopirene* — *Produzione sperimentale di tumori nel colombo mediante 1 : 2 di ...*, 306.  
*Berillio* — *L'azione rachitogena del carbonato di ...*, 306.  
*Bibliografia medico biologica*, 243.  
*Biblioteche* — *Le ... d'Italia*, 187.  
*Biometria* — *Contributi italiani al progresso della ...*, 259.  
*Biometrico* — *Metodo ... semplificato di Pende per la diagnosi del biotipo umano*, 101.  
*Biotipologia* — *La ... umana individuale e sociale*, 145.  
*Blenorragia* — *Immunochemioterapia della ... e sua complicità*, 36.  
*Blocco atrio ventricolare* — *Il ... totale acuto da miocardite reumatica*, 188.  
*Bollettino statistico del Governatorato di Roma*, 185.  
*Bonifica umana*, 244.  
*Borse di studio per addestramento in puericoltura fra i medici di alcune province*, 182.  
*Broncopolmonite* — *La ... infantile*, 194.  
*Broncospirochetosi* — *... acuta in paratifo B accertato*, 187.  
*Brucellina* — *L'intradermoreazione con la ... per la diagnosi differenziale con la tubercolosi e la brucellosi*, 249.  
*Brucellosi* — *L'intradermoreazione con la brucellina per la diagnosi differenziale con la tubercolosi*, 249.  
*Buoni* — *Distribuzione ed utilizzazione dei ... gratuiti di visita medica periodica dell'I.N.A.*, 181.  
*Buoni novennali* — *La raccolta delle polizze abbinate ai ... a premi a scadenza 1949*, 114.

## C

- Caffè* — *Il chicco di ...*, 8.  
— *Analisi biometrica del ... in grani dell'A. O. I.*, 249.  
*Caffeina* — *L'azione della ... sulla glicemia a digiuno e sulla curva glicemica da carico di glicosio*, 50.  
*Calcica* — *Note di terapia ...*, 144.  
*Calcio* — *Le variazioni del ... e del fosforo ematico in alcune artropatie per la reazione della lutoterapia*, 186.  
— *Inconvenienti dei sali di ... per via endovenosa*, 207.  
*Calcoli* — *Le cause di recidive dei ... renali*, 99.  
*Calendario* — *Il ... dell'agricoltore*, 310.  
*Calore* — *La prevenzione dei disturbi da ...*, 247.  
— *Bevande nelle aziende, specie in quelle in cui gli operai sono esposti al ...*, 183.  
*Cancro* — *Il ... e l'assicurazione vita*, 47.  
— *Streptoterapia del ...*, 192.  
— *Rapporto tra trauma e ...*, 152.  
— *L'età della tubercolosi e del ...*, 302.

- Cancro — Il ... dello stomaco, 312.
- Cancrocirrosi — La ... del fegato, 248.
- Capillari — Le modificazioni del calibro dei ... durante l'azione di alcuni farmaci, 312.
- Carcinoma — Il ... dello stomaco, 98.
- Carcinomatosa — La costituzione e la diatesi ..., 301.
- Cardiopatie — Il valore della prognosi nelle ... nei riguardi dell'invalidità pensionabile, 97.
- Cardiopatia — La tiroidectomia nella ... tireo-tossica, 151.
- Carie — Perchè nonostante le cure i denti vanno soggetti a ..., 111.
- Carni ittiche — Determinazioni chimiche quantitative su ... congelate per stabilire quale sia il più razionale tra i vari metodi di scongelamento consigliati, 300.
- Casi di cura — Problemi e notizie delle ..., 244.
- Casse Mutue — Funzione sociale delle ..., 245.
- Cassoni — La malattia dei ... dal punto di vista otoliatrico, 143.
- Catalasi — Sul comportamento della ... ematica nei tumori, 191.
- Cause di morte nei vecchi, 12.
- Caverne polmonari — L'aspirazione endocavitaria nella cura delle ... tubercolari, 48.  
— Metodo dell'aspirazione endocavitaria delle ..., 145.
- Centri, sottocentri e consultori dell'I.N.A. in funzione all'inizio dell'anno XVIII, 10.
- Cerebrali — I sintomi oculari nella diagnosi e nella prognosi delle malattie ... (VELE), 230.
- Cervello — Muscolo e ..., 61.  
— Studio della tubercolosi del ..., 258.
- Chianciano — Trasferimento allo Stato delle Terme di ..., 181.
- Chinino — La broncopolmonite infantile trattamento con il ..., 194.
- Chininico — Sull'influenza di un trattamento ... in coincidenza con un trattamento immunizzante, 141.
- Chinober — Contributo clinico sperimentale allo studio del ... nella cura della malaria cronica, 51.
- Cibi in scatola e igiene, 240.
- Ciglia — Il battito delle ... come cronometro del pericolo, 112.
- Cintura — Come assottigliare la ..., 215.
- Circolazione stradale — I cresciuti pericoli della ... e l'assicurazione contro la propria responsabilità civile, 191.
- Circolo — Contributo allo studio dei rapporti tra respiro e ..., 303.
- Cisti congenite — Contributo alla conoscenza delle ... del segmento ileo-cecale dell'intestino, 208.
- Cistiti — Cura delle ... ribelli, 192.
- Classi — Lotta di ... e di nazioni, 191.
- Clima tropicale — L'influenza del ... sul tono muscolare, 88.
- Colimetria nelle acque e negli alimenti, 36.
- Coloniali — IV° Congresso italiano di studi ..., 182.
- Colonie fluviali — Sul valore delle ..., 155.
- Colonizzazione — Note sul comportamento della pressione del sangue sull'altopiano Etiopico presso gli Europei e sua influenza sugli sviluppi della ..., 140.
- Colpo di calore — Patogenesi del ... nei mietitori, 245.  
— Patologia e prevenzione del ..., 25.
- Comitato Medico Consultivo — La sessione invernale del ..., 62.
- Complemento — La deviazione del ... con il Fenbattaccin Petraghiani nella tbc cutanea, 142.
- Concorso — Un bando di ... per medici dell'I.N.A., 64.  
— Un bando di ... per l'ammissione di allievi alle scuole di addestramento e ai Corsi di perfezionamento dell'I.N.A., 64.  
— Proroga del ... tra gli studiosi ed i tecnici italiani per un ritrovato sulla cura dell'anemia perniziosa, 66.
- Colesterolemia — Valore prognostico dell'iper ... (BIASIOTTI), 123.
- Concorso — Bando di ... a premio, 182.

- Concorso — *I nuovi medici dell'I.N.A.*, 310.  
 — *Concorso del Servizio Sanitario dell'I.N.A.*, 114.  
 Congresso di medicina legale e delle assicurazioni e di antropologia criminale, 9-309.  
 — *Il IV° ... internazionale di eugenica*, 13.  
 — *IV° ... italiano di studi coloniali*, 182.  
 — *L' VIII° ... di medicina legale e delle assicurazioni*, 63.  
 — *Atti dell' VIII° ... dell'associazione italiana della medicina legale e delle assicurazioni*, 312.  
 — *Il ... di medicina legale e antropologia criminale*, 113.  
 Contagio — *Contributo allo studio del ... coniugale nella tubercolosi polmonare*, 185.  
 Coronarite — *A proposito della ... diffusa*, 192.  
 Corrente — *Comportamento della fibra nervosa di fronte all'azione della ... Galvanica e Faradica*, 51.  
 Corrente a bassa frequenza — *L'applicazione terapeutica della ...*, 250.  
 Costituzione e fenomeno tubercolare, 250.  
 Costituzione e gentilizio (CIATTI), 86.  
 — ... e professione (CIATTI), 26.  
 Cottura dei viveri — *Nozioni biochimiche sulle manipolazioni ...*, 305.  
 Croce Rossa — *L'opera di aiuto in guerra alla ... tedesca*, 267.  
 Cultura femminile — *La ... nel regime Fascista*, 191.  
 Cunette — *Fosse e ... delle strade vicinali*, 191.  
 Cuore — *L'esame funzionale del ... e sua importanza in relazione alle visite di A. V. (POLIDORI)*, 195.  
 Cuore e chirurgia, 89.  
 — *I vizi valvolari organici del ... in tempo di pace e in tempo di guerra*, 92.  
 — *Il giudizio sullo stato dell'attività del ...*, 97.  
 — *Il ... piccolo nel morbo di Flaiani Basedow*, 186.  
 — *Il ... in alta montagna*, 112.  
 — *Difendiamo il ...*, 142.

## D

- Demografici — *Orientamenti ... delle assicurazioni sociali italiane*, 49.  
 Denatalità — *Sport Femminile e ...*, 90.  
 Denti — *Perchè nonostante le cure i ... vanno soggetti alla carie*, 111.  
 — *Estrazione dei ...*, 245.  
 Diabete — *Il fegato nel ...*, 244.  
 — *Endocrinologia delle glandole salivari nel quadro del ... pluriglandolare*, 303.  
 — *Evoluzione dei concetti patogenetici del ...*, 308.  
 — *L'azione del succo di limone sul metabolismo glutinico in malati di ... mellito*, 306.  
 — *Evoluzione dei concetti patogenetici del ...*, 308.  
 Diabetici — *La eliminazione dell'acido ippurico nei ...*, 244.  
 — *La tubercolosi polmonare nei ...*, 145.  
 Diabetico — *Le quattro reazioni dispeptiche del ...*, 193.  
 Dietetici — *Sui più comuni errori ...*, 194.  
 Difterite — *La ... maligna*, 91.  
 — *La prognosi dell'intossicazione miocardica nella ...*, 89.  
 Disdetta — *Forma della ... nel contratto di assicurazione*, 114.  
 Disinfettante — *Quale ... bisogna adoperare*, 111.  
 Disinfezione — *Per la ... delle stoviglie nei pubblici esercizi*, 242.  
 — *dell'acqua — Acidi organici utili alla ...*, 267.  
 — *delle siringhe — L'inefficacia dell'alcool nella ...*, 267.  
 Dispeptiche — *Le 4 rezioni ... del diabetico*, 193.  
 Dissenteria — *La batteriofagoterapia della ... bacillare*, 309.  
 — *La ... nella campagna polacca con considerazioni di esperienza personale*, 309.

- Dissenterici* — Nuovo orientamento sulla identificazione e classificazione dei bacilli  
 . . . , 300.
- Distrofie* — La cura delle . . . muscolari progressive, 52.
- Dolore addominale* — Operabilità nel . . . , 250.
- Dolore* — Il . . . della regione epigastrica (CICU), 210.
- Donaggio* — La reazione del . . . studiata negli sportivi, 30.
- Comportamento della reazione di . . . nell'anafilassi sperimentale, 52.
- Ulteriori dati intorno al fenomeno di ostacolo del . . . sul siero di sangue, 52.
- Comportamento della fibra nervosa mielinica nel simpatico di fronte a vari anestetici, studio col metodo di . . . , 51.
- La neurorrete del . . . nella insonnia sperimentale, 103.
- Ricerche sperimentali sul comportamento della neurorrete di . . . nella somministrazione di tiroide secca, 103.
- La reazione del . . . studiata negli sportivi, 246.
- Il fenomeno di ostacolo del . . . e la reazione di Zambrini nella pratica medica, 259.
- Donna* — La . . . e l'organizzazione sociale moderna, 245.
- lavoratrice — Funzione politica sociale della . . . , 193.
- Dormire* — Non posso . . . che farò ?, 7.
- Duodenale* — Nefrosi calcifica nelle stenosi pilorica e . . . , 250.

## E

- Echinococco* — Rilievi clinici e radiologici in un caso di . . . del fegato, 243.
- Sugli aspetti radiologici delle cisti da . . . del polmone, 245.
- Echinococcosi* — L' . . . nei rurali, 88.
- Sulla diagnosi biologica delle . . . , 184.
- Edema* — Contributo clinico alla cura dell' . . . carbonchioso, 102.
- Elettrocardiografo ed elettrocardiogramma*, 245.
- Elettrocardiogramma* — L'effetto della rotazione in avanti e di fianco su l' . . . , 308.
- Elioterapica* — Nota sulla colonia . . . di Grigno, 51.
- Elmintologia umana nell'Africa Orientale*, 307.
- Ematemesi e melene*, 184.
- Ematopoiesi* — Rilievi sull' . . . midollare negli studi allergici, 186.
- Emeralopia* — Per carenza di vitamina A, 243.
- Emicrania* — L' . . . metereotropa, 151.
- Emolisi* — Sull' . . . da cause fisicochimiche e sulle resistenze globulari, 103.
- Emorragie cerebrali* — Nuova ipotesi sulla etiopatogenesi delle . . . , 151.
- Enfisema polmonare* — Importanza sociale dell'asma bronchiale dell' . . . e risultati del termalismo idrominerali, 308.
- Enterococco* — Determinazione dell'indice . . . nelle acque esposte ad inquinamento di feci, 193.
- Emeralopia* — L' . . . (VELE), 264.
- Eosinofilia* — L' . . . nella diagnostica clinica, 155.
- Epatite* — Un caso di . . . amebica a tipo sub acuto non colliquato, 51.
- Epatocolangite* — Caso di . . . cronica splenomegalica, 154.
- Epatorenale* — La funzionalità . . . nelle ustioni gravi, 37.
- Epidemie di guerra* — Le vaccinazioni profilattiche contro le . . . , 250.
- Equilibrio acido basico* — Ricerche sperimentali sulle variazioni dell' . . . nei traumi, 142.
- Ereditarietà* — L' . . . in A. V. (CIATTA), 202.
- Ergobasina* — Possiede l' . . . azione splenocontrattile ?, 243.
- Eritema* — Sul c. d. . . . pellagroide monosintomatico, 90.
- Eritema nodoso* — Un caso di . . . natura tubercolare, 155.
- Esami Universitari* — (Ord. Min.) Sessione autunnale degli . . . 1939-40, 241.
- Esposizione* — L' . . . di igiene divulgativa in Grecia, 13.
- Estate* — Piaceri e pericoli dell' . . . , 215.

- Estratti ovarici* — Ormoni femminili puri od ... e di corpo luteo, 145.  
*Età biologica* — Le proprietà biochimiche del sangue in rapporto all' ... (FIANDACA), 115.  
*Etmoide* — I tumori amieloplassi dell' ..., 155.  
*Etruria* — In terra di ..., 182.  
*Eugenica* — Il IV° Congresso internazionale di ..., 13.  
*Evipan sodico* — Interruzione della sindrome catatonica con l' ..., 258.  
*Evoluzione sociale* — Sviluppo spirituale ed ... 191.  
*Extrasistoli* — Interpretazione clinica delle ..., 249.

## F

- Fabbrica di munizioni* — Manifestazioni morbose tra gli operai di una ..., 242.  
*Fagioli* — Un buon piatto di carne; i ... (STARNA), 262.  
*Farine* — Sul valore alimentare di pane confezionato con miscele di ... di cereali e legumi, 247.  
*Farmaci cardiaci* — Basi farmacologiche delle associazioni terapeutiche dei ..., 38.  
*Febbre ricorrente africana* — Note di clinica e terapia della ..., 155.  
*Febbre tifoidea* — Qualche nota di epidemiologia terapeutica su 101 casi di ..., 155.  
*Feci* — La determinazione dell'indice enterococco nelle acque esposte ad inquinamento di ..., 193.  
*Fecondità femminile* — Le intossicazioni professionali e la ... 191.  
*Federazione Fascista* — Il contributo dato all'assicurazione della ... per la lotta contro la tubercolosi, 143.  
*Fegato* — Rilievi clinici e radiologici in un caso di echinococco del ..., 243.  
 — Il ... nel diabete, 244.  
 — La cancrirosi del ..., 248.  
*Fermenti* — I ... (CLAUSI-SCHETTINI), 212.  
*Fosfatemia* — Studi sulla glicemia e sulla ... dopo iniezioni di vitamina B nei bambini, 249.  
*Fenomeno da ostacolo* — Il ... sul siero di sangue, 52.  
 — della ruota dentata — Il ... del tarso nei parkinsoniani post encefalitici, 52.  
 — di ostacolo — Il ... del Donaggio e la reazione di Zambrini nella pratica medica, 259  
*Fistola anale* — Il significato della ... in A. V. (CLAUSI-SCHETTINI), 277.  
*Flaiani Basedow* — Il morbo di ..., 69.  
 — Il cuore piccolo nel morbo di ..., 183.  
*Flebite* — Il metodo di Tarnier nella cura della ... puerperale post-operatoria, 154.  
*Flocculazione* — Reazione di ... nel sangue di malati trattati con sostanze radianti, 193.  
*Fonderie di acciaio* — La silicosi nelle ... 248.  
*Fosforo* — Le variazioni del calcio e del ... ematico in alcune artropatie, 186.  
*Fossa settica* — La manutenzione della ..., 8.  
*Fosse e cunette delle strade vicinali*, 191.  
*Freddi* — Mani e piedi . . ., 7.  
*Freddo* — Come adoperare il ... per la conservazione degli alimenti, 111.  
*Frutta* — La cura di ..., 112.  
*Fumo* — I pericoli del ... nella donna, 165.

## G

- Gastriti* — Considerazioni sulle ... croniche in A. V., 68.  
*Gelati* — I pericoli dei ..., 216.  
*Gentilizio* — Costituzione e ... (CIATTI), 86.  
*Ginnastica per donna*, 215.  
*Glaucoma* — Il ... in rapporto all'A. V. (VELE), 21.

- Glicemia* — *L'alcoolemia e la . . . in soggetti normali e in diabetici sottoposti ad affaticamento*, 38.
- *L'azione della caffeina sulla . . . a digiuno e sulla curva glicemica da carico di glucosio*, 50.
- *e curva glicemica nei Parkinsoniani encefalitici in rapporto alla cura Bulgara*, 52.
- *Sulla . . . e sulla fosfatemia dopo iniezione di Vitamina B nei bambini*, 50.
- Glicoli* — *Intossicazione da . . .*, 244.
- Glicolisi* — *La . . . in vitro nel sangue dei tubercolotici diabetici*, 247.
- Glomerulonefriti* — *Direttive terapeutiche delle . . . diffuse croniche in secondo e terzo stadio*, 246.
- Glutationemia e metabolismo basale (CURIONE)*, 14.
- Gotta* — *Rivista sintetica sull'uricemia e la . . . con riferimento circa l'A. V.*, 69.
- Gozzismo* — *L'andamento del . . . in provincia d'Aosta*, 188.
- Gozzo* — *Rapporti tra . . . ed affezioni tubercolari dell'apparato respiratorio*, 303.
- Gravidanza* — *Sulla ritenzione di una delle placente in un caso di . . . gemellare*, 51.
- *La reazione pupillare Berkowitz nella diagnosi precoce di . . .*, 248.
- Grappoli* — *Quando i . . . si fanno d'oro (STARNA)*, 158.
- Gravide* — *Indagini sulla alimentazione delle . . . nel Parmense*, 244.
- Guerra* — *I microbi come arma di . . .*, 215.
- *. . . e nevrastenia*, 311.

## I

- Ide* — *La reazione di . . .*, 36.
- *La reazione di . . . per la diagnosi di sifilide*, 114.
- *La reazione cromatica di . . . nella diagnosi della sifilide comparata alla reazione Wassermann e alla reazione Meiniche*, 188.
- Idrati di carbonio* — *La tolleranza degli . . . nelle poliartriti ed altre malattie*, 260.
- Igiene* — *L'esposizione di . . . divulgativa in Grecia*, 13.
- *Istituzione del treno bagno per l' . . . delle truppe*, 66.
- *rurale* — *Un centro di studi di . . . istituito a Perugia*, 12.
- Igienici* — *I servizi . . . assistenziali nelle Aziende industriali e commerciali*, 101.
- Igromi* — *Sulla cura degli . . . delle cosiddette cisti sinoviali*, 144.
- Ileo da diverticolo di Meker* — *Due casi di . . .*, 155.
- *cecale* — *Contributo alla conoscenza delle cisti congenite del segmento . . . dell'intestino*, 208.
- Ilo polmonare* — *Valore diagnostico e prognostico dell'ombra dell' . . . in medicina A. V. (RICCIOTTI)*, 146.
- Immunità* — *L' . . . locale verso il virus vaccinico*, 36.
- Immunizzante* — *Sulla influenza di un trattamento chininico in coincidenza con un trattamento . . .*, 141.
- Immunochemioterapia della blenorragia e sue complicanze*, 36.
- Impero* — *Popolazione dell' . . .*, 182.
- *La costruzione dell' . . .*, 192.
- Imposta generale sull'entrata*, 243.
- Imprese coloniali* — *Organizzazione sanitaria e . . .*, 143.
- Inalazioni* — *L'uso terapeutico per . . . nelle malattie infettive catarrali*, 250.
- Indice toracico* — *Qual'è l' . . . normale?*, 70.
- Infermiera* — *La missione sociale della . . .*, 183.
- Infezioni dentarie e malattie generali*, 12.
- *Meccanismo della resistenza naturale alle . . .*, 92.
- *nei vegetali* — *Resistenza e difesa contro le . . .*, 240.
- *tubercolare infantile* — *L' . . . nell'ambiente rurale*, 244.
- Infortuni* — *La prevenzione degli . . .*, 11.

- Infortunati da elettricità in Svizzera*, 66.
- *Riforma dell'assicurazione degli . . . in agricoltura*, 153.
  - *sul lavoro — L'assicurazione obbligatoria contro gli . . . in Albania*, 243.
  - *L'azione dell'Ente Naz. Propaganda della Prevenzione degli . . . durante l'anno 1938*, 154.
  - *Gli . . . nell'industria*, 247.
- Infortunistica — Produzione scientifica italiana nell'anno XVII nel campo della medicina . . .*, 259.
- Insufficienza cardiaca circolatoria e delle coronarie*, 303.
- Insulina — L'uso abituale dell' . . .*, 250.
- Insurance — Manual of Life . . . Medicine*, 258.
- Intossicazioni professionali — Le . . . e la fecondità femminile*, 191.
- Invalidità — Il valore nella prognosi nelle cardiopatie nei riguardi dell' . . . pensionabile*, 97.
- *L' . . . permanente nelle Assicurazioni sociali e nelle assicurazioni sulla vita*, 153.
  - *Considerazioni sulle . . . multiple*, 301.
- Invecchia — Perchè si . . .*, 112.
- Iosciamina — La . . . e le sue principali indicazioni*, 249.
- Ioscina — La . . . possente sedativo del sistema nervoso*, 193.
- Iperazotemia — Valore prognostico dell' . . . nella pratica assicurativa (BIASIOTTI)*, 268.
- Ipercolesterolemia — Valore prognostico della . . . (BIASIOTTI)*, 123.
- Iperensione arteriosa — Contributo alla radiologia della . . . in A. V.*, 67.
- *Tentativi e primi risultati della cura chirurgica dell' . . .*, 97.
  - *L' . . . arteriosa e le sue complicazioni*, 112.
  - *Trattamento dell' . . . arteriosa, terapia medica e chirurgica*, 188.
  - *arteriosa — Cura del Morbo di Addison con l'ormotrasfusione del sangue di soggetto affetto da . . . essenziale*, 246.
  - *La teocina nella cura della . . . arteriosa*, 312.
- Ipertrofia prostatica — Sulla terapia della . . .*, 37.
- Ipofisi — A proposito del cosiddetto sistema porta-ipofisario nell' . . . umana*, 243.
- Ipoglicemizzante — Sull'azione . . . dell'ormone testicolare*, 246.
- Iprite — Ricerche preliminari sulla possibilità di neutralizzare l' . . . nell'albero respiratorio mediante iniezioni endotracheali*, 36.
- Irite — L' . . . e suoi postumi in A. V.*, 68.
- Itterizia — L' . . .*, 164-216.

## L

- Labbro leporino — L'ereditarietà del . . . e della palato-schisi*, 186.
- Lapis copiativo — Le ferite da . . .*, 267.
- Latrina — La . . . ad acqua corrente*, 8.
- Latte — La difesa del . . . contro i germi patogeni*, 8.
- *Perchè bollire il latte pastorizzato*, 61.
- Latticemia — La . . . nello scompenso cardiaco dopo iniezioni di Vitamina C*, 305.
- Lavorando — Malati che si curano . . .*, 164.
- Lavoro e maternità*, 37-185.
- Lebbra — La diagnosi della . . .*, 140.
- Legislazione sociale — Genesi e sviluppo della . . .*, 49.
- Leishmaniosi — Recenti studi sulla . . .*, 144.
- *Reazioni sierologiche di . . . canina*, 155.
- Lesione — Gravissima . . . della faccia e del collo da Raggi Roentgen*, 37.
- Lesioni corneali — L'importanza dei traumi contusivi e delle . . . nel determinismo di alcuni vizi di refrazione*, 37.
- Lesioni — Assistenza e provvidenza terapeutiche nelle . . . maxillo-facciali sul campo di battaglia*, 304.

- Linfatici torpidi ed eretistici di fronte alle cure di Salsomaggiore*, 191.  
*Linfogranulomatosi — Risultati radioterapeutici nella . . . maligna*, 98.  
*Lisimelie — La unità antimalarica . . . nel suo primo anno di vita*, 51.  
*Lombaggine — Una causa della . . .*, 8.  
*Lontananza del focolaio domestico (La)*, 7.  
*Luce — I disturbi della vista in rapporto alla . . . (VELE)*, 161.  
*Lues — Su di un caso raro di osteoartrite acromio-clavicolare destra, manifestazione tardiva di . . . acquisita ed ignorata*, 154.  
*Luetica — Rapporti tra infezione . . . ed insufficienza aortica ai fini della prognosi assicurativa*, 67.  
*Lupus — Orientamento attuale sul . . . eritematoso*, 90.  
*Lussazione — Contributo alla conoscenza delle . . . e sub lussazione delle vertebre cervicali*, 208.

## M

- Macchina — La fisiologia umana e la . . .*, 191.  
*Madre — Come s'insegna a fare la . . .*, 111.  
*Malaria — Consensi e dissensi alla patognomonicità del segno di Paniello nella diagnosi di . . .*, 51.  
 — *Contributo clinico sperimentale allo studio del chinober nella cura della . . . cronica*, 51.  
 — *Mortalità per . . . cachessia palustre*, 142.  
 — *Su alcune manifestazioni nervose della . . .*, 303.  
 — *Prime esperienze sulla cura della . . . con il tartaro stibiato in A. O.*, 186.  
*Malariche — Protezione dell'infanzia e dell'adolescenza nelle zone . . . bonificate*, 51.  
*Malattie generali — Infezioni dentarie e . . .*, 12.  
*Malattie infettive — Rilievi statistici sopra alcune . . . a causa di sinistro negli assistiti dell'I. N. A. (CIATTI)*, 173.  
*Malattie — La prevenzione delle . . .*, 149.  
*Maternità — Lavoro e . . .*, 37-185.  
*Medicamento — L'autarchia del . . . italiano*, 102.  
*Medicina A. V. — Valore diagnostico e prognostico dell'ombra dell'ilo polmonare in . . . (RICCIOTTI)*, 146.  
*Medicina coloniale*, 248.  
 — *infortunistica — Produzione scientifica italiana nell'anno XVII, nel campo della . . .*, 259.  
 — *indiana nazionalista*, 187.  
 — *legale e delle assicurazioni — Congresso di . . . e di antropologia criminale*, 9.  
 — *La . . . in Orazio*, 156.  
 — *legale — Congresso di . . .*, 113.  
 — *legale — Compendio di . . .*, 100.  
 — *legale e delle assicurazioni — L'VIII Congresso di . . .*, 63.  
 — *legale e delle assicurazioni — Scuola di perfezionamento di . . .*, 239.  
 — *legale militare — Causa unica ed immediata concausa preponderante e necessaria di servizio nella . . .*, 142.  
 — *tropicale — Problemi di . . . in rapporto alle A. V.*, 70.  
*Medici Caduti — Inaugurazione del Sacratio ai . . .*, 182.  
*Medico — La responsabilità del . . . nelle dimissioni di malati da luoghi di cura*, 187.  
*Meiniche — Reazione cromatica Ide nella diagnosi della sifilide comparata alla reazione di Wassermann e alla reazione di . . .*, 188.  
*Melanodermia professionale da olii lubrificanti*, 90.  
*Melene — Ematemesi e . . .*, 184.  
*Meningo-radico-polineurite motoria ascendente*, 312.

- Menzogna — Il valore psico-sociale della della . . . ai fini medico-legali nelle dichiarazioni sanitarie in assicurazione (STARNA), 285.
- Mercuriale — Nuove fonti di intossicazione . . . , 257.
- Metabolismo — Contributo allo studio del . . . azotato durante i processi ricostruttivi, 186.
- Metabolismo basale — Glutationemia e . . . (CURIONE), 14.
- . . . basale — Il . . . negli sportivi, 305.
- . . . generale — Sui rapporti reciproci tra l'acido ossalico ed urico nel sangue degli ammalati con alterato . . . , 192.
- Meteorologia — La . . . scienza ausiliaria di guerra, 188.
- Meticciano — La patologia del . . . , 143.
- Ancora sul . . . , 248.
- Metodo cromatografico — Il . . . e le sue applicazioni in medicina legale, 103.
- Microbarografo — Su di un . . . , 246.
- Microbi — I . . . come arma di guerra, 215.
- Micrometodi — Utilità dei . . . per la diagnosi della sifilide, 71.
- Microscopio elettronico — Il . . . , 240.
- Miele — Sull'azione antibatterica del . . . , 183.
- Mietitori — Patogenesi del colpo di calore nei . . . , 245.
- Mygalida — Avvelenamento letale da puntura di . . . , 300.
- Miliari — Contributo clinico radiologico allo studio delle . . . regionali discrete, 88.
- Minzione — Osservate la vostra . . . (CONFORTO), 109.
- Miocardio — Un caso di infarto del . . . con tachicardia ventricolare, 193.
- Miocardite reumatica — Il blocco atrio-ventricolare totale acuto da . . . , 188.
- Miocardite — Su di un caso di . . . melanoide, 193.
- Miopia — Etiologia e patogenesi delle anomalie di refrazione con speciale riguardo alla . . . e al suo trattamento, 250.
- Morbo Werdwrg-Hofmann — Contributo clinico e anatomo patologico alla conoscenza del . . . , 52.
- Morbo Flaiani Basedow — Il cuore piccolo nel . . . , 186.
- Mortalità per malaria e cachessia palustre, 142.
- Sguardo retrospettivo delle statistiche di . . . dal 1837 al 1937, 153.
- Diminuzione della . . . negli Stati Uniti, 307.
- Morte — Cause di . . . nei vecchi, 12.
- Morte improvvisa — La . . . sul lavoro e sua valutazione medico-legale, 103.
- Morti improvvise — Le . . . nelle malattie respiratorie e circolatorie, 307.
- Mosche — La lotta contro le . . . , 165.
- Mosso — Lo stato attuale della teoria dell'acaprina di . . . , 38.
- Motilità — Particolare aspetto della . . . riflessa extrapiramidale, 103.
- Munizioni — Fabbrica di . . . , 242.
- Muscolo e cervello, 61.
- Musica moderna ed estetica, 187.

## N

- Nanismo — Osteomalacia come causa di . . . , 260.
- Natalità — Sulla politica della . . . , 38.
- Natura — Come insegnare ad amare la . . . , 165.
- Nazioni — Lotte di classi e . . . , 191.
- Nefropatie — Valore prognostico dell'uricemia nelle . . . croniche (BIASIOTTI), 72.
- Nefrosi calcifica nelle stenosi pilorica e duodenale, 250.
- Neurochirurgia — Significato della ptialo-reazione di Zambrini in . . . , 258.
- Neurologico — Raduno . . . , 12.
- Nevrastenia — Guerra e . . . , 311.
- Nicotinico — Regressione di alcuni disturbi da sulfamidici in seguito a somministrazione di acido . . . , 144.
- Nolli — Sul valore della reazione . . . nella diagnosi di sifilide, 186.

## O

- Obesità — Problemi dell' . . . , 99.*
- Occlusioni intestinali — Le . . . nel quadro dell'addome acuto, 246.*
- Oculari — I sintomi . . . nella diagnosi e nella prognosi delle malattie cerebrali (VELE), 230.*
- Oculari — Gli ormoni e le vitamine nelle malattie . . . , 250.*
- Oculistica — I sulfamidici e suoi derivati in . . . , 194.*
- Odontoiatrica — L'anestesia locale nella pratica . . . , 245.*
- Onde corte — Quattro casi di ascesso polmonare trattati con . . . , 144.*
- Onde vitali — Cura delle . . . e biomeccanica cerebrale, 258.*
- Organi in vitro — Compiti e storia del metodo di coltivazione degli . . . , 308.*
- Organizzazione sanitaria ed imprese coloniali, 143.*
- Ormone testicolare — Sull'azione ipoglicemizzante dell' . . . , 246.*
- Ormoni** — Gli . . . (CLAUSI-SCHETTINI), 54.
- Ormoni femminili puri od estratti ovarici e di corpo luteo?, 145.*
- *Nascita vita e meraviglia degli . . . , 215.*
- *Gli . . . e le vitamine nelle malattie oculari, 250.*
- *. . . e vitamine, 306.*
- Ormo-sieroterapia — L' . . . testicolare, 192.*
- Ortopedico — L'opera del Regime nel campo . . . traumatologico, 100.*
- Ospedale — Il problema del medio e del piccolo . . . , 258.*
- *Norme per la costruzione di . . . e di ospedali monoblocchi, 259.*
- Ospedali — Studio epidemiologico sulla poliomielite anteriore acuta con riguardo alle misure profilattiche negli . . . , 189.*
- Ospedali Riuniti — Pio Istituto di S. Spirito e degli . . . di Roma; Statistica sanitaria 1939, 156.*
- Ospedalieri — Esigenze particolari degli edifici . . . ; la difesa dai rumori, 207.*
- Ossalico — Rapporti reciproci tra l'acido . . . ed urico nel sangue degli individui con alterato metabolismo generale, 192.*
- Osteomalacia come causa di nanismo, 260.*
- Otoscofia — Alcuni elementi di . . . (STARNA), 94-250.*

## P

- Palatoschisi — L'ereditarietà del labbro leporino e del . . . , 186.*
- Pane — Sul valore alimentare di . . . confezionato con miscela di farina di cereali e di legumi, 247.*
- Paniello — Consensi e dissensi alla patogenicità del segno di . . . nella diagnosi di malaria, 51.*
- Paralisi infantile — Nuovi metodi di cura della . . . , 245.*
- Paralisi — Pseudo . . . diaframmatica, 309.*
- Paralitici — Sulla costituzione morfologica dei . . . progressivi, 100.*
- Parassita malarico — Reperti di forme apigmentate del . . . , 155.*
- Parassitosi — Le . . . intestinali, 50.*
- Paratifo B — Bronco spirochetosi acuta in . . . accertato, 187.*
- Paratifoidee — Contributo clinico allo studio delle infezioni . . . nei lattanti, 51.*
- Passeggiare — Il . . . , 8.*
- Pasti — Contributo alla conoscenza del pH urinario e delle sue variazioni in rapporto con i . . . , 244.*
- Peniteziarie — Questioni . . . , 191.*
- Pericarditi — Le modificazioni del complesso ventricolare elettrico nel corso delle . . . con versamento, 193.*
- Peritoniti — Le . . . da perforazione dell'ulcera tifosa, 246.*
- *acute — Sieroterapia delle . . . da appendicite, 250.*

- Pertosse* — Vaccinoterapia intradermica nella . . . , 307.
- Pesce* — La carne di . . . (CLAUSI-SCHETTINI), 2.
- Pesce* — Valore nutritivo del . . . , 216.
- Pesi* — Normopesi, sottopesi e sovrapesi in un gruppo di 500 soggetti maschi adulti veneti, 70.
- Peste bovina* — L'impiego dell'acaprina nella pratica della siero infezione contro la . . . , 36.
- pH* — Contributo alla conoscenza del . . . urinario e delle sue variazioni in rapporto con i pasti, 244.
- Piedi* — Perchè si ammaliano i nostri . . . , 164.
- Pilorica* — Nefrosi calcifica nelle stenosi . . . e duodenale, 250.
- Piodermite* — La . . . vegetante, 250.
- Piogge* — Le . . . e il rendimento del grano nel territorio di Perugia, 188.
- Plesso nervoso* — Variazioni sfigmografiche del polso radiale e modificazioni papillarescopiche per stimolazione elettrica del . . . , 312.
- Pleurite* — Rapporti patogenetici tra . . . idiopatica e tubercolosi e loro importanza, 140.
- Pneumotorace* — L'importanza dello sforzo muscolare nell'etiopatogenesi del . . . spontaneo, 242.
- Poliartriti* — La tolleranza degli idrati di carbonio nelle . . . , 260.
- Poliomielite* — Studio epidemiologico sulla . . . anteriore acuta con particolare riguardo alle misure profilattiche da applicarsi negli ospedali, 189.
- Polizze abbinate* — Raccolta delle . . . ai buoni novennali a premi a scadenza 1949, 114.
- abbinate — Alcune caratteristiche delle . . . , 114.
- Polizza rurale* — Reddito a riduzione del raccolto nella . . . , 185.
- scolastica — In tema di . . . , 114.
- Pollice* — Ricostruzione del . . . dopo la sua amputazione traumatica, 186.
- Polmone* — Sul . . . da polvere di cemento, 90.
- Sugli aspetti radiologici della cisti da echinococco del . . . , 245.
- d'acciaio — Primo esperimento in Italia del . . . , 66.
- Polso arteriolare* — Studio clinico sul . . . , 312.
- Popolazione* — La . . . di Roma, 66.
- dell'Impero, 182-310.
- Preparazione materna* — La . . . , 66.
- Pressione* — La . . . del sangue, 37.
- arteriosa — I soggetti con sovrappeso e la . . . , 66.
- arteriosa — La misurazione della . . . , 68.
- Pressione arteriosa* — La . . . nei tubercolotici (ANDREUCCI), 81.
- . . . sanguigna e affaticamento, 304.
- arteriosa — Le modificazioni della . . . durante gli atti della respirazione nei cardiopazienti, 312.
- arteriosa — Studio clinico della . . . in rapporto al peso del corpo, 309.
- del sangue — Note sul comportamento della . . . sull'altopiano etiopico presso gli Europei e la colonizzazione, 140.
- sistolica — I valori della . . . , 238.
- Pressioni sanguigne sistoliche* — Altezza delle . . . in A. V., 250.
- venosa — Contributo allo studio clinico della . . . , 312.
- Prestiti* — Somme concesse per . . . senza interessi agli assicurati dell'I.N.A. per operazioni chirurgiche, 9.
- su polizze — Natura giuridica dei . . . , 243.
- su polizze — La copertura assicurativa dei . . . , 114.
- Prevenzione delle malattie*, 149.
- Prevenzione degli infortuni* — L'azione dell'Ente Naz. di Propaganda per la . . . durante l'anno 1938, 156.
- Previdenza* — Una circolare di S. E. Tassinari sulla . . . degli agricoltori, 114.
- La . . . faciliterà la formazione della piccola proprietà rurale e la difenderà, 185.
- sociale — Riassunto storico della . . . in Italia, 248.
- Problema chimico farmaceutico* — Direttive di marcia ed obiettivi del . . . italiano, 141.

- Proctologici — *La diagnosi dei disturbi . . . all'ambulatorio*, 190.  
 Professionale — *Attività . . . e tiroide*, 245.  
 Professionali — *Orientamenti . . .*, 192.  
 Professione — *Costituzione e . . . (CIATTI)*, 26.  
 Profilassi — *La . . . antidifterica*, 216.  
 Prognosi lavorativa — *Importanza clinica della . . . nei suoi riflessi medico-sociali*, 37.  
 Progresso delle scienze — *La Società italiana per il . . . nell'anno XVIII E. F.*, 101.  
 Prontosil — *Il . . . in due casi di meningite tbc.*, 251.  
 Proprietà rurale — *La previdenza faciliterà la formazione della . . . e la difenderà*, 185.  
 Prostatica — *Sulla terapia della ipertrofia . . .*, 37.  
 Psicologia — *La . . . umana e la macchina*, 191.  
 — *Le aspirazioni pratiche della . . . sperimentale nella ricerca delle attitudini e del loro adattamento al nuovo ambiente lavorativo creato dalla Carta del lavoro e dalla Carta della scuola*, 142.  
 Psicosi funzionale — *Causa della . . .*, 153.  
 Psicosi post-infettive — *Il glicerosolfato di sodio ad alte dosi nella cura delle . . .*, 247.  
 Ptialo-reazione — *Significato della . . . Zambrini in neurochirurgia*, 258.  
 — *La . . . di Zambrini*, 259.  
 — *Zambrini — Il fenomeno di ostacolo del Donaggio e la . . . nella pratica medica*, 259.  
 Pubertà — *La . . . (PAPETTI)*, 255.  
 Puericoltura — *Borse di studio per addestramento in . . . ai medici di alcune provincie*, 182.  
 Pupillare — *La reazione . . . di Berkowitz nella diagnosi precoce della gravidanza*, 248.

## R

- Rachide — *Su di una particolare alterazione della . . .*, 185.  
 Radiologica — *Possibilità di differenziazione . . . dell'ulcera benigna e maligna dello stomaco*, 243.  
 Radiologico — *Studio . . . delle cosiddette appendiciti croniche*, 246.  
 Raduno neurologico, 12.  
 Raffreddamento — *Malattie di . . . negli impiegati*, 7.  
 Raggi Roentgen — *Gravissima lesione della faccia e del collo da . . .*, 37.  
 Razza — *Dottrina e politica della . . .*, 185.  
 Razziali — *Le varianti psichiche . . .*, 139.  
 Reato di fuga — *Osservazioni sul . . .*, 191.  
 Reazione di Gaetgaens — *La . . . in medicina A. V.*, 71.  
 — *di Ide — La . . .*, 30.  
 — *di Nolli — Sul valore della . . . nella diagnosi della sifilide*, 186.  
 — *di Zambrini — La . . . in chirurgia*, 260.  
 Reddito globale a riduzione del raccolto nella polizza rurale, 185.  
 Regime Fascista — *La cultura femminile nel . . .*, 191.  
 — *Elevazione della vita e dell'ambiente rurale in . . .*, 101.  
 Rene — *Cisti ematica vera del . . .*, 249.  
 Rene mobile — *Indicazioni tecniche e risultati del trattamento chirurgico del . . .*, 243.  
 Respiro — *Contributo allo studio dei rapporti tra . . . e circolo*, 303.  
 Responsabilità civile — *I pericoli della circolazione stradale e l'assicurazione contro la propria . . .*, 191.  
 Responsabilità penale — *Le scuole di guida e la . . . degli istruttori*, 191.  
 Restringimenti post-blenorragici e la prognosi dei . . . in A. V. (CONFORTO), 166.  
 Restringimenti uretrali — *I . . . post blenorragici in A. V.*, 69.  
 Resistenza capillare — *Confronto tra metodi di stati e di aspirazione per lo studio della . . .*, 303.  
 Retina — *La . . . nelle malattie renali e nell'ipertensione in rapporto alla medicina A. V.*, 68.  
 Retto — *Diagnosi, prognosi, divisione in gruppo dei carcinomi del . . .*, 250.

- Reumatica* — *L'infezione . . .*, in A. V., 70.  
*Reumatismo* — *Sulla importanza sociale del . . .*, 37.  
*Reumatismo infettivo* — *Il problema medico sociale del . . . acuto in rapporto all'ambiente rurale*, 47.  
*Richiamati alle armi* — *Il trattamento dei lavoratori del commercio . . .*, 245.  
*Rifiuti urbani* — *Utilizzazione dei . . .*, 311.  
*Riflesso patellare* — *Il significato diagnostico del . . .*, 189.  
*Rinoplastica* — *Le complicazioni che possono servire alla . . .*, 186.  
*Rinoscopia* — *Qualche elemento di . . . (STARNA)*, 39.  
*Rischi* — *L'assicurabilità dei . . . presunti di infrazione*, 114.  
— *Nozioni per l'accettazione dei . . .*, 258.  
*Rischio* — *L'esperienza francese in materia di assicurazione del credito sul . . . di guerra*, 114.  
— *Copertura del . . . di guerra*, 310.  
*Roentgenfotografia* — *La . . .*, 145.  
*Roentgencardiologia sportiva*, 37.  
*Roentgenterapia* — *Reazioni locali e generali da . . . a 350 kw.*, 141.

## S

- Sacrario* — *Inaugurazione del . . . ai medici caduti*, 182.  
*Salsoidiche* — *Sul meccanismo di azione delle acque minerali . . . in rapporto alla contrattilità dell'ovario*, 306.  
*Salsomaggiore* — *Primo centenario delle cure di . . .*, 156.  
— *Linfatici torpidi e linfatici eretistici di fronte alle cure di . . .*, 191.  
*Sanatorio di Pianula* — *Rilievi clinico-statistici dei risultati ottenuti in un . . .*, 154.  
*Sangue* — *Le malattie del . . . e degli organi emopoietici in A. V.*, 69.  
— *Modificazioni post mortali del pH del sangue di coniglio in rapporto all'epoca della morte*, 103.  
*Sangue* — *Le proprietà biochimiche del . . . in rapporto all'età biologica (FIANDACA)*, 115, 217.  
— *Valore della reazione alla benzidina per l'identificazione medico-legale delle tracce di . . .*, 244.  
*Sanitari* — *Per l'elevazione culturale dei . . .*, 11.  
*Sanocrisina* — *Determinazione dell'acido ascorico nel trattamento vitaminico con . . .*, 260.  
*S. Spirito* — *Pio istituto di . . . ed ospedali riuniti di Roma - Statistica 1939*, 156.  
*Saturnismo ed ulcera duodenale*, 92.  
*Scabbia* — *Un vantaggioso e rapido metodo per la cura della . . .*, 242.  
*Scheda sanitaria* — *La . . . 1940*, 155.  
*Schistosomiasi* — *Il problema della . . . in Libia*, 242.  
*Sclerosi* — *La . . . giovanile dell'apparato circolatorio*, 48.  
*Scuola* — *Verso la . . . senza catenaccio*, 7.  
*Scuola Fascista* — *Problemi aperti della . . .*, 244.  
*Scuole di guida* — *Le . . . e la responsabilità penale dell'istruttore*, 191.  
*Segnalazioni luminose* — *Lo spegnimento improvviso delle . . . e le dirimenti di legge*, 191.  
*Semiotico* — *Sommario . . . clinico*, 155.  
*Servizio Sanitario* — *Concorso del . . . dell'I.N.A.*, 114.  
*Sessuale* — *Il ciclo . . . delle madri nelle famiglie numerose*, 100.  
*Settore alimentare* — *Vita della Nazione nel . . .*, 104.  
*Siciliana* — *Primavera . . .*, 182.  
*Siero di sangue dei tifosi* — *Potere batteriolitico del . . . in rapporto alla reazione vaccinatoria*, 247.  
*Sieroterapia delle peritoniti acute da appendicite*, 250.

- Siero infezione* — *L'impiego dell'Acapril nella pratica della peste bovina contro la . . .*, 36.
- Sifilide* — *La reazione di Ide per la diagnosi di . . .*, 114.
- Sifilide* — *Sul valore della reazione Nollì nella diagnosi della . . .*, 186.
- *Importanza della . . . nell'ulcera gastroduodenale*, 187,
- *A proposito delle microreazioni per la diagnosi sierologica delle . . .*, 305.
- *Nuovi contributi alla conoscenza della . . . renale*, 306.
- Sifilomi* — *Breve statistica dei . . . iniziali*, 189.
- Silicosi* — *Perchè la . . . non è ancora compresa tra le malattie professionali indennizzabili*, 247.
- *La . . . nelle fonderie di acciaio*, 248.
- *La . . .*, 259.
- Simulazione e pretestazioni multiple di infortuni in soggetto epilettico*, 102.
- Sinistrati* — *Capitali dei contratti . . . esaminati dal servizio sanitario dell'I.N.A.*, 62.
- Sintomi oculari* — *Il significato dei . . . nei traumi cefalici*, 194.
- Sistema circolatorio* — *Malattie della senilità del . . .*, 250.
- Soffierie di vetro* — *Ricerche sulla morbilità e sull'igiene delle . . . di seconda fusione*, 191.
- Solidarietà italo-spagnola* — *Ragioni eurafricane della solidarietà . . .*, 38.
- Solletico* — *Soffrite di . . . ?*, 215.
- Sorba* — *Pregi della . . .*, 216.
- Sovrappeso* — *I soggetti con sovrappeso e la pressione arteriosa*, 166.
- Splenomegalie malariche* — *Sulla cura delle . . .*, 36.
- Sportivi* — *La reazione del Donaggio studiata negli . . .*, 246.
- Sprechi* — *Il lavoratore e il problema degli . . .*, 244.
- *L'azione dei lavoratori del commercio per la lotta contro gli . . .*, 304.
- Stampa* — *Per il primato italiano dell'arte della . . .*, 245.
- Statistici* — *Rilievi . . . sopra alcune malattie infettive causa di sinistro negli assicurati dell'I.N.A. (CIATTI)*, 173.
- Stenosi esofagea di difficile interpretazione radiologica*, 155.
- Sterilità* — *Osservazioni sulla . . . involontaria*, 308.
- Sterilizzazione delle stoviglie*, 114.
- Stomaco* — *Male di . . . : il dolore della regione epigastrica (CICU)*, 210.
- Stomaco* — *Possibilità di differenziazione radiologica dell'ulcera benigna e maligna dello . . .*, 243.
- Storia della Medicina* — *Per un trattato italiano di . . .*, 66.
- *Trattato enciclopedico della . . .*, 249.
- Stoviglie* — *Per la disinfezione delle . . . nei pubblici esercizi*, 242.
- Strade* — *L'uso delle . . . e la responsabilità dell'Amministrazione*, 191.
- Streptoterapia del cancro*, 192.
- Sub agenti* — *I . . . e il loro inquadramento*, 114.
- Suicidio* — *Il . . . tra gli assicurati sulla vita e la recente crisi economica*, 71.
- *da psicosi traumatica*, 300.
- Sulfamide* — *Profilassi anti-infettiva con la . . .*, 191.
- Sulfamidi* — *I . . . e i suoi derivati in oculistica*, 194.
- Sulfamidica* — *I possibili danni della terapia . . . e mezzi per evitarli*, 207.
- *I chiaroscuri della terapia . . .*, 305.
- Sulfamidici* — *Sul meccanismo d'azione dei . . .*, 93.
- *Tossicità ed antagonisti*, 207.
- *Regressioni di alcuni disturbi da . . . in seguito a somministrazione di acido nicotico*, 144.
- *Sul meccanismo di azione dei . . .*, 144.

## T

- Tartaro stibiato* — *Prime esperienze sulla cura della malaria con il . . . in A.O.I.*, 186.
- Tavole di mortalità* — *Le . . . in A. V. (CIATTI)*, 41.
- Teatro* — *Il . . . e il medico*, 8.

- Tecnica* — *La giornata della ...*, 182-243.
- Tempo* — *Le previsioni del ... e l'empirismo*, 246.
- Terapeutica* — *La ... per via arteriosa*, 308.
- Terapia chimica* — *Alcune osservazioni sulla ...*, 38.
- Terme* — *Trasferimento allo Stato delle ... di Chianciano*, 181.
- Tessera Sanitaria* — *La ... delle persone addette ai servizi domestici*, 242.
- Tessere Sanitarie* — *Gli accertamenti per ... delle donne di servizio*, 12.
- Tessili* — *Frequenza ed evoluzione della tubercolosi polmonare degli operai addetti alle industrie*, 245.
- Testicolare* — *L'ormo-sieroterapia*, 192.
- Tetano* — *Su due casi di ...*, 155.
- Tifo esantematico* — *La profilassi specifica del ...*, 250.
- Tifo-esantematico* — *Storia, sviluppo e stato attuale della vaccinazione contro il ...*, 140.
- Tifosa* — *Le peritoniti da perforazioni di ulcera ...*, 246.
- Tinture* — *Attenzione con le ...*, 215.
- Tireomegalia* — *Rapporti tra ... e gozzi nelle reclute*, 188.
- Tiroide* — *Attività professionale e ...*, 245.
- Tiroidectomia* — *L' ... nella cardiopatia tireotossica*, 151.
- Tiroiditi acute*, 208.
- Tono muscolare* — *L'influenza del clima tropicale sul ...*, 88.
- Tonsillare* — *Il problema ... è problema sociale e di razza*, 152.
- Torace* — *Assistenza chirurgica agli ammalati del ...*, 187.
- Tossiemia* — *Fisiopatologia della ... alimentare da causa batterica*, 309.
- Trauma* — *Il ... remoto fattore morbigeno in A. V. (STARNA)*, 31-131.
- Traumatismi tramici encefalici*, 250.
- Traumi contusi* — *L'importanza dei ... e delle lesioni corneali nel determinismo di alcuni vizi di refrazione*, 37.
- Traumi cefalici* — *Il significato dei sintomi oculari nei ...*, 794.
- Tremori* — *I ... in A. V.*, 68.
- Treno bagno* — *Istituzione del ... per l'igiene delle truppe*, 66.
- Trifenil* — *Il ... rimedio polivalente nelle varie malattie infettive*, 51.
- Trombosi sub totale del ventricolo sinistro*, 193.
- Tuberculare* — *L'infezione ... nelle sarte*, 311.
- Tuberculari* — *L'aspirazione endocavitaria nella cura delle caverne polmonari ...*, 48.
- *Sulla genesi delle caverne ... del polmone*, 308.
- Tubercolosi* — *Lotta contro la ...*, 13.
- *Vitamina C e terapia della ...*, 36.
- *La ... polmonare di prima infezione nei giovani, negli adulti*, 36.
- *La ... in un gruppo familiare di 90 persone*, 48.
- *Il Vanadio nella ...*, 51.
- *Influenza di alcune malattie infettive (morbillo, pertosse) e della vaccinazione Yeneriana sul decorso della ...*, 51.
- *genitale femminile*, 69.
- *La frequenza della ... bovina nell'infezione umana*, 93.
- *Rapporti patogenetici tra pleurite idiopatica e ... loro importanza ai fini della prevenzione e dell'assistenza*, 140.
- *Il contributo dato alle assicurazioni della Federazione Fascista per la lotta contro ...*, 143.
- *La ... polmonare nei diabetici*, 145.
- *Diagnosi precoce della ...*, 154.
- *Atrofia da ... enterica*, 154.
- Tubercolo bacillemia* — *Contributo allo studio della ... in vari casi di tubercolosi chirurgica*, 154.
- Tubercolosi* — *La ... a Medole*, 155.
- *Contributo allo studio del contagio coniugale nella ... polmonare*, 185.
- *Statistiche della ... nel mondo*, 241.

- Tubercolosi* — *In tema di diagnosi precoce della ... polmonare*, 242.  
 — *Frequenza ed evoluzione della ... polmonare negli operai addetti alle industrie tessili*, 245.  
 — *Brucellosi e ... diagnosi differenziale con la brucellina*, 249.  
 — *Cifre della lotta contro la ... in Italia*, 250.  
 — *Studio della ... del cervello*, 258.  
 — *La reazione di Zambrini nella ... polmonare*, 260.  
 — *renale sperimentale da bacillo del tifo bovino*, 301.  
 — *L'età della ... e del cancro*, 308.  
 — *La diagnosi precoce della ... polmonare*, 304.  
 — *Considerazioni clinico-statistiche sulla frequenza e sulla evoluzione della ... polmonare in operai addetti alle industrie tessili*, 305.
- Tubercolosi cutanea* — *La deviazione del complemento con il fen battaccin Petraghani nella ...*, 142.
- Tubercolosi osseo articolare* — *Indicazioni e contro indicazioni degli interventi chirurgici nella ...*, 37.
- Tubercolosi linfoghiandolare inguinale coniugale*, 51.
- Tubercolosi renale* — *Esiti lontani della nefrectomia in rapporto all'A. V. (CICU)*, 78.
- Tubercolosi polmonare* — *Valore del reperto radiologico negativo nella ...*, 297.  
 — *L'intradermo-reazione con siero normale di cavalli nella ...*, 312.  
 — *Studio clinico sulla capacità funzionale respiratoria nella ...*, 312.
- Tubercolotici* — *La pressione arteriosa nei ... (ANDREUCCI)*, 81.
- Tubercolotici* — *La struttura fisica dei bambini ... e i suoi rapporti con la forma tubercolare*, 139.  
 — *Sulla sorte dei ... dimessi dai Sanatori*, 142.
- Tubercolotici diabetici* — *La glicolisi in vitro nel sangue dei ...*, 247.
- Tubercolotici* — *La velocità di sedimentazione nella ripresa lavorativa dei ...*, 307.
- Tumore* — *Considerazioni intorno a due casi di ... cerebrale e sintomatologia psichica*, 52.
- Tumori* — *Ci si può premunire contro i ...? (DI LILLO)*, 106.
- Tumori* — *Sul comportamento della catalasi ematica nei ...*, 191.  
 — *primitivi dell'uretere*, 208.
- Tumori cerebrali* — *Studio dei ... complicanti la gravidanza*, 249.

## U

- Ulcera* — *A proposito di un caso di ... duodenale perforata operata tardivamente*, 38.  
 — *Saturnismo e ... duodenale*, 92.  
 — *Contributo sperimentale clinico alla terapia dell' ... venerea con applicazione locale di preparati sulfamidici*, 93.  
 — *Possibilità di differenziazione radiologica dell' ... benigna e maligna dello stomaco*, 243.
- Ulcera tifosa* — *Le peritoniti da perforazioni di ...*, 246.
- Ulcera gastro duodenale* — *Importanza della sifilide nell' ...*, 187.
- Ulcera tropicale* — *L' ...*, 143.
- Ultra virus* — *E' possibile la chemioterapia delle malattie da ...?*, 309.
- Ureica* — *Un nuovo metodo per le indagini sulla capacità dell'eliminazione ... attraverso il sangue*, 194.
- Uretere* — *Tumori primitivi dell' ...*, 208.
- Uricemia* — *Rivista sintetica sull' ... e la gotta con riferimento circa l'A. V.*, 69.
- Uricemia* — *Valore prognostico della ... nelle nefropatie croniche (BIASIOTTI)*, 72.
- Urico* — *Sui rapporti reciproci tra l'acido ossalico ed ... nel sangue degli ammalati con alterato metabolismo generale*, 192.
- Ustioni* — *La funzionalità epato-renale nelle ...*, 37.  
 — *Il trattamento moderno delle ... cutanee recenti estese con l'acido tannico*, 302.
- Uva* — *Quando i grappoli si fanno d'oro (STARNA)*, 158.

## V

- Vaccinazione* — *Influenza di alcune malattie infettive (morillo, pertosse e della ... Jenneriana sul decorso della tubercolosi)*, 51.  
 — *Obbligatorietà della ... antidifterica*, 114.  
 — *Storia, sviluppo e stato attuale della ... contro il tifo esantematico*, 140.  
 — *La ... associata*, 93.  
*Vaccinazioni antitubercolari preventive*, 114.  
*Vaccino antitifico* — *Ricerca su un tipo di vaccino antitifico preparato mediante l'azione battericida dell'argento e del rame*, 139.  
*Vaccinazioni profilattiche* — *Le vaccinazioni profilattiche contro le epidemie di guerra*, 150.  
*Vanadio* — *Il ... nella tubercolosi*, 51.  
*Varici* — *Valutazione delle ... ai fini dell'A. V.*, 102.  
*Vecchi* — *Cause di morte nei ...*, 12.  
*Vecchiaia* — *Le proprietà biochimiche e chimico-fisiche del sangue nella ...*, 102.  
*Veleni* — *Sul valore terapeutico di alcuni ... animali e sul loro meccanismo d'azione*, 93.  
*Velocità di circolazione* — *Contributo allo studio fisiopatologico della ...*, 193.  
*Ventricolare* — *Sul valore semiologico e clinico di un nuovo indice di predominanza ...*, 244.  
*Vertebre* — *Contributo alla conoscenza delle lussazioni e sublussazioni delle ... cervicali*, 208.  
*Vertigini* — *L'etiologia delle ...*, 91.  
*Vetro* — *Morbilità ed igiene delle soffierie di ... di seconda fusione*, 247.  
*Vescica* — *Sull'estrazione per le vie naturali, delle guide minugie cadute in ... durante la dilatazione dei restringimenti uretrali*, 144.  
*Vino* — *Potere battericida del ...*, 165.  
*Virus vaccinico* — *L'immunità locale verso il ...*, 36.  
*Visita medica periodica* — *Distribuzione e utilizzazione dei buoni gratuiti di ... dell'I.N.A.*, 181.  
*Vista* — *I disturbi della ... in rapporto alla luce (VELE)*, 161.  
*Vitamina A* — *Emeralopia per carenza di ...*, 243.  
*Vitamina B* — *Studio sulla glicemia e sulla fosfatemia dopo l'iniezione di ... nei bambini*, 249.  
*Vitamina C e terapia della tubercolosi*, 36.  
*Vitamina K* — *La ... o vitamina antiemorragica*, 141.  
*Vitamine* — *Il contenuto di ... C nei fichi d'India*, 191.  
 — *Fabbricazione di prodotti alimentari ricchi di ...*, 91.  
 — *Introduzione alla biochimica delle ...*, 243.  
 — *Gli ormoni e le ... nelle malattie oculari*, 250.  
 — *Ormoni e ...*, 306.  
*Vizi di refrazione* — *L'importanza dei traumi contusivi e delle lesioni corneali nel determinismo di alcuni ...*, 37.  
*Vizi valvolari* — *I ... organici del cuore in tempo di pace e in tempo di guerra*, 92.  
*Volontà* — *Considerazioni sull'educazione della ...*, 244.

## W

- Wasserman* — *La reazione cromatica di Ide nella diagnosi della sifilide comparata alla R. ... e alla R. di Meiniche*, 188.

## Z

- Zambrini* — *Significato della ptialo-reazione di ... in neurochirurgia*, 258.  
 — *La reazione di ... in chirurgia*, 260.  
 — *Reazione di ... e il suo valore prognostico in chirurgia*, 303.  
*Zanzare* — *Le ... malefiche*, 8.  
*Ziino nel centenario di una edizione famosa*, 187.

## INDICE PER AUTORE DEI LAVORI ORIGINALI

Andreucci . . . . .	81
Blasiotti . . . . .	72, 123, 268
Ciatti . . . . .	26, 41, 86, 173, 202
Cicu . . . . .	78, 210
Clausi-Schettini . . . . .	2, 55, 212, 277
Conforto . . . . .	109, 166
Curione . . . . .	14
Di Lillo . . . . .	106
Fiandaca . . . . .	115, 217
Papetti . . . . .	255
<i>Polidori</i>	195
Ricciotti . . . . .	146, 297
Starna . . . . .	4, 31, 39, 94, 131, 158, 251, 262, 285
Vele . . . . .	21, 161, 230, 264

INDICE PER ALFABETICO DEI TITOLI

ALFA ROMEO	1
ANSA	2
ARISTON	3
ASPIRENT	4
AT&T	5
AVIOPAC	6
BANCA COMMERCIALE ITALIANA	7
BANCA D'AMERICA	8
BANCA D'INDIA	9
BANCA D'ORIENTE	10
BANCA D'ALGERIA	11
BANCA D'ARABIA	12
BANCA D'EGITTO	13
BANCA D'INDONESIA	14
BANCA D'IRAN	15
BANCA D'ISRAELE	16
BANCA D'ITALIA	17
BANCA D'LIBANO	18
BANCA D'OMANI	19
BANCA D'PALESTINA	20
BANCA D'RUSSIA	21
BANCA D'UNIONE SOVIETICA	22
BANCA D'YEMEN	23
BANCA D'AFRICA	24
BANCA D'AMERICA CENTRALE	25
BANCA D'AMERICA DEL NORD	26
BANCA D'AMERICA DEL SUD	27
BANCA D'ARGENTINA	28
BANCA D'AUSTRALIA	29
BANCA D'BRASILE	30
BANCA D'CANADA	31
BANCA D'FRANCIA	32
BANCA D'GERMANIA	33
BANCA D'GIAPPONE	34
BANCA D'INDONESIA	35
BANCA D'ITALIA	36
BANCA D'LIBANO	37
BANCA D'OMANI	38
BANCA D'PALESTINA	39
BANCA D'RUSSIA	40
BANCA D'UNIONE SOVIETICA	41
BANCA D'YEMEN	42
BANCA D'AFRICA	43
BANCA D'AMERICA CENTRALE	44
BANCA D'AMERICA DEL NORD	45
BANCA D'AMERICA DEL SUD	46
BANCA D'ARGENTINA	47
BANCA D'AUSTRALIA	48
BANCA D'BRASILE	49
BANCA D'CANADA	50
BANCA D'FRANCIA	51
BANCA D'GERMANIA	52
BANCA D'GIAPPONE	53
BANCA D'INDONESIA	54
BANCA D'ITALIA	55
BANCA D'LIBANO	56
BANCA D'OMANI	57
BANCA D'PALESTINA	58
BANCA D'RUSSIA	59
BANCA D'UNIONE SOVIETICA	60
BANCA D'YEMEN	61
BANCA D'AFRICA	62
BANCA D'AMERICA CENTRALE	63
BANCA D'AMERICA DEL NORD	64
BANCA D'AMERICA DEL SUD	65
BANCA D'ARGENTINA	66
BANCA D'AUSTRALIA	67
BANCA D'BRASILE	68
BANCA D'CANADA	69
BANCA D'FRANCIA	70
BANCA D'GERMANIA	71
BANCA D'GIAPPONE	72
BANCA D'INDONESIA	73
BANCA D'ITALIA	74
BANCA D'LIBANO	75
BANCA D'OMANI	76
BANCA D'PALESTINA	77
BANCA D'RUSSIA	78
BANCA D'UNIONE SOVIETICA	79
BANCA D'YEMEN	80
BANCA D'AFRICA	81
BANCA D'AMERICA CENTRALE	82
BANCA D'AMERICA DEL NORD	83
BANCA D'AMERICA DEL SUD	84
BANCA D'ARGENTINA	85
BANCA D'AUSTRALIA	86
BANCA D'BRASILE	87
BANCA D'CANADA	88
BANCA D'FRANCIA	89
BANCA D'GERMANIA	90
BANCA D'GIAPPONE	91
BANCA D'INDONESIA	92
BANCA D'ITALIA	93
BANCA D'LIBANO	94
BANCA D'OMANI	95
BANCA D'PALESTINA	96
BANCA D'RUSSIA	97
BANCA D'UNIONE SOVIETICA	98
BANCA D'YEMEN	99
BANCA D'AFRICA	100



# L'ASSISTENZA

# SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO  
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IX  
Numero 1  
15 Febbraio  
1940. XVIII  
Spedizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage  
& Historical Archive

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

# I VANTAGGI DELL'ASSICURAZIONE-VITA PER LE PERSONE ABBIENTI

L'assicurazione-vita rappresenta una tutela preziosa e insostituibile per le persone che godono di buoni redditi, ma ancora non si sono formata una sostanza, ma rende servizi segnalati anche alle persone che già dispongono di un patrimonio costituito. E spieghiamo come.

Ben pochi risparmiatori mantengono i loro averi sotto forma liquida, in depositi bancari o addirittura in tesoreggiamento infruttifero di biglietti di banca. Quasi tutti invece hanno il loro patrimonio investito in beni produttivi — terreni, case, aziende industriali o commerciali — oppure in valori rappresentativi, come titoli di Stato, cartelle a reddito fisso, azioni di società anonime, ecc.

Orbene, chi amministra con oculatezza il suo patrimonio, si guarda con ogni cura dal pericolo di doverne realizzare con fretta anche una sola parte di esso, essendo ben noti i danni che derivano dalle liquidazioni forzate e dalle vendite in un periodo fisso e ristretto di tempo. Ora ciò può molte volte verificarsi, in caso di successione, per il pagamento delle tasse successorie, dei legati ed altri oneri dell'eredità, che non ammettono dilazione.

Il saggio amministratore della propria fortuna deve pertanto preoccuparsi subito, se già non l'ha fatto, di questo pericolo, e perciò provvedere a lasciare ai suoi successori ed eredi una somma liquida, prontamente incassabile, colla quale essi potranno far fronte a tutti gli impegni e a tutte le necessità, senza dover procedere a realizzazioni affrettate e dannose, e senza incorrere in debiti. Questo risultato si ottiene in modo perfetto mediante una

## **polizza di assicurazione sulla vita**

Con tale mezzo infatti, colui che possiede titoli, aziende, terreni, fabbricati ecc., può mettere a disposizione di coloro a cui vuole lasciare tali beni in eredità, una somma liquida pel pagamento delle tasse di successione, che essi molte volte non avrebbero modo di versare senza ricorrere all'alienazione di una parte ingente delle cose ereditate o senza contrarre debiti.

## **ESEMPIO**

« Un vedovo senza figli lascia il suo patrimonio costituito da un'azienda agricola « del valore di 1 milione di lire, ad un cugino. Questi dovrebbe pagare complessivamente, oltre ad altre spese minori, L. 350.000 per tassa di successione (L. 35 %). « Non ne ha la possibilità e deve ricorrere quindi o ad un prestito ipotecario, di « laboriosa e lenta conclusione, oppure alla vendita totale o parziale della proprietà, « da effettuarsi in termini molto brevi, il che quasi sempre costringe a gravi sacrifici « sul prezzo.

« Se il testatore avesse invece avuto in corso un'assicurazione di L. 350.000, ad « esempio nella forma così detta a « Vita intera », alla sua morte tale somma liquida « sarebbe immediatamente versata all'erede, che, valendosene per pagare la tassa di « successione, sarebbe entrato in tranquillo possesso dei beni ereditati ».

Quanto è esposto nel suddetto esempio vale egualmente, presumendo sempre un capitale di 1 milione, per eredità o legati di fabbricati, aziende industriali, titoli e valori azionari.

S'intende che la tassa è gradualmente sempre più piccola, quanto più è stretto il grado di parentela fra il testatore e gli eredi; ma la somma da pagarsi a tal titolo è molto spesso notevole, talchè il suggerimento di una

## **polizza di assicurazione**

per far fronte al grave onere, è ottimo per la generalità dei casi.

Ricordiamo che le somme assicurate con le polizze

## **dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI**

sono garantite, oltre che dalle ingentissime riserve dell'Ente, anche dallo Stato e che, per la partecipazione agli utili, importano pagamenti notevolmente più lievi per i premi.

---

**Per avere notizie più particolareggiate basta rivolgersi  
agli agenti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni**



# L' ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

*Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI*

*Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA*

*Redattori: Dott. P. CIATTI, Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI*

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

## SOMMARIO

### 1. Consigli agli assicurati:

- a) Dott. CLAUSI-SCHETTINI, La carne di pesce . . . . . 2  
b) Dott. A. STARNA, Il cattivo odore dell'alito . . . . . 4  
c) Rassegna di articoli d'igiene . . . . . 7

### 2. Notiziario . . . . . 9

### 3. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:

- a) Dott. G. CURIONE, Glutazione-mia e metabolismo basale . . . . . 14  
b) Prof. M. VELE, Il glaucoma in rapporto all'Assicuraz. Vita . . . . . 21

### 4. Indagini di Statistica Medica:

- Dott. P. CIATTI, Costituzione e professione . . . . . 26

### 5. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:

- Dott. A. STARNA, Il trauma remo-

to nel sinistro di Assicurazione Vita (*continua*) . . . . . 31

### 6. Dalle riviste che riceviamo in cambio . . . . . 36

### 7. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:

- Dott. A. STARNA, Qualche elemento di rinologia . . . . . 39

### 8. Varie:

- Dott. P. CIATTI, Le tavole di mortalità . . . . . 41

### 9. Dai Libri e dai Periodici . . . . . 47

### 10. Pubblicazioni ricevute . . . . . 51

### 11. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari . . . . . 52

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

**NORME PER I COLLABORATORI:** Si pubblicano lavori brevi (massimo quindici pagine dattilografate), che trattano argomenti di medicina preventiva ovvero diagnostica e prognostica medica, con speciale riguardo alla durata della vita umana, o altri problemi di medicina delle Assicurazioni Vita. - Agli autori di lavori originali si concedono gratuitamente cinquanta estratti. - Gli originali non si restituiscono

Consigli agli assicurati

## LA CARNE DI PESCE

Non ti è mai capitato, lettore, di esser preso nel mistero di problemi più o meno profondi e gravi, di interrogativi che non hanno forse alcun significato e pur sono imperiosi ed assillanti come malinconie inutili che non si lasciano scacciare, di fronte agli spettacoli della natura anche più semplici e banali?

Buon per te se non ti è mai capitato e se hai sempre guardato alle meraviglie dell'Universo solo per goderne, senza troppo domandare, senza troppo sperare, senza la febbre dell'anima che consuma, nella pace di una Fede che riposa. Se volessi per un attimo solo lanciare il tuo pensiero nella vertigine dei millenni, donde dovrai tornare però con un solo sorriso, quello di Dio, ti dirò che le ipotesi genealogiche appartenenti alla teoria della discendenza, che sembra basata sulla anatomia comparata, sull'ontogenesi e sulla paleontologia, hanno dato all'uomo un albero genealogico nel quale figurano nientemeno che venticinque gradi di progenitori, e, mentre al venticinquesimo grado si trova il pitecantropo, al dodicesimo si trovano... i pesci primitivi.

Come vedi la parentela è così lontana che può dirsi scomparsa, e pertanto potrai liberamente nutrirti di pesce senza timore e senza scrupoli di antropofagia; tanto più che la benzina della tua auto sarebbe, secondo certe vedute, un lontano derivato della trasformazione, nei giacimenti di petrolio, di enormi masse di pesci... rimaste fuor d'acqua per l'emersione di terre e sepolte poi, nella notte dei tempi.

Certo nell'età primaria, paleolitica o paleozoica della storia della Terra le felci formavano le fitte foreste insulari e

la quantità dei pesci era enorme. Nelle acque, in cui ancora erano padroni sicuri ed assoluti, saettavano, scherzavano, flessuosi e ignari guizzando a volte nell'aria in impeti di gioia e in desideri di sole. Secondo la leggenda fu così che Adamo li avvistò, sdraiato sulla riva, e senza troppa fatica ne prese con un tuffo della mano per nutrirsi, stanco di erbe e di pomi. E ne offrì anche alla sua compagna che consumò con gusto il nuovo pasto senza sapere di diventare la prima ittiofaga e di creare una consuetudine per i suoi discendenti.

Certo il pesce costituisce un alimento ricercato ed eccellente fin dalla più remota antichità, e si racconta che nei giardini della *Domus aurea* si allevavano trote ed anguille che venivano servite nei banchetti offerti dall'Imperatore, come piatto squisitissimo. Presso i Romani infatti la carne di pesce era un cibo ricercato e di lusso.

Vi sono popoli ittiofagi o prevalentemente tali che prendono dalla carne di pesce la più gran parte delle sostanze proteiche alimentari senza perciò perdere in resistenza fisica e in vigoria di salute. Tali sono gli abitanti delle coste nordiche di Europa (Inghilterra, Svezia, Islanda) i Giapponesi, i Cinesi, i Malesi. Anche in Italia non mancano popolazioni costiere ed insulari prevalentemente ittiofaghe.

Ma per noi la alimentazione ittica oltre che un problema di igiene costituisce un problema economico-autarchico che è oggi di palpitante attualità.

La carne di pesce può in buona parte sostituire quella degli animali da macello, e poichè l'Italia ha un patrimonio zootecnico che, per quanto in notevole

progressivo sviluppo, non è sufficiente ai bisogni della nazione, il maggior consumo di pesce può fare diminuire l'importazione di carne dall'estero. A tal fine, e perchè l'Italia, che si bagna nel mare per migliaia di chilometri di coste ed è ricca di fiumi e di laghi, non fosse seconda ad altre nazioni e costretta alla importazione di pesce anche il problema della pesca è stato affrontato con energia e decisione, e grandissimo incremento è stato dato a questo fecondo campo dell'attività nazionale, importantissimo nel quadro dell'autarchia alimentare. Il Regime ha provveduto così a promuovere allevamenti di pesci nei laghi, a disciplinare l'attività della pesca, ad incrementare in modo veramente superbo la costruzione di una flotta peschereccia che potesse rispondere ai bisogni della nazione, a creare impianti per la conservazione e la preparazione del prodotto. Inoltre con i progressi della tecnica della refrigerazione che consente la conservazione del pesce e con la costruzione di navi adatte è stato possibile dare notevole incremento alla pesca a grandi distanze, cioè alla pesca oceanica, in mari molto pescosi dove è molto più ricca la raccolta del prodotto, tanto da potere assicurare un grande contributo al fabbisogno nazionale. Le iniziative sono in pieno sviluppo, i risultati sono promettenti, la tenacia non manca per il raggiungimento della mèta. Già il consumo della carne segna una diminuzione passando da 16,4 chilogrammi a 14,5 chilogrammi per abitante e tale diminuzione è compensata dall'aumento del consumo di altri prodotti tra i quali il pesce il cui consumo è salito da 5,4 chilogrammi a 6,9 chilogrammi per abitante.

Per quanto riguarda il lato igienico la carne di pesce è un alimento eccellente e serve anche a realizzare quella varietà nei pasti che è una ottima pra-

tica per una buona digestione e per una buona nutrizione.

I principi alimentari dominanti nella carne di pesce sono le proteine e i grassi, contenuti in proporzione varia a seconda della specie da cui proviene. La quantità delle proteine contenuta in questo alimento è poco minore di quella contenuta nella carne di vitello, ma vi sono alcune specie di pesci che hanno una quantità di albumina molto superiore.

La carne di pesce può essere rossa e bianca. Alla prima appartengono il salmone, la seppia, il tonno, il luccio ecc. che sono anche molto nutrienti; alla seconda appartengono la trota, il merluzzo, la sogliola ecc.

I pesci si dividono ancora in grassi e magri. Come pesci magri si considerano il merluzzo, l'aguglia, la sogliola, la spigola, il luccio, il baccalà, la triglia, la trota, il cefalo. Come pesci grassi si considerano l'anguilla, il capitone, le aringhe, le sardine, il salmone, il tonno. I primi contengono scarsa quantità di grasso mentre i secondi ne contengono in una certa percentuale che varia da specie a specie.

I pesci magri contengono un'alta percentuale di proteine, sono di facile digeribilità e contengono solo una scarsa percentuale di sostanze puriniche. Sono raccomandabili perciò agli uricemici ed in genere a tutti gli individui ai quali è limitato o vietato il consumo della carne da macello. Possono anche, come ho detto, sostituire questa carne nei sani. Sono raccomandabili anche ai dispeptici per la facile digeribilità. Infatti per digerire 200 grammi di carne di luccio occorrono circa due ore e mezzo, mentre per digerire la stessa quantità di bistecca occorrono più di tre ore. Per la stessa quantità di aringa salata occorrono invece 4 ore circa. Possono consumarne pure i sofferenti di fegato e gli individui di età avanzata nei quali la

carne da macello va consentita con parsimonia.

Naturalmente il consumo consentito non significa abuso, perchè se la carne di pesce è meno tossica e facilmente digeribile, è sempre carne.

Il pesce grasso, mentre è più nutritivo, è di difficile digestione e non è consigliabile ai dispeptici ed agli epatici. Anche i pesci conservati (salati, affumicati) sono di digestione difficile e non sono consigliabili ai dispeptici.

La carne di pesce oltre alle sostanze suddette fornisce calcio, fosforo e iodo. Una menzione speciale merita il baccalà. Pel suo alto contenuto in sostanze proteiche è molto nutritivo. Il suo contenuto in sostanze puriniche è scarso e perciò è consentito limitatamente agli artritici, quando nel bagno, specie ad acqua corrente, abbia perduto buona parte del cloruro di sodio. Per il contenuto in questa sostanza non è indicato nei nefritici e nei cardiaci.

Poichè le salse rendono il pesce meno digeribile il modo più semplice di preparazione è quello della lessatura. Il pe-

sce lessato può essere consentito, sempre con misura, nei nefritici cronici. Quando lo stomaco non funziona bene è da evitare il pesce fritto.

Infine è necessario richiamare l'attenzione sul valore nutritivo del pesce congelato. Il pesce congelato oppure refrigerato, che dà la possibilità di una buona conservazione del prodotto facilissimo ad alterarsi, conserva inalterate le sue proprietà nutritive e di digeribilità. Esso costituisce inoltre una notevole realizzazione nell'industria della pesca e viene preparato con un metodo molto adatto che si può dire italiano. In tal modo si è resa possibile la pesca a grandi distanze, dove il pesce è abbondante, e la distribuzione di questo nei mercati nazionali, evitando l'inconveniente della facile alterazione.

In conclusione la carne di pesce è un ottimo cibo proteico, di alto valore nutritivo, non dannoso come la carne da macello in certi stati morbosi, e merita di essere tenuta in massima considerazione nella scelta degli alimenti.

Dott. **MARIANO CLAUSI-SCHETTINI**

## IL CATTIVO ODORE DELL'ALITO

Tra gli attributi non essenziali ma frequenti delle cose che ci circondano, quasi inseparabile dalla memoria dell'oggetto, quello olfattivo riveste una certa importanza. Chi di voi non ricorda l'odore della stampa recente mentre apre le pagine di un libro intonso od anche l'odore di bucato che emana dalle lenzuola di un lettino ospitale? Tali odori risvegliano in noi un certo senso di attrazione mentre altri, che sono la maggioranza, provocano un involontario senso di repulsione.

Ben lo sanno le gentili figliole d'Eva che dalla più remota antichità hanno

usato i profumi, rubandoli alle corolle dei fiori più belli e pregiati, per circondare la propria persona di un elemento che aggiunga grazia e dia gradimento a quanti la incontrano. Piccoli furti che la vanità femminile consiglia e la compiacente natura lascia al nostro buon gusto.

Ma oltre ai profumi, attributi effimeri e artificiali, sono invece frequenti gli odori sgradevoli che seguono come una ombra colui che ne è portatore. Gli inconvenienti che derivano a questo difetto del complesso personale non sono lievi, anzi talvolta riescono umilianti

a chi ne viene colpito. Un proverbio straniero dice che nessun uomo avverte il proprio cattivo odore. Senza giungere a questi eccessi, che vanno intesi specialmente in senso figurato, non v'è dubbio che il cattivo odore della persona non è raro e molte cause possono determinarlo.

Molto noto è quello provocato dalla ipersecrezione delle ghiandole sudorifere plantari o delle ascelle i quali odori sono in gran parte aggravati dalla macerazione secondaria dell'epidermide. Si comprende pure come l'uso di bagni di pulizia praticati con frequenza potranno fare attenuare moltissimo questi difetti.

Più difficile invece è riuscire a togliere il cattivo odore che alcuni individui emanano con l'alito. Il disturbo, di per sé non grave, costituisce in realtà un inconveniente notevole per l'individuo che ne viene colpito, in quanto esso provoca un senso di fastidio o di vera repulsione da parte di coloro che hanno occasione di avvicinarlo.

Certamente mai riuscirà ad involgiare un acquirente colla discussione quel commesso di negozio portatore di alito cattivo non appena il primo avrà avvertito all'odorato un tal fenomeno. Nei negozi alimentari o di eleganza un tale attributo riesce più che sgradevole, incompatibile. Infatti la convivenza sociale ha ormai stabilito dei requisiti personali in mancanza dei quali si provoca un disagio a tutta la collettività.

Nè soltanto per ragioni di lavoro l'alito cattivo riesce di nocumento a colui che ne è apportatore. Le grazie e la distinzione di una bella signora vengono di colpo annullate se dopo il più amabile sorriso giunge al nostro naso sospetto, con l'involontario alito della parola, un odore fetido di putrefazione. E' mai possibile che da quella chiostra di bei denti smaltati possa emanare un tale perfido odore? Se un poeta ha saputo impieto-

sire tante folle per il povero naso del signore di Bergerac, chi potrà accattivare un po' di simpatia a quella fanciulla che col semplice respiro fa scomparire il suo innamorato come alitasse davanti ad uno specchio? Eppure la nettezza della bocca è molto spesso impeccabile! Quale ne è allora la causa?

Vediamo ora con un po' d'ordine di spiegarci questo piccolo mistero della proprietà personale che è costituito dall'alito.

Anzitutto l'alito cattivo o *cacosmia* secondo il termine medico può essere secondario a qualche malattia dentaria, come nelle carie gravi e diffuse od a stomatiti mercuriali trascurate. Si tratta di casi rari in cui il rimedio è facile ed intuitivo. Tal'altra queste cacosmie sono secondarie a diffusione di esalazioni che emanano da secreti ristagnanti in alcune cavità vicine (*sinusiti*) o lontane (*bronchiectasie* e *ascessi polmonari*). Sono questi sintomi di malattie notevoli facilmente identificabili.

Un po' più spesso è l'*ozena* che può contemporaneamente allo sviluppo sulla mucosa nasale diffondere, attraverso le coane, il cattivo odore portato dall'alito ed in tal caso la cura sintomatica dell'*ozena* migliorerà anche l'odore dell'alito.

Purtroppo però esistono numerosi casi in cui non si rinviene niente di tutto ciò; la *cacosmia* è allora detta essenziale od *alitosi* quasi ad indicare che il disturbo è limitato solamente all'alito. Quali le cause che lo determinano? Parrà strano, eppure anche a tal riguardo non v'è concordanza di opinioni. Ricordiamo in breve quelle più probabili.

La prima ipotesi che si affaccia alla mente del medico è che tali soggetti siano portatori nel cavo orale di speciali germi a sviluppo fetido. In realtà non è stato possibile accertare una tale origine ed allora si è pensato che l'alitosi

costituisca l'espressione a distanza di un disturbo del tubo intestinale. Alcuni anni fa un medico di un Istituto di fisiologia del Michigan, in America, ritenne che un rigurgito del contenuto duodenale nello stomaco, quando è alcalino, venga a facilitare la putrefazione delle sostanze proteiche così rigurgitate; in tal modo i gas troverebbero facile esito per via orale.

Per varie considerazioni che tralascio tale meccanismo si è dimostrato non sostenibile; successivamente nel 1936, Tamches ha ritenuto che nei sofferenti dell'ultimo tratto di intestino (*colitici*) si avesse un riassorbimento di gas putrefattivi i quali verrebbero eliminati per via polmonare come altre sostanze tossiche; ma una tale ipotesi farebbe supporre un assorbimento per via ematica troppo forte e nocivo, il che non corrisponde al benessere di questi soggetti per il resto sani.

Più recentemente ancora un igienista e batteriologo illustre, il Sanarelli, ha prospettato un meccanismo che ben risponde alle conoscenze di fisiologia e che ha trovato conferma in alcune ricerche.

Dovete dunque sapere che la modesta saliva, sebbene limpida, è ricca di microbi; come già aveva riscontrato ai suoi tempi Spallanzani. Orbene, lasciata a se stessa, la saliva non si altera perchè è dotata di un'azione leggermente antimicrobica. Sembra che in essa prevalgano alcuni streptococchi acidogeni i quali impediscono lo sviluppo di numerosi germi patogeni e putrefattivi.

Secondo gli studi del Sanarelli in seguito a disturbi insorti in vari segmenti del tubo gastroenterico la saliva perde la sua capacità batterio-statica permettendo lo sviluppo dei batteri della putrefazione i quali farebbero deviare la normale reazione neutra del secreto salivare in alcalina. In tal modo le so-

stanze proteiche vanno incontro a fenomeni putrefattivi con sviluppo di sostanze affini all'ammoniaca. Tali gas che determinano il cattivo odore sono precisamente la monometilamina e la dimetilamina.

Da quanto siamo venuti esponendo comprenderete come, per eliminare il grave inconveniente dell'alito cattivo, meglio ancora per prevenirlo, dovremo aver cura del regolare funzionamento dell'intestino. Forse anche gargarismi con sostanze leggermente acide possono ostacolare lo sviluppo dei germi putrefattivi.

Comunque non è sufficiente limitare la pulizia del tubo enterico ai dentifrici ed ai gargarismi. La bocca è spesso soltanto lo specchio del nostro intestino, come dicevano i medici di un secolo fa. Dovremo quindi curare i più diversi disturbi gastrici che vanno sotto il nome generico di dispepsie, come pure le gastriti vere e proprie, nè si tralasceranno a loro stessi i processi infiammatori del tratto inferiore dell'apparato digerente quali le *enteriti* e le *coliti*, malattie tutte che, oltre il nocimento dell'affezione stessa, possono portare al disturbo in esame in seguito ad alterazione del potere batteriostatico e batteriolitico della saliva.

La quale saliva esisteva nelle antiche generazioni assai prima che si inventasse il francobollo; anzi probabilmente soltanto questo rettangolino multicolore l'ha resa utile alla estimazione degli uomini. Invece eccovi oggi persuasi che questa umile ancella della digestione diastatica orale adempie ad una funzione antimicrobica non indifferente e per di più è la spia di alcune malattie gastroenteriche. Non è forse destino degli umili, come si racconta nelle favole, venire un giorno inatteso apprezzati come meritavano?

Dott. A. STARNA

## RASSEGNA DI ARTICOLI D' IGIENE

La vie saine, N. 4, Dicembre 1939.

Dr. E. KOCH, *Mani e piedi freddi.*

Questo fenomeno abbastanza frequente riconosce varie cause; spesso un simile raffreddamento a tutte le estremità è in rapporto ad una anemia o ad una cardiopatia; altre volte si verifica nelle arteriosclerosi iniziali, nelle albuminurie ed anche in alcune glicosurie; infine non è raro che si tratti di semplice nevrosi della pressione. Esistono poi malattie delle estremità dovute a deficienza della protezione contro la perdita del calore; a tale gruppo vanno ascritti i comuni geloni ed i disturbi più gravi fino alla congelazione.

Contro il raffreddamento primitivo delle estremità l'A. consiglia l'uso dei bagni di queste alternativamente in acqua calda e fredda terminando con quest'ultima e facendola seguire da frizioni. St.

Dr. S. VALEMAR, *Non posso dormire... che farò?*

L'A. ricorda come talvolta il fatto sia dovuto ad autointossicazione con eliminazioni cutanee che possono disturbare il sonno e pertanto consiglia ai sofferenti di lavarsi prima di andare a letto. Ciò però non è affatto una panacea perchè molto spesso l'insonnia è dovuta a molteplici cause nervose che richiedono l'esame e il consiglio del medico. St.

Dr. S. WALDEMAR, *Malattie di raffreddamento negli impiegati.*

Benchè si creda che il freddo ostacoli la moltiplicazione dei batteri in realtà essi vivono benissimo nel cavo orale, nel faringe e nel naso.

Sono perciò molto frequenti le malattie da raffreddamento che l'A. passa in rassegna riportando le cifre sulla loro frequenza e esponendo le misure igieniche per evitarle. Co.

Dr. SCHNEIDEER, *Chiamare il medico o far uso dei mezzi familiari?*

Non è necessario chiamare il medico per ogni piccolezza, afferma l'A., ma bisogna anche notare che molte malattie gravi cominciano con segni insignificanti per cui si deve dare una giusta valutazione ad ogni sofferenza. Successivamente viene trattato del dolore e dei mezzi più comuni per attenuarlo. Co.

Viva Cien Años, Vol. VII, N. 12, 20 settembre 1939, Buenos Ayres.

Dr. L. VERDIER, *La lontananza dal focolaio domestico.*

Dopo aver ricordato come la famiglia sia costituita dalla solidarietà e dall'affetto dei coniugi si mettono in rilievo gli inconvenienti che una trascuratezza alla vita comune sia nell'uomo e maggiormente nella donna possono provocare ai valori etici della famiglia.

Troppo cinema, conferenze, ritrovi, visite, mondanità, tendono ad allontanare anche la sposa da quello che è e resta il suo regno. Ma oltre al rallentamento dei vincoli affettivi i giovani sposi devono ricordare che ogni disagio morale e psicologico si rifletterà inesorabilmente sui bambini che tanto bisogno hanno di trovare, al loro affacciarsi alla vita, una guida sicura. Solo l'amore dei genitori può dirigere le prime esperienze psicologiche che formeranno l'uomo insieme agli altri caratteri dell'eredità biologica. St.

W. ACOSTA, *L'uomo necessita di una abitazione piccola.*

In questo articolo dovuto ad un architetto vengono fatte considerazioni sociali sulla tragedia delle più umili classi domiciliate nelle metropoli poichè vari fattori hanno fatto scomparire le antiche case spaziose e a pochi piani.

N. d. R. — *In Italia, il regime ha guidato con saggezza la nuova edilizia ed è intervenuto nella bonifica urbana; anche le classi modeste hanno ottenuto una abitazione conforme ai requisiti indispensabili d'igiene. Alcune città, come il Governatorato di Roma stabiliscono annualmente quale premio alle famiglie numerose alcuni appartamenti, ciò che costituisce la migliore prova del valore che il Regime riconosce alla casa come simbolo della propaganda demografica e per l'igiene della razza.* St.

Prof. T. URCOLA, *Verso la scuola senza cate-naccio.*

La scuola che esplica la propria azione con spirito di libertà, di amore e di tolleranza verso i ragazzi si adatta assai meglio ai vari temperamenti degli allievi di quanto non facessero

gli antichi metodi. Le penitenze od i castighi non educano il bambino; il vero maestro deve orientare gli stimoli superiori dell'intelletto dei piccoli incanalando le loro energie verso la conquista di propositi nobili, elevando gli abituali desideri. Non si sopprimono le irresistibili energie psichiche giovanili, soltanto dovranno essere corrette se presentano manifestazioni incomposte.

Seguendo un tale metodo, senza catene materiali e morali, non avremo più bambini incorreggibili; esso però richiede da parte del maestro comprensione ed amore ed una convivenza prolungata con l'allievo di cui deve compenetrare le molteplici necessità. *St.*

Dr. A. ARIAS, *Le zanzare malefiche.*

Mentre il pubblico ignaro ritiene che i miasmi della malaria siano dovuti alla terra, all'acqua o all'aria; la medicina ci dice che è quel piccolo animale dall'apparenza innocua che semina la morte con la puntura, ed ha fatto abbandonare all'uomo sterminate pianure di terra. La bonifica di questa è il primo tempo della lotta antimalarica che viene completata dalla lotta alle larve ed ai depositi di uova delle zanzare nell'acqua. *St.*

Dr. A. LOPEZ, *La difesa del latte contro i germi patogeni.*

Il latte costituisce un ottimo terreno di sviluppo dei bacilli; infatti se viene contaminato può trasmettere molte malattie dal tifo alla difterite ed alla tubercolosi di origine bovina: pertanto si usa abitualmente bollirlo. Vengono descritti i metodi di trattamento praticati alle centrali del latte, soprattutto la pastorizzazione la quale consiste in un riscaldamento ad una temperatura, che pur non alterando le caratteristiche fisiche della composizione di questo alimento, ne permette la sterilizzazione da eventuali inquinamenti. *St.*

Dr. O. ARREDONDO, *Una causa della lombagine.*

Questo disturbo tanto frequente è spesso in rapporto col reumatismo cronico e come tale suscettibile di cura adeguata. Si ricorda come gli eccessi alimentari e quelli alcoolici provocano spesso una esacerbazione del dolore; perciò la temperanza deve essere la prima norma di questi malati. *St.*

*Salud y sanidad*, N. 81, maggio 1939, Bogota.

*Il chicco di caffè.*

Viene spiegato il trattamento razionale per la separazione del chicco dalla cortecchia e i metodi per la costruzione di magazzini in campagna e confacenti al mantenimento del caffè. *St.*

*La latrina ad acqua corrente.*

Si ricordano i pericoli che le acque luride possono rappresentare quando determinano infiltrazioni od allorquando gli animali domestici ne vengono in contatto costituendosi mezzo di trasmissione del contagio per gli uomini. Alcuni dati statistici sulle malattie infettive in colonia completano l'articolo. *St.*

*Idem*, n. 82, giugno 1939.

*La manutenzione della fossa settica.*

Vengono spiegati i metodi per una costruzione razionale ed i raccordi che devono essere applicati alla fossa settica come pure sia indispensabile completarlo con la costruzione della fossa di assorbimento. *St.*

*Prioden Lekar* (Medico naturalista), settembre 1939, anno XII, n. 1, Varna.

*Cura naturalistica: il bagno del Felche - La più efficace medicina contro il dolore - La pelle come mezzo nella cura fisica - Varie diete di cura: giorni di frutta, alimenti crudi e dieta di Scriotov - La dieta negli ammalati febbricitanti - Come facciamo le compresse di Prinsnitz - L'uva, un dono di Dio - I parassiti intestinali.*

*Vita Ratgeber*, n. 31, gennaio 1940, Zurigo.

*Il passeggiare.*

Un entusiasta dei viaggi a piedi diceva che il mondo andrebbe assai meglio se molti camminassero di più. Il moto rinvigorisce tutti i muscoli del corpo e solleva lo spirito arricchendo la mente di cognizioni importanti. *Su.*

*Il teatro e il medico.*

E' indiscutibile che il teatro costituisca un mezzo importante per sollevare lo spirito, ma esso deve essere frequentato quando lo spirito non è stanco ed il corpo non affaticato dalla digestione appena iniziata. *Su.*

**Notiziario****Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell' I. N. A. per operazioni chirurgiche.**

INTERVENTI PER	Quinquennio 1931 - 1935	Triennio 1936 - 1938	Anno 1939	Totale 1931 - 1939
1. Cancro ed altri tumori . . . . .	42.787	85.986,75	52.716,50	181.940,25
2. Malattie delle ghiandole endocrine . . . . .	12.000	10.000,00	—	22.000,00
3. Malattie apparato circolatorio . . . . .	21.648	9.418,40	504,00	31.570,40
4. Malattie del sist. nerv. ed organi dei sensi	66.861	32.144,55	11.018,70	110.024,25
5. Malattie apparato respiratorio . . . . .	11.500	9.955,40	3.800,00	25.255,40
6. Malattie apparato digerente . . . . .	327.486	317.614,20	166.036,20	811.136,40
7. Malattie apparato urinario e genitale . . . . .	165.908	115.798,00	51.434,50	333.140,50
8. Malattie della gravidanza e del parto . . . . .	10.200	11.978,40	3.473,00	25.651,40
9. Malattie della pelle e tessuto cellulare . . . . .	13.304	6.825,00	3.249,00	23.378,00
10. Malattie delle ossa ed org. della locomoz.	16.881	12.504,40	250,00	29.635,40
TOTALE L. . . . .	688.575	612.225,10	292.481,90	1.593.282,00

**L'attività dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione vita in Italia**

Nei giorni 30 novembre, 1 e 2 dicembre u. s. hanno avuto luogo cinque Riunioni della sessione autunnale del C.M.C. nelle quali venne svolto e discusso il seguente ordine del giorno:

*Della valutazione degli assicurandi aventi l'anamnesi gentilizia tarata per tbc. polmonare* (Rel. Dr. Comitato).

*La valutazione delle colecistopatie in A. V.* (Rel. Dr. Gladuli e Prof. Pilotti).

*Del modulo speciale per assicurandi affetti da malattia dell'orecchio, naso, gola* (Rel. Dr. Starna e Prof. De Gregorio).

*Dell'accettazione degli assicurandi affetti da malattia dell'orecchio* (Rel. Dr. Starna e Dr. Cavalié).

*La sopravvivenza degli operati di tumore della mammella* (Rel. Dr. Clausi Schettini).

*Del rischio professionale* (Rel. Dr. Beden).

*La durata della vita dei soggetti portatori di vizio valvol. cardiaco* (Rel. Dr. Fiandaca).

*La valutazione delle malattie della tiroide ai fini dell'A. V.* (Rel. Dr. Brugnoli).

*Preparazione del III Congresso internazionale di Medicina dell'A. V.* (Roma, 1942) e temi da proporre al Com. Intern. (Rel. Prof. Romanelli).

Nel prossimo numero riferiremo ampiamente sulle Relazioni che saranno presentate alla Riunione invernale del C.M.C., all'Assemblea annua dei medici degli Enti di Assic. e dei Medici di Direz. dell'I.N.A.

**Congresso di Medicina legale e delle assicurazioni e di Antropologia criminale**

In occasione della Mostra Triennale delle Terre Italiane d'Oltremare, si terrà in Napoli un Congresso di Medicina Legale e delle Assicurazioni e di Antropologia criminale, nei giorni 30-31 maggio e 1° giugno 1940 A. XVIII.

Si svolgeranno relazioni e comunicazioni relative alle due discipline, riguardanti soprattutto le Terre Italiane d'Oltremare.

I temi delle relazioni sono:

1) Il meticcio sotto l'aspetto biologico, politico e sociale (Relatore Prof. Nicolò Castellino, Direttore della Clinica delle malattie del lavoro della R. Università di Napoli).

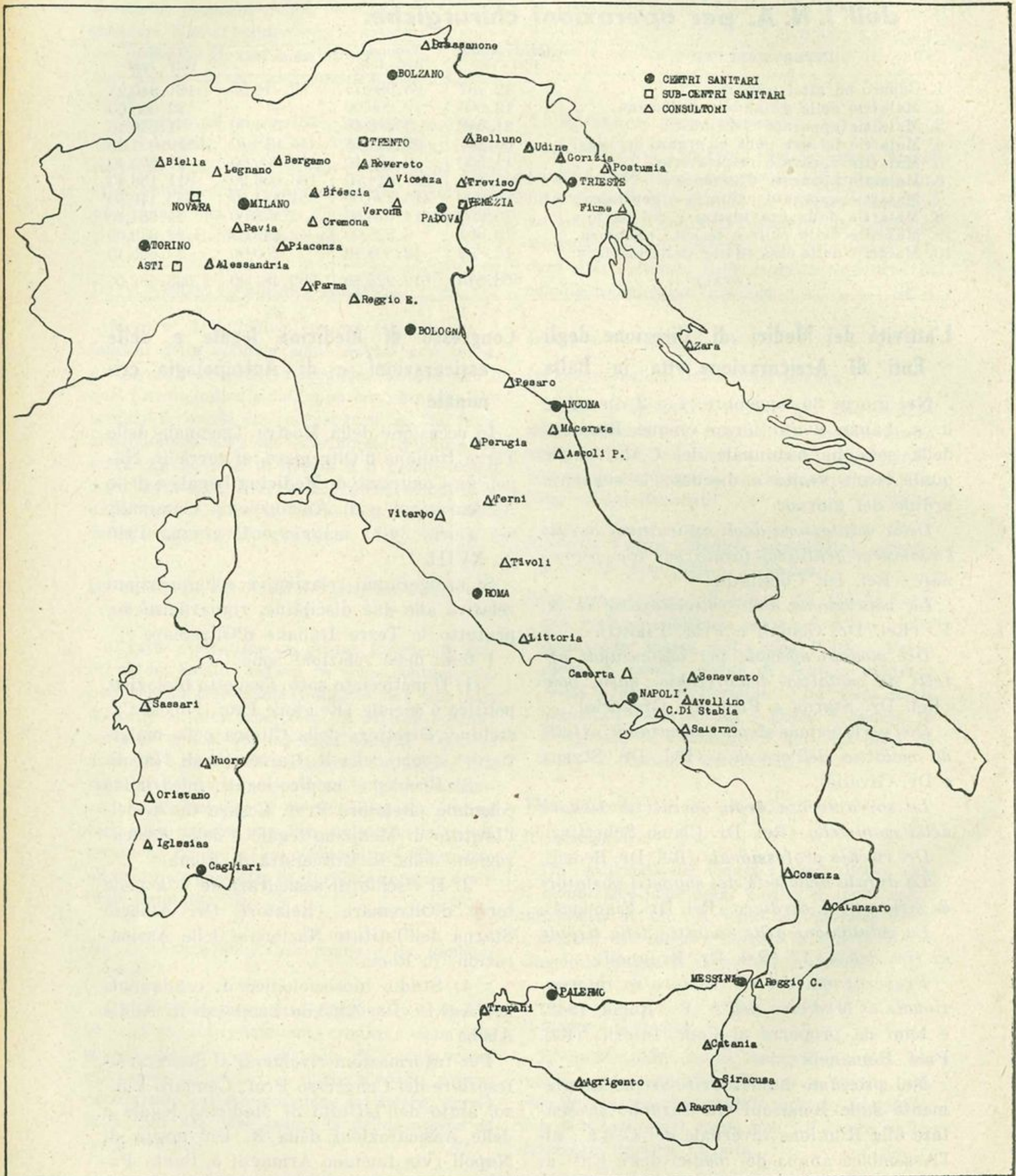
2) Problemi medico-legali in Diritto coloniale (Relatore Prof. Cesare Gerin dell'Istituto di Medicina legale e delle Assicurazioni della R. Università di Roma).

3) Il rischio di assicurazione vita nelle terre d'Oltremare (Relatore Dr. Alberto Starna dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni in Roma).

4) Studio biosociologico di condannati nell'A.O.I. (Dr. Alfredo Lombardi di Addis Abeba).

Per informazioni rivolgersi al Segretario-tesoriere del Congresso Prof. Gennaro Punzo, aiuto dell'Istituto di Medicina legale e delle Assicurazioni della R. Università di Napoli (via Luciano Armanni 3, Santa Patrizia).

Centri, sottocentri e consultori dell'I.N.A. in funzione all'inizio dell'anno XVIII - E. F.



## Note ed appunti

### PER L'ELEVAZIONE CULTURALE DEI SANITARI.

A tale scopo i medici dipendenti dalle Amministrazioni Provinciali e Comunali devono, secondo recenti disposizioni, frequentare dei corsi di aggiornamento per la durata media di venti giorni la cui frequenza è considerata missione ai fini del servizio. Tali corsi devono essere frequentati al massimo ogni cinque anni.

Ugualmente per gli Ufficiali Sanitari dei Comuni minori è stato istituito lo scorso anno presso gli Istituti di Igiene delle R. Università di Roma e di Firenze un corso semestrale di addestramento.

E' stato infine creato il Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno che porta a conoscenza dei dirigenti i Servizi sanitari periferici le direttive emanate dal Ministero per la tutela della salute pubblica.

St.

### SULLA FREQUENZA DELLA TUBERCOLOSI E SULL'INDICE MORTI-MALATI.

Stefanutti esaminando 112 studenti di un Ateneo del Regno ha trovato in un rilevante numero di casi forme attive di tubercolosi polmonare ignorate dagli ammalati ed in una alta percentuale ha trovato lesioni guarite e trascorse senza che gli ammalati ne avessero avuto conoscenza.

Morelli e L'Eltore, principalmente esaminando le cause di riforma nel R. Esercito hanno stabilito un indice di morbilità per tubercolosi in Italia che corrisponde a 12,7 malati per ogni morto di tubercolosi polmonare.

c. s.

### MORTALITÀ PER ALCOOLISMO.

Il problema sociale dell'alcoolismo ha perduta in Italia molta della sua importanza con l'elevazione materiale e morale delle popolazioni, per quanto non sia facile misurare gli effetti dell'alcool che possono manifestarsi lentamente e in forma camuffata.

Difatti nell'ultimo settennio la mortalità nel Regno per alcoolismo cronico e cirrosi alcolica del fegato è diminuita notevolmente. Questa mortalità nel 1938 segna una diminuzione del 31 % rispetto all'anno 1932. (Dal *Notiziario demografico*).

c. s.

### LA MORBOSITÀ PER PELLAGRA NEL 1938.

Da molti anni la pellagra colpisce nel nostro paese un limitato numero di Provincie e di Comuni. Nel 1938 i casi denunciati sono stati 688 e si sono verificati in 123 Comuni distribuiti in 16 Provincie. Sette provincie, con 105 comuni, delle colpite si trovano nei

Veneto, 3 provincie, con 10 comuni, in Lombardia. I comuni colpiti nelle altre Regioni sono soltanto 4, due nelle Marche, uno nell'Umbria e uno nelle Puglie. (dal *Notiziario demografico*).

c. s.

### LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI.

A cura della Confederazione Fascista degli Industriali è stato costituito a scopo di divulgazione sociale morale l'Ente Nazionale di Propaganda per la prevenzione degli Infortuni (per il risarcimento dei danni presiedono speciali organizzazioni di altro carattere) che si compone di soci ordinari e benemeriti le cui quote annue vanno da L. 10 a L. 200. Anche le Aziende od Enti possono essere iscritte con quote maggiori.

Ai Soci sia Ordinari e Benemeriti sarà rilasciato uno speciale Diploma e sono riservati i seguenti diritti:

— utilizzazione del servizio gratuito di consulenza dell'Ente in materia preventivistica-tecnica, igienica-sanitaria o propagandistica, sugli argomenti che potranno essere sottoposti dal socio;

— iscrizione ai corsi ed altre manifestazioni dell'Ente, abbonamento al periodico mensile di divulgazione e di cultura « Leggetemi », sconto del 20 % su tutte le altre pubblicazioni dell'E.N.P.I. e del 10 % sull'importo degli apparecchi di sicurezza prodotti dall'Officina sperimentale dell'Ente.

Per maggiori informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Ente in Via Marina, 5 - Milano.

### MORTI NEL REGNO PER INFORTUNI CAUSATI DA MEZZI MECCANICI DI TRASPORTO NEL 1938.

La mortalità per infortuni causati da mezzi meccanici di trasporto nel settennio preso in esame nel Notiziario demografico n. 12, 1939, ha un andamento crescente dal 1932 al 1934 mentre dal 1935 al 1938 si rileva, in modo irregolare, una spiccata tendenza alla diminuzione.

Nella seguente tabella riassumiamo il complesso degli infortuni mortali verificatisi negli ultimi anni; tenendo presente il solo coefficiente costituito dagli automobili che è anche il più alto:

ANNO	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Complesso .	3.063	3.382	3.762	3.617	2.658	3.634	3.346
di cui auto .	1.451	1.642	1.873	1.734	1.126	1.816	1.650

St.

## RADUNO NEUROLOGICO.

Il 4 febbraio alle ore 9 nella clinica delle malattie nervose della R. Università di Bologna avrà luogo un raduno neurologico con il quale il prof. Ayala, titolare della Cattedra, si propone di iniziare una serie di riunioni di questa importante specialità per ovviare in certo modo la poca frequenza di congressi di neurologia.

L'adesione può essere inviata al Prof. Ayala, Direttore della R. Clinica Neurologica di Bologna (presso Porto Saragozza). *St.*

## GLI ACCERTAMENTI PER TESSERE SANITARIE DELLE PERSONE DI SERVIZIO.

Nella circolare n. 157 del 4 dicembre u. s. del Ministero dell'Interno diretta ai Prefetti viene richiamata l'attenzione sopra i mezzi per l'accertamento della diagnosi della lue e della tbc. con metodi solleciti e di buona garanzia.

Per quanto riguarda la tubercolosi, dice la circolare, si dispone ora di un apparecchio che permette la ripresa in lastre o film fotosensibili di piccole dimensioni mediante processo fotografico delle immagini radioscopiche formatesi sullo schermo fluorescente, sotto l'eccitazione dei raggi X.

Analoghi vantaggi di rapidità e di economia potranno conseguirsi, nella ricerca dei casi latenti di sifilide, con l'uso del metodo di Ide per la reazione colorata della lue. *St.*

## UN CENTRO DI STUDI DI IGIENE RURALE ISTITUITO A PERUGIA.

Conformemente al voto espresso dal Convegno dei Medici della Mutua dell'Agricoltura, tenutosi a Perugia nel settembre scorso, in occasione della Prima Mostra della Casa Rurale, si è costituito in quella Città un centro di studi di igiene e fisiopatologia rurale sotto gli auspici della R. Università degli Studi, del Sindacato dei Medici e della Mutua Malattie Lavoratori Agricoli.

\* \* \*

## INFEZIONI DENTARIE E MALATTIE GENERALI.

Fin dall'epoca d'Ippocrate pare si fossero intravisti i rapporti tra infezione dentaria e malattie generali.

Vaizey e Clarc Kennedy hanno pubblicato uno studio su questo argomento in « Brit. Med. Journ. », 1939.

Rush descrive nel 1918 un caso di guarigione di artrite dell'anca in seguito ad estrazione di denti infetti. Sono stati descritti pure casi di infezione dentaria con dispepsia, stitichez-

za, sciatica, stati reumatici e tossici. Le pubblicazioni apparse sull'argomento negli ultimi anni sono numerose.

Nelle infezioni dentarie prevalgono fra gli altri gli streptococchi non emolitici. Dopo estrazione di denti, dopo manovre su di essi o dopo masticazione di gomma si possono riscontrare streptococchi in circolo.

Secondo gli A.A. la insufficiente masticazione per denti alterati ha più importanza che la sepsi nella produzione di anemia e per quanto riguarda i rapporti fra infezione dentaria, anemia, dispepsia e reumatismo, da molti ammessi con troppa larghezza, occorre giudicare con riserva e discernimento essendo questi rapporti dubbi.

L'igiene della bocca è utile alla conservazione dei denti e si deve ricorrere al più presto ad apparecchi di protesi quando non si può fare a meno dell'estrazione. *c. s.*

## CAUSE DI MORTE NEI VECCHI.

Uebendahl nella osservazione di un vasto materiale costituito da quasi 2 milioni di morti di oltre 60 anni ha notato che muoiono più donne che uomini in età avanzata. Ciò è dovuto alla maggiore longevità della donna.

Le statistiche danno 1000 uomini su 1204 donne di oltre 65 anni; 1000 su 1100 da 45 anni a 65; e 1000 su 1000 dai 20 ai 30 anni.

Le affezioni dell'apparato circolatorio costituiscono la causa più frequente di morte nei vecchi (32,2 %).

Le affezioni dell'apparato respiratorio danno un contributo del 13,5 % specialmente per polmoniti e broncopolmoniti, mentre per la tubercolosi si ha soltanto l'1,7 %. I tumori maligni danno un contributo del 13,3 %; le malattie nervose l'1,8 %; le malattie dell'apparato urinario, il 2,8 %; le malattie dell'apparato digerente, il 4,3 %; le cause varie il 9,8%; il marasma senile il 21, %. In queste due ultime voci si comprendono certamente individui morti per tumori maligni non diagnosticati.

Tali cifre si riferiscono alla statistica raccolta in Germania dal suddetto Autore. *c. s.*

## IL CONSUMO DI ALCOOL NEL MONDO.

Dai risultati di una inchiesta eseguita dal giornale tedesco « Berliner Lokal Anzeiger » si rileva che il consumo dell'alcool è diminuito nelle varie parti del mondo dall'ultima guerra. Il consumo medio annuale in Francia è di 27 litri per individuo, in Italia 11,3, in Belgio 9, in Gran Bretagna ed Irlanda 4,5, in Germania 4, in Danimarca 4, in Olanda 1,4.

Il consumo di liquori è diminuito in Francia durante questi ultimi anni da 7,6 a 4,6 litri di alcool al 50 % per testa e per anno; in Germania da 8 a 2 litri; in Italia il consumo medio attuale è di 0,4. (Da *Minerva Medica*).

c. s.

#### L'ESPOSIZIONE DI IGIENE DIVULGATIVA IN GRECIA.

Nel 1° trimestre 1939 si è tenuta ad Atene una Esposizione di Igiene; successivamente tale mostra in forma permanente è stata trasferita a Salonico con alcune modificazioni.

L'Esposizione di Atene venne visitata da circa 150.000 persone e si è proposto lo scopo di divulgare l'igiene ed i concetti sull'efficacia della profilassi non sufficientemente adeguata presso quelle popolazioni verso i nuovi criteri che regolano la vita delle collettività più progredite. A tale scopo l'Esposizione sotto una forma artistica metteva in speciale rilievo con grafici e tabelle l'importanza che riveste per il mantenimento della salute l'uso di norme igieniche.

Tra le numerose sezioni riunite in 30 grandi sale ricordiamo quella dell'eugenica, sulla maternità, sull'igiene scolastica, e sull'educazione fisica, sulla vita all'aria libera e sull'igiene antibatterica. Infine sono state ricordate tutte le organizzazioni sanitarie sia ospedaliere che di assistenza medica come pure la Croce Rossa Ellenica a prova di quanto finora è stato fatto nel difficile campo dell'igiene sociale.

Prof. BASILIADES

#### IL IV CONGRESSO INTERNAZIONALE DI EUGENICA.

L'Associazione tedesca per l'Igiene della razza convoca, di pieno accordo con la Federazione internazionale delle Organizzazioni eugenetiche rappresentata dal suo Presidente dottor Torsten Sjogren, Mental Hospital Lillhagen Goteborg (Svezia), il IV Congresso Internazionale di igiene della razza (eugenica), che sarà tenuto a Vienna dal 26 al 28 agosto 1940.

Lo scopo del Congresso è la comunicazione e la discussione delle ricerche e dei progressi nel campo delle basi scientifiche dell'igiene della razza e conseguenti possibilità di applicazione.

Nei loro rapporti con l'igiene razziale, vi si dovranno trattare ricerche sulla razza e l'eredità, la scienza demografica (politica demografica eugenica) inoltre medicina, diritto, sociologia, educazione, economia, ecc.

I Congressisti che intendono tenere conferenze o relazioni sono pregati di comunicarlo al più presto alla Segreteria del Congresso medesimo Berlin W 62 Einemstrasse II.

St.

#### LOTTA CONTRO LA TUBERCOLOSI.

Il V Congresso Panamericano della tubercolosi organizzato dal Comitato dell'Unione latino-americana della Società di tisiologia (Sezione Argentina) è indetto a Buenos Ayres e a Cordova, rispettivamente dal 13 al 15 e dal 16 al 17 ottobre 1940. Temi ufficiali: 1° indice di tubercolizzazione nei paesi sud-americani; 2° eredità e contagio della tbc.; 3° sindromi polmonari e forme inconsuete nella tbc. St.

\* \* \*

#### PERIODICI DI ASSICURAZIONE E DI PROPAGANDA ASSICURATIVA.

**Assicurazioni**, n. 4-5 luglio-ottobre 1939. — Sommario: FERRI: *La funzione della polizza nella trasmissione del rapporto assicurativo nelle assicurazioni danni*. - BRUNETTI: *La disciplina giuridica del rischio di guerra nelle assicurazioni marittime*. - ACUTIS: *Rilievi tecnico-economici sul rischio di guerra nelle assicurazioni sulla vita*. - FROMM: *Principi della vigilanza sulle assicurazioni in Germania*. - FANELLI: *Rassegna critica della giurisprudenza italiana sulle assicurazioni private*.

**Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari**, luglio-ottobre 1939-XVII, n. 3-4. — Sommario: OTTAVIANI: *Sulla probabilità che una prova su due variabili casuali X e Y verifichi la disuguaglianza X Y e sul corrispondente scarto quadratico medio*. - G. HAGSTROEM: *Rilievi sulla teoria del deprezzamento*. - E. FRANCKX: *I capitali di sopravvivenza*. - E. DIEULEFAIT: *Sui momenti delle distribuzioni ipergeometriche*. - P. GEPPERT: *Su una classe di distribuzioni in due variabili casuali*. - E. FELDHEIM: *Nuova dimostrazione e generalizzazione di un teorema di calcolo delle probabilità*.

**Bollettino del Centro Studi dell'I.N.A.**, n. 3, dicembre 1939. — Sommario: *Il trattamento giuridico-economico dei produttori delle Agenzie - Il decalogo dell'assicuratore - Il testo dell'accordo per la disciplina dei produttori delle Agenzie Generali dell'I.N.A. - Le assicurazioni popolari vita - Importanti questioni circa la premorienza del contraente*.

**La buona semente**, n. 12, dicembre 1939. — Sommario: *Il villaggio della felicità - La giornata della Madre e del fanciullo - Il viaggiatore solitario - Il Natale a Rosetella - I giocattoli dei bimbi dell'antichità - La carne suina*.

**La prima idea**, n. 1, gennaio 1940. — Sommario: *Infanzia di musicisti - Un capolavoro di zucca - Il trombone di legno - Così finisce la storia della cicala - Angeli senz'ali*.

*Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita***GLUTATIONEMIA E METABOLISMO BASALE**

Dott. GIUSEPPE CURIONE

*Medico di Direzione dell'I.N.A.*

L'Indagine del Metabolismo Basale praticata correntemente in clinica per la diagnosi degli stati di Iper-tiroidismo e di Basedow come pure in tutti i casi di Ipotiroidismo con speciali apparecchi, se fornisce dei dati precisi sul consumo energetico e il numero delle calorie occorrenti ad un individuo di una determinata età, sesso, nelle condizioni di assoluto riposo a temperatura e pressione note; non è un'indagine facile a praticarsi nella pratica assicurativa poichè richiede la preparazione del malato e la permanenza di esso per almeno un'ora in assoluto riposo, prima di procedere alla registrazione della grafica respiratoria. Utile sarebbe avere perciò a disposizione un metodo chimico che permettesse di studiare le ossidazioni cellulari e il calcolo delle calorie; ma purtroppo fino ad oggi nonostante le ricerche di vari autori che hanno mirato a studiare chimicamente il sangue i risultati non sono stati soddisfacenti e le cause di errore che si verificavano hanno fatto quasi completamente abbandonare tali metodi. Dirò che il tentativo fatto da autori tedeschi di studiare la respirazione delle emazie lavate, non ha approdato a risultati attendibili. In questi ultimi anni la ricerca del glutatione nel sangue e il suo dosaggio ha apportato un contributo allo studio delle ossidazioni cellulari e la glutationemia può rappresentare un sintomo nuovo nell'ipertiroidismo e nell'ipotiroidismo quando presenta delle variazioni del tasso nel senso di una ipoglutationemia nel primo caso e di iperglutationemia nel secondo. Ho intra-

preso perciò uno studio su questa reazione che arricchirò sempre di nuovi casi nella speranza di apportare un contributo allo studio dell'ipertiroidismo e delle sindromi Basedowiane, fiducioso che risultati ulteriori soddisfacenti consentano di introdurre in Medicina Assicurativa un metodo di facile attuazione.

Poichè è nota l'importanza del Metabolismo Basale in Medicina delle Assicurazioni per l'esatta valutazione del rischio e della durata della vita la glutationemia può fornirci dati che ci dicano lo stato di funzionalità della tiroide.

La scoperta del glutatione come particolare composto ematico, che dopo gli studi del chimico biologo Hopkins ha assunto oggi un posto eminente nella clinica e nella chimica, si può far risalire a Rej Paillade il quale nel 1888 era venuto dopo lunghe e indaginose ricerche alla conclusione che molti tessuti animali possono trasformare lo zolfo in idrogeno solforato per azione di sostanze caratteristiche: i filotoni. Il Raffa con studi successivi controllati da Arnold e Hefter constatò che i muscoli e altri tessuti contenevano una sostanza ricca di zolfo e che si coloravano in violetto sotto l'azione del nitroprussiato sodico per eccesso di idrossido. Il fenomeno fu interpretato come dovuto alla presenza di un corpo solforato ricco di cisteina, che si trasforma per ossidazione in cistina. Solo nel 1921 Hopkins da vari tessuti isolò il glutatione constatando che si trattava di un peptide costituito da cisteina e acido glutammico; tale peptide è un corpo facile ad ossidarsi per trasformazione del-

la cisteina in cistina e ridursi. Tale prodotto ha grande importanza nei processi di ossidazione cellulare. Ricerche successive accertarono che nella composizione del glutatione vi era oltre la cisteina e l'acido glutammico anche la glicolla. Tale è il glutatione ridotto o forma *SH* la quale quando venga deidrogenata si trasforma in forma ossidata.

Hopkins dimostrò quindi nella sua scoperta del tripetide la diffusione negli organismi viventi nelle due forme: ossidata e ridotta. Quest'ultima, elemento fondamentale della struttura cellulare è capace di subire la trasformazione nella forma ossidata che a sua volta è riportata alla forma ridotta dall'attività propria riducente dei tessuti. In questa reversibilità si avrebbero dei processi di ossidazione e di riduzione atti a fornire l'ossigeno ai tessuti e a provvedere alla respirazione delle cellule.

Ora, secondo Wrieland, l'attività del sistema glutatione ridotto-glutatione ossidato si svolgerebbe nel senso del trasporto di *H* e sarebbe il modello tipico della ossidazione intraorganica per deidrogenazione. Il Mathews, il quale dà molta importanza alle forme ossidate del glutatione, ha dimostrato che il glutatione nella sua forma ossidata attiva si troverebbe all'esterno delle cellule nelle superfici cellulari. Seconda proprietà del glutatione è quella inerente al suo carattere di corpo metabolico e terza quella che riguarda le attività enzimatiche dei tessuti.

Leitz, Abderhalden, Geidel e altri hanno stabilito l'azione di attivatore del glutatione per i sistemi proteasici dei tessuti. Leitz ha rivelato anzi una interferenza della proteolisi cellulare con i processi di respirazione dei tessuti, supponendo un rapporto inverso tra respirazione cellulare e aumentata proteolisi.

Riassumendo quindi l'attività del glu-

tatione si svolgerebbe con fenomeni di autossidazione e di attivazione dei processi enzimatici che regolano il metabolismo generale. Il glutatione è contenuto nelle piante, negli organismi inferiori (batteri, virus, bacilli e stafilococchi) come pure nei celenterati, molluschi, pesci, uccelli, ecc. Nell'organismo umano il glutatione si trova diffuso nei vari organi e tessuti e soprattutto nei tessuti a ricambio attivo mancando nei tessuti non attivamente funzionanti quali il connettivo e il siero di sangue. Il surrene è l'organo più ricco di glutatione e il Loffer e Gardin hanno sostenuto la importanza capitale del surrene nel metabolismo solforato. Altri autori come il Binet hanno dimostrato che il surrene ha grande importanza nel metabolismo del glutatione sia perchè hanno trovato nei vasi venosi e arteriosi di questo organo una forte quantità del preparato solforato sia perchè, facendo passare attraverso la ghiandola dopo eviscerazione del sangue citratato contenente una soluzione di cistina e acido glutammico hanno potuto dimostrare il potere sintetico di questa ghiandola con l'aumento del contenuto di glutatione.

Anche il fegato è ricco di glutatione ed è stato dimostrato che il contenuto di esso è maggiore nel sangue portale che nel sangue delle sovraepatiche. Identici esperimenti fatti per il surrene hanno dimostrato anche per il fegato un netto potere di sintesi del fegato per il tripetide. La milza, il pancreas, l'occhio, e in ispecie il cristallino (reazione *N. PRX* come indice di corpi solfidrici scompare nel cristallino catarattoso) e la pelle contengono glutatione in quantità ridotta. Innumerevoli ricerche riguardano il sangue il quale pure essendo meno ricco di tutti gli altri organi della suddetta sostanza per la sua facile accessibilità in vivo ci consente determinazioni del tasso glutationemico. Holden

per il primo nel 1926 ha trovato il glutathione negli eritrociti della pecora, dei ratti e l'assenza completa nel plasma. E' presente nella forma ridotta nella quantità di 20-32 mmg. nell'uomo e 18-30 mmg. nella donna; in queste cifre è compresa anche la ergoctioneina ma la sua quantità minima è variante da 2 a 7 mmg. per cento. I leucociti contengono invece scarsa quantità di glutathione. Il glutathione è contenuto quindi in massima parte negli eritrociti e poichè è il sangue l'unico veicolo al quale attingiamo i campioni per le nostre ricerche mi piace precisare alcuni dati sperimentali praticati da alcuni autori circa la attività respiratoria dei globuli rossi.

Binet e Gabs hanno messo in rilievo che il sangue venoso è più ricco di glutathione del sangue arterioso ritenendo che durante il diffondersi della corrente sanguigna attraverso i capillari polmonari avviene una trasformazione e mentre nel sangue venoso si trova quasi esclusivamente nella forma *SH* (nella proporzione del 90-98 %) nel sangue arterioso la quantità degli *SH* gruppi è abbassata del 75 % il rimanente essendo gruppi *SS*.

Per opera delle emazie si svolgerebbe nel sangue secondo questi autori un processo di deidrogenazione in cui il glutathione opera il trasporto di *H* dai tessuti al polmone sottraendolo ai tessuti e cedendolo al polmone ove è legato all'*O* atmosferico dimostrando con questi dati che il glutathione è parte importante nella funzione respiratoria delle emazie.

Da quanto si è detto a proposito del sangue e alle differenze fra sangue arterioso e venoso secondo il Gabbe il glutathione ematico nella sua traversata polmonare subisce una ossidazione, abbandona quindi il polmone in forma ossidata (sangue arterioso) e cede quindi ai tessuti l'*H* (ossidazione per deidrogenazione) ritornando al polmone nella for-

ma ridotta (sangue venoso). In ciò il Gabbe vedrebbe un'azione antagonista con l'emoglobina; ma l'Hoffmann, Anselmi e altri autori con varie e accuratissime ricerche pensano che tra l'emoglobina e il glutathione non vi sia già un antagonismo ma una collaborazione per la quale la prima come trasportatrice di ossigeno, il secondo come fornitore di ossigeno mediante la deidrogenazione ripariano insieme come fattori di compenso a quelle condizioni che generano carenze di ossigeno. Il Binet ha studiato il glutathione e il suo potere ossido-riducete nei tessuti. Tale autore determinando l'asfissia meccanica per compressione della trachea del cane ha trovato elevamento netto del glutathione del cuore e specialmente nel polmone ed ha ritenuto che tali risultati fossero riferibili non ad accumulo di prodotti acidi e aumento del *Ph* organico ma piuttosto (e questo lo ha confermato anche Richet) ad una usura nella concentrazione muscolare di certe sostanze ovvero a produzione di veleni non riparabile se non con l'intervento di ossigeno; l'ossidazione di queste sostanze riguarderebbe presumibilmente il glutathione. Altri autori avendo constatato pure l'aumento del glutathione nell'asfissia meccanica hanno dimostrato che esso non è dovuto nè alla iperglobulia che accompagna lo stato asfittico, nè all'intervento della milza poichè tale aumento si verifica anche dopo spenectomia ma alle stesse ragioni ammesse dal Richet. Il glutathione ritorna allo stato normale non appena rimosso l'ostacolo.

Vari sono gli studi che riguardano le influenze ormoniche sul tasso del glutathione del sangue: le iniezioni di adrenalina, di tiroxina, di estratto ipofisario danno risultati discordanti sia per i metodi diversi usati sia per le dosi e sia anche per l'intervento del sistema neurovegetativo poichè è stato dimostrato che

all'azione simpaticotropa della midollare surrenale, della tiroide della ipofisi corrisponderebbe una diminuzione del glutatione, mentre all'azione vagotropica della cortico-surrenale, delle paratiroidi un aumento.

Come nel campo della chimica biologica, della fisiologia così pure nel campo della patologia e della clinica le ricerche sul glutatione si sono sempre più moltiplicate e intensificate. Il Mingazzini ha studiato il comportamento della glutationemia (glutazione ridotto) nel sangue di operati anestetizzati in modo diverso e ha notato una diminuzione che variava secondo l'anestetico usato. La anestesia locale influisce poco sul tasso del glutatione. Santi ha trovato invece una diminuzione della glutationemia prima e dopo l'intervento ed ha riportato tale diminuzione all'azione dell'anestesia.

Gabs e Mingazzini studiando vari casi di ulcerosi e cancerosi non hanno trovato modificazione alcuna. Lollis e Campus occupatisi anch'essi della glutationemia nelle varie affezioni morbose hanno notato come nelle varie entità cliniche esistono delle modificazioni della glutationemia in rapporto alle mutate condizioni del ricambio intracellulare. Cosicché anche per questi autori la glutationemia è l'espressione delle alterazioni ossido-riduttive intracellulari e asseriscono a conclusione delle loro ricerche che lo studio della curva del glutatione lascia cogliere ed approfondire le modificate condizioni del ricambio e essenzialmente in quello idrico dei tessuti. Battistini ha trovato normale la glutationemia nelle malattie articolari; Tremonti occupandosi della glutationemia dopo iniezione di dieci unità di insulina non ha trovato alcuna modificazione. Dopo iniezioni di tiroxina lo Zunz non ha ottenuto alcuna modificazione mentre dopo iniezioni di tireoglobulina ha notato modificazioni nel senso di una diminuzione;

aumento invece ha ottenuto dopo l'azione della vagotonina e della adrenalina.

Nell'anemia la glutationemia è normale. Il Colinelli somministrando un composto di zolfo riesce ad elevare il contenuto in glutatione nei tessuti dimostrando che lo zolfo riesce ad elevare il tasso nel sangue fino al doppio; così come Habs ha notato che nei muscoli eccitati mediante un lavoro prolungato e ripetuto non vi è un aumento di composti di zolfo.

Il Pinelli, Guglielmi ecc. hanno notato nella vecchiaia un aumento della glutationemia da loro attribuita alle modificazioni istaminiche dei tessuti che nella vecchiaia sono ipoplasici.

Da quanto ho detto in precedenza risulta che se le idee nei riguardi delle varie ricerche sono discordanti; alcune di esse confermano però l'azione del glutatione nei processi ossidativi del ricambio cellulare. Se diamo uno sguardo rapido a ciò che intendiamo per metabolismo basale e ai vari mezzi di indagini che usiamo per determinarlo constatiamo come la glutationemia può solo in parte e in modo indiretto indirizzarci verso uno stato di ipertiroidismo e di ipotiroidismo. Intendiamo per metabolismo basale il numero delle calorie necessarie ad un soggetto di una determinata età, sesso, peso, altezza allo stato di riposo assoluto e di digiuno e ad una data temperatura; così per esempio un uomo di settanta chilogrammi in assoluto riposo e a digiuno in un ambiente sui sedici gradi consuma per il lavoro del cuore e dei muscoli respiratori, della muscolatura liscia e delle ghiandole circa milleseicento calorie: questo è il metabolismo basale. Il metabolismo aumenta a tremiladuecento calorie nel lavoro leggero, a cinquemila calorie in un lavoro pesante nelle ventiquattro ore.

Nello studio del ricambio energetico noi studiamo le entrate e le uscite, le

prime calcolate mediante la composizione degli alimenti introdotti, le seconde con i due metodi della calorimetria diretta e della calorimetria indiretta. Nel metodo della calorimetria indiretta il soggetto è rinchiuso in speciali stanze calorimetriche e si registrano in tal modo tutte le uscite energetiche; durante tale permanenza può vivere in assoluto riposo e anche sottoporsi a leggero lavoro muscolare.

La calorimetria indiretta si suddivide in due sottogruppi: il primo usato da Voit e Pettenkofer determina la quantità di  $CO_2$  eliminato dall'apparato respiratorio e la quantità di  $C$  eliminato dalle urine calcolando in questo modo le calorie bruciate. Il secondo sottogruppo comunemente usato nelle cliniche consiste nello studio degli scambi respiratori mediante vari apparecchi (Benedict Knipping, ecc.) si conosce l'ossigeno consumato e l'anidride carbonica prodotta dall'organismo registrando una grafica respiratoria e calcolando mediante apposite tabelle il metabolismo energetico.

Il Grafe distingue come fattori del metabolismo basale del soggetto a riposo e a digiuno fattori endogeni principali (fattori protoplasmatici, superficie corporea); secondari (sesso, età, statura) terziari (veglia e sonno); 2) fattori esogeni (temperatura esterna).

Da un lato quindi il vero bisogno di ossigeno nel protoplasma vivente e dall'altro lato lo sforzo che questo protoplasma deve sostenere per sopperire alle perdite caloriche verso l'ambiente rappresentante i fattori principali nella fissazione della intensità metabolica.

Concludendo il metabolismo è in funzione della natura protoplasmatica e della superficie corporea; bisogna però aggiungere e fissare che il consumo energetico non dipende dai maggiori o minori apporti nutritivi alle cellule ma è qualcosa di autonomo, perchè le cellule han-

no il loro bisogno fisso e regolano gli scambi su di esso e non sulla disponibilità di materia (legge di Flüger).

Schematizzato così il metabolismo nella sua intima essenza del ricambio energetico delle cellule, ci viene dato di domandarci se la ricerca del glutatione può sostituire il metabolismo, a questa domanda non è stato definitivamente risposto perchè le ricerche sono scarse e i risultati non tutti concordanti ma poichè il metabolismo non è che un segno indiretto delle ossidazioni cellulari e del ricambio energetico dei tessuti ed essendo il glutatione l'esponente dell'ossidazione cellulare può anche la glutationemia dopo numerosi studi essere applicata nei casi di metabolismo basale accentuato. Studi da parte di vari autori per ricercare un sintomo dell'ipertiroidismo che fosse più sensibile del metabolismo stesso e meno indaginoso ha fatto convergere l'attenzione degli studiosi sulla glutationemia. Le altre indagini sierologiche, colesterolo, colesterina totale, iodio, prova chininica non hanno dato risultati attendibili.

Il Rivoire e Bermond hanno dosato in 37 casi il glutatione in soggetti affetti da ipertiroidismo. Essi hanno dosato però non il glutatione nella forma ossidata e ridotta ma solo la forma ossidata che sta alla ridotta nella proporzione di 1:10 e hanno avuto i seguenti risultati: in 31 casi di ipertiroidismo glutatione ossidata assente, in 5 solo tracce, in un caso valori normali; in questo unico caso le ricerche successive dimostrarono assenza del glutatione ossidato.

Questa è una prova sensibile dell'ipertiroidismo ma solo una prova qualitativa perchè il glutatione ossidato manca tanto nelle forme lievi come nelle forme gravi e in questo è inferiore al metabolismo basale che è proporzionalmente alto con l'intensità dell'ipertiroidismo. Ma se consideriamo che la nostra diagnosi serve

nel campo assicurativo e deve essere fatta all'inizio e non nelle forme gravi in cui la comparsa di tutto un corteo di sintomi clinici ritengono inutile la ricerca della glutationemia, noi ci convinciamo di tutta l'importanza di questa ricerca.

Nella tiroidectomia e in tutte le forme di ipotiroidismo la glutationemia è aumentata.

Dalle ricerche di questi autori si conclude che la ricerca del glutatione nel sangue costituisce una reazione sensibile, specifica e facile a diagnosticare lo ipertiroidismo e l'ipotiroidismo anche nelle forme lievi e incipienti.

Anche il Lusena consiglia la ricerca del glutatione per le diagnosi di ipertiroidismo. Però se la diagnosi è facile in quei casi di ipertiroidismo e di ipotiroidismo con metabolismo a  $+ 15 - 15$ , ed è anche facile se a un metabolismo di  $+ 10$  si unisce una sintomatologia clinica, non è tanto facile parlare di ipertiroidismo in quei casi in cui ad un metabolismo di  $+ 15$  non consegue una sintomatologia clinica.

Ora in quei casi e anche in altri in cui vi è una discordanza fra metabolismo  $+ 20$  e sintomi clinici si potrà ricorrere al dosaggio del glutatione che sarà assente o diminuito nell'ipertiroidismo, aumentato nell'ipotiroidismo.

Anche altri, Litarczek, Aubert, Nestresco, Barbaro Forleo, Pegoraro hanno notato una ipoglutationemia nell'ipertiroidismo; il Litarczek conclude che nello ipertiroidismo l'aumento delle ossidazioni cellulari deve rappresentare non già il fatto primitivo ma un epifenomeno appunto perchè altrimenti sarebbe di difficile interpretazione l'ipoglutationemia nel corso di questi stati morbosi. Il Dogliotti dell'Istituto di Patologia medica di Firenze ha ripreso in esame il comportamento della glutationemia nell'ipertiroidismo e su vasta scala e con ricerche più complete.

Egli ha studiato; 1) la percentuale del glutatione totale nel sangue; 2) il quoziente di Gabb ossia il rapporto fra glutatione e globuli rossi ciò che esprime le variazioni del glutatione nelle singole emazie; 3) percentuale del glutatione nella massa corpuscolata che si ottiene ricavando il tasso del glutatione nel rapporto plasma: globuli e si tien conto non solo del numero dei globuli ma anche del loro volume.

Il glutatione dosato è il glutatione totale secondo il metodo di Gabbe ed i risultati i seguenti: in quindici casi di ipertiroidi tredici presentarono una netta ipoglutinationemia, due cifre normali; in due ipotiroidei si ebbe un netto aumento della glutationemia. In due soggetti normali sottoposti ad iniezioni di tiroxina fino a produrre disturbi (tachicardia, insonnia, ecc.) e con lieve aumento del ricambio basale si ebbe una netta ipoglutationemia. Come si vede questi autori hanno convalidato le ricerche fatte precedentemente e poichè qualche autore potrebbe obbiettare che il fegato ha una grande importanza nel tasso del glutatione si risponderà che nei casi lievi di ipertiroidismo è rarissimo riscontrare lesioni epatiche.

Gli autori suddetti in base a queste ricerche ammettono che l'ipoglutationemia degli ipertiroidi sia in rapporto alla aumentata funzionalità tiroidea e alla disfunzione di essa.

Ho voluto iniziare una serie di ricerche personali, dosando il glutatione ematico in soggetti ipertiroidi, basedowiani e ipotiroidei secondo il metodo di Gabbe; questo metodo è considerato il più preciso e si pratica con la seguente tecnica: si trattano cinque cc. di sangue, dealbuminizzato secondo Folin, con l'acido tungstico, a 25 cc. del filtrato limpido vengono aggiunti 2 cc.

di HCL al 25 % e 2 cc. di soluzione  $\frac{N}{200}$

di ferricianuro potassico; segue quindi l'aggiunta di 2 cc. di soluzione di cloruro sodico potassico e di iodato di zinco come per la determinazione della glicemia secondo il metodo di Hagedorn Hensen e si aggiunge amido. L'eccesso di ferricianuro libero corrisponde a 1,25 % di glutazione.

Le determinazioni per il dosaggio del Glutazione totale per economia di materiale si possono eseguire con piccolissime quantità di sangue. Su sedici casi da me studiati su malati degenti in ospedale e accertati clinicamente e sottoposti all'esame del metabolismo basale ho ottenuto i seguenti risultati: in 9 casi di ipertiroidismo lieve (con metabolismo di + 15 + 18 + 20 + 23 + 30 + 28 + 25 + 22 + 19) ha corrisposto una glutationemia di 22 18 15 19 16 21 24 17 mmg. in un caso valori di 28 mmg. ossia valori subnormali in 5 casi di ipotiroidismo valori superiori del tasso glutationemico cifre di 35 40 32 38 39 comunque in tutti i casi di ipertiroidismo ad eccezione del solo caso di ipertiroidismo con valori subnormali ho notato una ipoglutationemia. Iperglutinationemia invece nell'ipotiroidismo. Se tutti i risultati dei precedenti lavori concordano nell'ammettere unitamente alle mie esperienze una diminuzione del glutazione totale nell'ipertiroidismo ciò che ancora resta oscuro è perchè ogni qualvolta aumentano le ossidazioni cellulari e il metabolismo basale la glutationemia si abbassa mentre aumenta il tasso del glutazione nella diminuzione dei

processi ossidativicellulari e con il metabolismo basso. Rispondiamo, e così pensano anche il Dogliotti e altri autori, che il metabolismo basale non influenza la glutationemia anche se entrambi sono la espressione di ossidazioni cellulari ma la glutationemia probabilmente sarà influenzata sia dal sistema neuro-vegetativo e dai vari ormoni sia dal fatto che come hanno dimostrato altri autori ogniqualevolta la richiesta del glutazione da parte dei tessuti aumenta (lavoro muscolare, sforzo, ecc. e ogni qualvolta aumentano le ossidazioni ed il metabolismo è alto) il sangue se ne impoverisce, quindi ipoglutationemia, condizioni opposte di iperglutationemia si hanno invece a metabolismo basso e nella diminuzione delle ossidazioni cellulari. Concludendo devo dire che se l'ultima parola nei riguardi della glutationemia non è stata pronunziata le prime ricerche dei vari autori, concordi nell'ammettere una diminuzione del glutazione ematico nell'ipertiroidismo e un aumento nell'ipotiroidismo ci incitano a continuare su larga scala le nostre esperienze e poter dimostrare che se la glutationemia non sostituirà completamente il metabolismo basale potremo arricchire di un nuovo sintomo, facile nella ricerca, la diagnosi di ipertiroidismo e di Basedow incipiente.

#### BIBLIOGRAFIA

- RONDONI, *Biochimica*.  
 FORLEO, *Glutationemia*.  
 DOGLIOTTI, *Glutationemia e Iperitiroidismo*.  
 GABBE, *Dosaggio del Glutazione*.

## L'ECO DELLA STAMPA

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

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

# Il glaucoma in rapporto all'Assicurazione Vita

Prof. Dott. MARIA VELE

della Direzione Generale dell'I. N. A.

Questa affezione abbastanza frequente tra le malattie oculari, presenta inizialmente una diagnosi difficile che ha speciale importanza ai fini dell'invalidità.

Per trattare l'argomento dal lato che a noi interessa mi intratterò apparentemente troppo a lungo, sulle varie forme di glaucoma. Potremo comprendere così, che il diagnosticare a tempo un glaucoma arreca un duplice vantaggio: all'assicurando o all'assicurato, e all'Istituto assicuratore.

Il glaucoma è una malattia il cui carattere essenziale è l'aumento di tensione endoculare. Di esso si distinguono tre forme: primaria, secondaria e congenita. Il glaucoma primario è quello che si presenta maggiormente, mentre gli altri due sono meno frequenti.

Esso si manifesta spesso nelle persone verso i 50 anni e si divide in semplice od infiammatorio. Il semplice, generalmente bilaterale, ha un decorso lento e aflogistico: cioè, la cornea, l'umor acqueo, il cristallino ed il vitreo si mantengono trasparenti e le vene ciliari non si iperemizzano. La diagnosi non è sempre facile se non vi sono sintomi evidenti, quali ad esempio: pupilla modicamente dilatata e poco reagente allo stimolo luminoso, alterazioni perimetriche e oftalmoscopiche o che nell'anamnesi si riveli la percezione di cerchi iridati attorno alle luci accese, dolori sopra orbitari, ecc.

Se ben osserviamo la pupilla a luce laterale, notiamo che essa oltre la modica dilatazione, presenta un riflesso grigio-verdastro per cui anticamente veniva chiamata cataratta verde. L'errore infatti nel quale si può cadere è

causato dal suddetto riflesso che ci fa pronunciare con troppa fretta, la diagnosi di cataratta. In tutti i casi in cui si osserva il già citato riflesso, non si deve dimenticare un esame oftalmoscopico, il quale rappresenta il miglior mezzo diagnostico. Ed allora se il colore rimarrà grigiastro si tratterà veramente di un opacamento del cristallino, se diverrà invece rosso, saremo di fronte ad una affezione del fondo.

Molte volte diagnosticiamo un glaucoma semplice perchè è diminuita la visione da vicino; infatti l'allontanamento del punto prossimo è maggiore di quello che non richieda l'età. Questa diminuzione del potere accomodativo che si nota in alcune persone, sfugge in altre perchè non si occupano di lettura o di lavori da vicino. Perciò un repentino aumento di presbiopia deve sempre farci pensare ad un glaucoma. In questo stadio l'esame perimetrico ci dimostra un restringimento concentrico del campo visivo.

Nella forma infiammatoria, alla quale si può passare dalla semplice, distinguiamo uno stato prodromico e una forma evoluta. Nello stadio prodromico, che può durare settimane e mesi, si manifestano degli accessi (senso di pressione sull'occhio, dolore sordo, ecc.) scomparsi i quali non restano, nè sintomi obiettivi, nè subiettivi. Potrebbe istradarci la cromatopsia, ma questa potrebbe essere in rapporto anche ad un fiocco di catarro congiuntivale.

Il glaucoma evoluto a sua volta, può presentarsi nella forma acuta e in quella cronica. Quella acuta è caratterizzata da una serie di accessi. Ben difficilmente durante l'accesso, dato lo stato di pro-

strazione del paziente ed i dolori intensi, si può proseguire ad un esame. L'accesso è più forte di quello che si avverte nello stadio prodromico e i dolori oculari sono tanto intensi che si diffondono alla tempia, all'orecchio, ai denti, alla testa e cioè, seguono la prima e la seconda branca del trigemino. La diminuzione visiva è dovuta alla ischemia della retina ed all'intorbidamento dei mezzi diottrici. Non è raro il caso che un accesso glaucomatoso venga interpretato come una nevralgia del trigemino. Obiettivamente però, abbiamo segni infiammatori intensi che perdurano anche vari giorni, quali: l'iniezione ciliare intensa per la pressione sulle vene vortuose che impediscono il deflusso sanguigno, edema corneale, camera anteriore ridotta di profondità, pupilla ovalare, dilatata, immobile, verdastra, tensione aumentata, sensibilità corneale diminuita. In queste condizioni non è possibile l'esame del fondo. Scomparso l'accesso può permanere la rigidità pupillare, la midriasi e l'iniezione ciliare anteriore. Gli accessi si succedono abbastanza di frequente e durano alcune ore l'uno. Generalmente scompaiono con il sonno perchè la pupilla si restringe e gli spazi del Fontana si dilatano, permettendo così la comunicazione tra camera anteriore e camera posteriore.

In questo periodo sono evidenti i cerchi iridati attorno alle luci i quali sono dovuti ad un edema corneale. Anche nel glaucoma infiammatorio si manifesta una diminuzione del potere accomodativo a cui si aggiunge astigmatismo corneale contrario alla regola, per effetto della ipertensione endoculare. Il visus è diminuito e gli oggetti sembrano avvolti nella nebbia.

Il glaucoma infiammatorio cronico può essere la continuazione dell'acuto. Obiettivamente notiamo cornea insensibile, edematosa, le vene ciliari ante-

riori dilatate e tortuose, la camera anteriore diminuita, pupilla poco reagente alla luce, grigiastria, iride tendente all'atrofia, alterazioni pupillari.

Nei glaucomatosi il visus va sempre diminuendo fino a spegnersi completamente e la tensione aumenta a tal punto che l'occhio acquista la durezza della pietra; allora il glaucoma si dice assoluto e in seguito ad alterazioni degenerative può trasformarsi in degenerativo la cui fase terminale è l'atrofia del bulbo.

Per poter fare dunque diagnosi di glaucoma, si devono associare parecchi esami; anzi si può dire che occorran quasi tutti i mezzi specialistici. Prima di ogni altro l'esame tonometrico a cui seguono l'esame a luce laterale, schiascopico, oftalmoscopico e perimetrico.

Quando si tratta di glaucoma evidente si noterà la tensione aumentata. E' considerata normale, una tensione su 20-22 mm. di Hg. Una tensione che supera questa, si deve mettere in rapporto ad aumento di tensione endoculare ed è quasi un indizio della malattia. Però si dovrà anche stare attenti nei casi in cui esiste una differenza di tensione tra un occhio e l'altro. Così se un occhio ha 22 e l'altro 18 mm. di Hg., in quello che ha 22 si deve pensare ad un certo grado di ipertonia, pur essendo nei limiti fisiologici. Il fatto che esiste una differenza, ci indica che vi è uno squilibrio nel tono oculare. Si consiglia perciò di prendere la tensione più volte poichè al mattino e dopo i pasti è generalmente aumentata.

All'esame schiascopico si potrà manifestare una ipermetropia, mentre all'esame oftalmoscopico, l'escavazione papillare fisiologica, per fatti di aumento di tensione endoculare, può aumentare ed assumere un aspetto a scodella. Allora le fibre del nervo ottico vengono stirate e la lamina cribrosa, che rappre-

senta, il *locus minoris resistentiae*, viene spinta indietro, dando origine alla vera e propria escavazione glaucomatosa. Ad ogni millimetro di dislivello corrisponde una differenza di tre diottrie, di modo che possiamo riconoscere l'escavazione e misurarne la profondità nei vari periodi, con tutte le consecutive modificazioni.

Infatti guardando attentamente, si nota che la parte centrale della papilla sembra in un piano posteriore a quello della retina. Presso il bordo papillare i vasi sembrano interrotti e formano una uncinatura perchè le pareti sono tagliate a picco; infatti essi appaiono più scuri di quelli della papilla attorno a cui vi è l'alone glaucomatoso. La papilla può essere grigiastria o bianca, in stato più o meno evidente di atrofia, ma la caratteristica obbiettiva principale è data dall'inginocchiamento dei vasi. Il quadro oftalmoscopico suddescritto è patognomonico del glaucoma. All'esame perimetrico notiamo un restringimento del campo visivo, specialmente dal lato nasale. Il medico generico può grossolanamente fare un esame, fasciando un occhio e facendo con l'altro fissare un oggetto posto all'innanzi e al centro del campo visivo ad una breve distanza (circa 40 cm.). L'osservatore sposta gradatamente l'oggetto dall'esterno verso l'interno, dall'alto al basso e viceversa. Si può così, superficialmente stabilire se esiste una notevole diminuzione del campo visivo dal lato nasale.

Come ho già detto la diagnosi di glaucoma semplice è difficile. Veramente è così, quando all'oftalmoscopio non si notano ancora le caratteristiche sopra enunciate. Allora si differenzia con difficoltà dalle atrofie del nervo ottico, specialmente se la tensione è quasi normale e l'escavazione papillare minimamente pronunciata. In questi casi il senso cromatico ci può metter sull'avviso poichè,

mentre nel glaucoma è pressochè inalterato, nell'atrofia ottica si ha spesso una diminuzione o scomparsa della percezione del verde. Il campo visivo presenta poi una differenza notevole nell'una o nell'altra affezione. Mentre nel glaucoma è ristretto specialmente dal lato nasale, nell'atrofia ottica il restringimento è uniforme, anulare.

Il glaucoma infiammatorio invece potrebbe confondersi con nevralgie del trigemino, ma allora non coesisterebbero il *visus* diminuito, l'edema corneale, la camera anteriore diminuita, la dilatazione pupillare, la tensione aumentata, ecc. Si potrebbe confondere con l'iridociclite non ipertensiva, ma in questa non esiste edema corneale, la pupilla è ristretta, può esservi intorbidamento dell'acqueo, iride torbida, sinechie, ecc. Potrebbe essere scambiato con una congiuntivite, ma allora non è interessato tutto il globo oculare, bensì solo i vasi congiuntivali posteriori provenienti dalla piega di passaggio che danno origine di conseguenza ad un edema palpebrale e a secrezione.

Il glaucoma infiammatorio cronico è abbastanza riconoscibile, perchè i segni sono più evidenti, come è già stato detto. Spesso se non vi è l'escavazione della papilla si nota una pulsazione arteriosa di essa, come nei cardiaci.

L'etiologia vera e propria di questa forma morbosa non è stata trovata. Non vi è pel glaucoma una predilezione per un ceto od un altro come accade per esempio nella miopia che colpisce specialmente le persone dedite allo studio o a lavori delicati in vicinanza. Il glaucoma infiammatorio si riscontra con più facilità nelle donne, da 50 anni in poi. Se non ha importanza l'ereditarietà, ha però importanza l'ereditare difetti di costituzione, anomalie del ricambio, ecc. E mentre il glaucoma semplice si trova anche nei miopi, l'infiam-

matorio si riscontra con una certa frequenza negli ipermetropi.

Esso è più frequente in primavera ed in autunno e vi vanno più soggetti gli arteriosclerotici e i gottosi.

Il glaucoma è stato attribuito anche all'astigmatismo e alla sifilide.

Tra le cause determinanti hanno valore gli eccessi dietetici, il lavoro esagerato, gli sforzi, l'insonnia, il diabete, il reumatismo, la gotta, ecc.

Si è cercato di spiegare l'aumento di tensione con uno squilibrio tra la secrezione e l'escrezione endoculare. Anticamente si parlava di una ipersecrezione, oggi si parla di ritenzione e l'impedimento sarebbe da ricercarsi nell'angolo irideo il quale nell'aumento di tensione si oblitererebbe e in un secondo tempo avrebbe luogo una infiammazione adesiva. L'angolo irideo costituisce la via principale di uscita dei liquidi oculari. Se viene ostruito, ne risulta una ritenzione come accade negli ipermetropi nei quali l'angolo irideo è più ristretto.

Il glaucoma secondario è basato solo sull'aumento di tensione e può presentarsi in tutte le età poichè è in diretta dipendenza con una malattia oculare pregressa.

Può insorgere in seguito a lussazione del cristallino, cataratta traumatica, dopo l'estrazione di cataratta, nella miopia elevata, nei tumori oculari, nel glaucoma traumatico, nelle cheratiti traumatiche, ecc.

Il glaucoma congenito (idrofalmo, buftalmo, cheratoglobolo) è una malattia della prima infanzia. Alle caratteristiche anzidette del glaucoma primario si aggiunge un aumento del globo oculare. Ha un decorso lento e termina con la cecità.

Qual'è dunque la prognosi di questa malattia? La prognosi è sfavorevole se la malattia viene lasciata a sè, perchè

l'acutezza visiva tende progressivamente a diminuire, determinando la cecità.

Una diagnosi tempestiva può migliorare la prognosi. Così se essa è più favorevole nelle forme acute, diagnosticate e curate in tempo, altrettanto non può dirsi delle forme croniche, nonostante l'improbabile miglioramento che possono determinare le cure mediche locali, generali od operatorie. E' infausta se lasciata a sè, e in un periodo di pochi anni conduce irrimediabilmente alla cecità.

Il criterio che il medico di assicurazione dovrà seguire nell'assunzione dei glaucomatosi circa la concessione dell'allegato di invalidità e nel riconoscimento dell'invalidità dei già assicurati, sarà diverso a seconda del caso.

Si dovrà anzitutto fare una distinzione fra i vari tipi di glaucoma, se primario, secondario o congenito, sullo stadio e la bilateralità.

Nel glaucoma secondario, se l'affezione è limitata ad un occhio e legata ad una affezione pregressa, senza che ci sia il pericolo per l'altro, possiamo concedere gratuitamente l'allegato. Questi, si possono dire i casi più benigni non essendovi un pericolo per l'altro occhio.

I glaucomi congeniti saranno senz'altro da rifiutare data la malignità della forma.

Nel glaucoma primario si dovrà principalmente fare le distinzioni se trattasi di glaucoma semplice od infiammatorio, acuto o cronico, se l'assicurando ha già fatto cure in precedenza, se il *visus*, campo visivo e tensione si mantengono buone. Sono dati che noi dobbiamo prendere in considerazione e che complessivamente ci permetteranno o no di giudicarne il rischio.

Nel glaucoma semplice iniziale bilaterale, senza sintomi obbiettivi degni di nota, dato che il decorso è di molti

anni e piuttosto benigno si può concedere l'allegato applicando un modico soprapremio.

Nel glaucoma semplice monolaterale si applicherà pure un modico soprapremio. Qualora vi sia un glaucoma assoluto mentre l'altro occhio è normale (con anamnesi familiare circa l'eredità negativa), si potrà accettare applicando un soprapremio maggiore. Tutti i casi di glaucoma evoluto infiammatorio e cronico bilaterali, con sintomi obbiettivi evidenti e *visus* abbastanza compromesso, si dovranno senz'altro rifiutare perchè la prognosi è infausta. Cosicchè in generale, nelle forme bilaterali, eccettuata la forma semplice incipiente, non si dovrebbe concedere l'allegato di invalidità.

Così pure sono da rifiutarsi tutti i glaucomi primari bilaterali con sintomi manifesti poichè generalmente in pochi anni si ha cecità.

Quando ci si presenteranno individui verso i 50 anni con una notevole presbiopia li consiglieremo a recarsi di frequente dallo specialista ed i glaucomatosi oltre che far controllare lo stato del loro occhio, a fare cure adatte ed in caso di necessità sottoporsi ad interventi operativi. Infatti le cure mediche e chirurgiche se non arrestano, rallentano spesso il decorso del male, mentre un vero giovamento si ottiene all'inizio dell'affezione. Sta a noi quindi diagnosticare a tempo un glaucoma quando visitiamo i sani, poichè purtroppo qualche volta accade che si fa la diagnosi quando il *visus* è già scarso e la visione eccentrica e anche quella centrale sono già compromesse.

Cosicchè l'I.N.A. oltre a prevenire i mali ha lo scopo di far curare quei mali iniziali che lasciati a sè senz'altro

minacciano la validità o la vita dell'individuo.

Quando riconosceremo noi l'invalidità totale e permanente per glaucoma?

Senz'altro nei casi di glaucoma assoluto e in quelli in cui il *visus* sia molto ridotto e i sintomi obbiettivi accentuati. Diamo troppo poco peso ai cerchi iridati che già all'inizio dell'affezione i pazienti avvertono guardando i lumi. Dobbiamo allora osservare bene i riflessi pupillari, la forma della pupilla, la camera anteriore e il fondo. Non si devono trascurare un esame perimetrico e tonometrico accurati, nè siamo troppo frettolosi davanti ad un pregresso accesso glaucomatoso di far diagnosi di nevralgia o dinanzi ad un *visus* diminuito e a un riflesso pupillare grigio-verdastro di far diagnosi di cataratta.

Se in questi ultimi anni è migliorata la diagnosi, più estesa la cura, una terapia specifica però non esiste, anche per il fatto che l'etiologia è poco nota.

Quanto si è detto per l'assunzione di assicurandi e per le richieste di invalidità (che l'I.N.A. concede ai propri assicurati) non si deve dimenticare anche nelle visite di collaudo della salute. La vista salvata ad incipienti glaucomatosi, è l'unico premio al nostro operato e la medicina preventiva che l'I.N.A. esplica, potrà maggiormente seguire la via che si è prefissa.

#### AUTORIASSUNTO.

L'A., descritte le varie forme di glaucoma e la diagnostica differenziale, ne tratta il rischio in assicurazione-vita. Parla inoltre dell'invalidità totale e permanente nel glaucoma e in quali casi debbesi riconoscere.

*Indagini di Statistica Medica***COSTITUZIONI E PROFESSIONI**

Dott. CIATTI PIETRO

Non poco gli Statistici hanno contribuito agli studi di cui mi propongo fare cenno riportando alcune osservazioni ricavate dal materiale esistente presso il Servizio Sanitario dell'I.N.A.

Già da parecchio tempo si è riconosciuta la necessità di ricercare con metodo quali tipi tendano ad affermarsi negli strati superiori di una società a classi aperte. Il Boldrini in un suo articolo « Biotipi e classi sociali » dice: « che i tipi costituzionali tendono a distribuirsi con frequenza ineguale nei vari ceti è, prima di tutto, una verità intuitiva. Se il tipo breve (o, almeno, quella più frequente varietà stenica di esso, che un moderno indirizzo considera come ben distinta dall'altra varietà ipostenica) è più vigoroso e robusto del tipo o della varietà antagonista, perciò solo, a parità di altre condizioni, gli saranno dalla società, fra l'altro, riservate le funzioni che richiedono un più intenso esercizio fisico. E poichè tali funzioni hanno una importanza variabile da categoria a categoria sociale, la frequenza relativa del tipo più robusto, richiamato dalle occupazioni che ad esso soprattutto si confanno; varierà, in conseguenza, dall'una all'altra. D'altra parte, supposto pure che i due tipi influiscano ugualmente sui vari strati sociali, le cause di infermità e di morte creerebbero ugualmente delle differenze di distribuzione, eliminando quei tipi meno resistenti, specie nelle categorie in cui essi fossero sottoposti a sforzi superiori alle loro capacità fisiche ».

Non solo però è stato studiato, il le-

game esistente fra tipo costituzionale e funzioni sociali ma pure è stata studiata la corrispondenza con cui si alternano da un lato, nelle vicende della storia, fase di grande attività e di fervore costruttivo con al vertice delle gerarchie individui geniali e di tipo brevilineo stenico e fasi di elaborazione intensa degli Istituti e delle funzioni sociali con al vertice delle gerarchie di individui di tipo longilineo astenico quasi che i cicli e gli eventi storici fossero, nel passato e nel presente, determinati dal vicendevole alternarsi, ai posti di comando, dei due tipi costituzionali opposti sopra ricordati.

Bisogna pure fare a questo punto osservare che oltre ad essere influenzato il corso degli avvenimenti storici dal prevalere dell'uno o dell'altro tipo costituzionale nelle categorie dirigenti vengono pure modificandosi le espressioni e le preferenze artistiche e di questo ne fanno fede i tipi di bellezza straordinariamente ineguali preferiti da un luogo e da un periodo all'altro e come questi tipi di bellezza mutino in relazione con certe trasformazioni sociali.

Gli studi costituzionalistici, come oramai è notissimo, hanno messo in evidenza come in corrispondenza a determinate differenziazioni morfologiche si accompagni una determinata differenziazione nell'ambito funzionale e psichico (temperamento, tipo d'intelligenza) corrispondenza questa di cui il fattore determinante sarebbe secondo il Pende, il sistema neuro-endocrino che può ben essere ritenuto « il motore attivo al cen-

tro della costituzione individuale, perchè informa tutti gli aspetti, quello morfologico, quello biochimico, quello neuro-endocrino ».

Gli studi del Kretschmer, mettono in luce le relazioni fra tipo morfologico e temperamento, tipo morfologico e forma di intelligenza, tanto da rilevare una relazione abbastanza stretta fra determinati tipi di malattie mentali e costituzione corporea, ci fanno pensare che alle diverse tendenze individuali, alle diverse attitudini professionali venga a corrispondere un determinato habitus.

Le ricerche del Kretschmer e di molti altri autori si sono rivolte pure allo studio della costituzione degli uomini di genio giungendo a risultati realmente notevoli ed interessanti di una ben spiccata corrispondenza fra costituzione e tipo di intelligenza e di carattere. Si è osservata per esempio una forte prevalenza di tipi leposomi (astenici) fra i filosofi, gli scrittori drammatici e romantici (Leopardi) mentre quasi esclusivamente picnici furono riscontrati i prosatori realistici e gli umanisti (Boccaccio).

Attualmente si posseggono sufficienti dati per poter affermare che mentre nei ceti elevati delle società civili attuali sono frequenti i tipi lunghi e meno frequenti lo sono nei ceti medi e più poveri, un tempo invece era l'inverso.

Noi sappiamo, dalla biometria, che il rapporto fra le dimensioni trasversali del corpo e la statura è in forte correlazione negativa con la statura stessa, vale a dire in altre parole noi sappiamo come a stature via via più grandi corrispondano di regola corporature proporzionatamente sempre più sottili. Da ciò si deduce che l'alta statura in una massa di casi è già da per se stessa un carattere di longilinearità onde la longilinearità relativa delle classi sociali superiori in confronto con la brevilinearità relativa

delle classi inferiori è dimostrabile dal fatto, ormai notissimo, che i membri delle categorie sociali superiori sono in genere più alti degli appartenenti alle categorie inferiori.

A titolo di esempio è istruttivo riportare come, nei confronti della statura il perimetro toracico dei soldati italiani delle classi 1859-63 ed appartenenti alle classi sociali più elevate era di 51,9 % mentre nei contadini era del 53,4 %; nel 1926 i soldati svedesi appartenenti alla popolazione contadina avevano un indice biacromiale del 23,0% mentre gli appartenenti agli strati superiori delle classi intellettuali presentavano un indice del 22,5 %. Un altro esempio istruttivo, riportato in proposito dal Boldrini, è il risultato di una ricerca eseguita su 715 padovani misurati a 20 anni; su 100 membri della categoria superiore si sono trovati 21,6 brevilinei, 37,8 mesolinei, 40,6 longilinei. Diverse sono le percentuali corrispondenti agli operai di città: 29,7, 34,0, 36,3 %.

I longilinei, fa osservare il Boldrini, sono ancora in maggioranza come nel ceto superiore, ma con una eccedenza meno intensa mentre la situazione si inverte del tutto con le seguenti percentuali relative agli operai di campagna ed ai contadini: 32,7 % brevi, 38,8 % medi ed appena 28,5 % longilinei.

Per lo studio però della costituzione differenziale delle classi sociali, oltre al fattore ereditario che presenta un'importanza non piccola nel determinismo di tali differenze è doveroso fare presente numerosi fattori che oltre l'ereditario convergono a determinare una diversa composizione costituzionale delle varie classi.

Fra i più importanti sono le condizioni ambientali che, nelle successive generazioni, hanno parte nel determinismo

dell'evoluzione dell'intensità di alcuni caratteri e nel determinismo, a carico di individui appartenenti ad una stessa generazione ed a classi sociali diverse, di differenze antropometriche.

L'influenza di tale fattore sullo sviluppo dell'organismo era stata già da tempo rilevata mediante apprezzamenti qualitativi.

Nel XVI secolo il Paruti nel suo trattato « Della perfezione della vita civile » così si esprimeva: « il ricco, infatti, può nutrirsi di cibi buoni, che rendono la sua complessione delicata e meglio disposta alle discipline virtuose, il povero, invece, mangiando cibi grossi, diventa forte e robusto più che fornito di ingegno ed è costretto a vivere in arti vili e meccaniche ».

Secondo il Livi le modificazioni dovute all'ambiente possono sovrapporsi e mascherare i caratteri ereditari e di razza e riporta a tal proposito l'osservazione da lui fatta sui contadini e sugli studenti per i primi dei quali la statura, in cui si trovavano in deficit, presentò un rapido aumento durante la vita militare mentre per i secondi, presentatisi all'inizio del servizio militare in deficit il perimetro torarico, fu riscontrato un aumento sensibile di tale valore alla fine del servizio.

Prescindendo da tutte le questioni sopra riportate, dall'influenza o meno del fattore ereditario ed ambientale nel determinismo del tipo costituzionale si capisce l'importanza che nella scelta della occupazione possono avere i rapporti fra costituzione e professione qualora i tipi meno resistenti fossero sottoposti a sforzi superiori alle loro capacità fisiche. E di questo dovrebbe tener conto anche il medico di assicurazione nella valutazione del rischio che a lui si presenta.

Ho eseguito le mie ricerche su due gruppi di assicurati di cui nel primo più

TAB. I.

Torace	Frequenza	
	I. Sotto-gruppo	II. Sotto-gruppo
72	2	—
73	—	—
74	1	—
76	2	—
76	—	—
77	2	—
78	2	—
79	4	—
80	15	5
81	12	2
82	16	6
83	30	8
84	36	14
85	40	7
86	37	13
87	49	13
88	37	13
89	34	12
90	50	12
91	27	16
92	37	19
93	39	22
94	39	21
95	34	13
96	20	10
97	27	7
98	28	10
99	16	5
100	14	9
101	13	6
102	10	2
103	13	4
104	6	4
105	2	2
106	4	3
107	1	—
108	2	—
109	1	—
110	—	—
111	—	—
112	1	—
113	1	1
114	—	1
115	1	1
	714	261

TAB. II.

Altezza	Frequenza	
	I. Sotto-gruppo	II. Sotto-gruppo
150	1	2
151	2	2
152	2	2
153	2	1
154	1	—
155	1	2
156	5	—
157	4	7
158	16	3
159	12	7
160	16	8
161	16	6
162	32	11
163	24	10
164	39	13
165	51	17
166	39	20
167	37	15
168	48	19
169	25	15
170	56	16
171	49	8
172	33	20
173	33	15
174	30	6
175	24	10
176	33	9
177	20	3
178	18	3
179	8	4
180	11	3
181	4	3
182	10	1
183	3	—
184	2	—
185	2	—
186	3	—
187	—	—
188	1	—
189	1	—
	714	261

TABELLA III.

	TORACE		STATURA	
	Torace medio	$\sigma$	Statura media	$\sigma$
I° Sotto Gruppo .	90,81	6,50	168,96	6,35
II° Sotto Gruppo .	92 —	6,32	167,62	6,24

ristretto, di 975 soggetti visitati da medici di direzione nelle età da 30 a 34 anni, ho studiato il comportamento della statura e del perimetro toracico nei confronti della categoria professionale, mentre nel secondo gruppo più ampio di 5642 assicurati ho studiato il tipo costituzionale in rapporto alle cause di morte e professioni.

Ho suddiviso alla loro volta questi due gruppi di assicurati in due grandi sottogruppi nel primo dei quali ho compreso gli appartenenti ai gruppi professionali più elevati (professionisti, benestanti, ufficiali, insegnanti), nel secondo invece

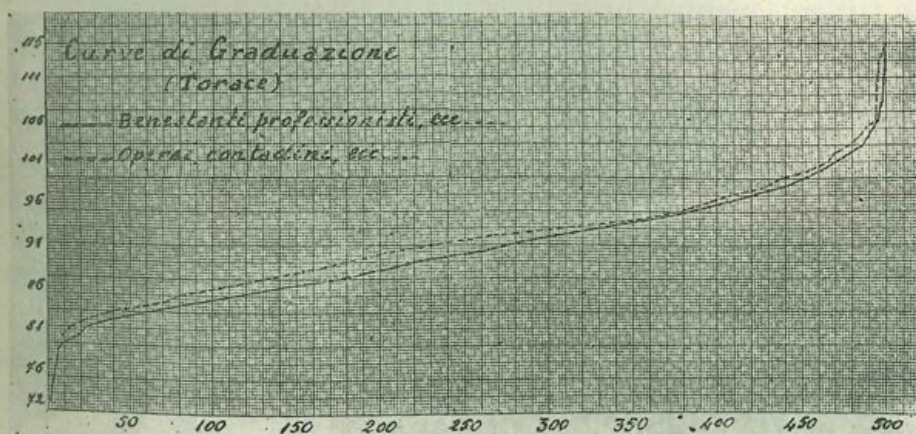
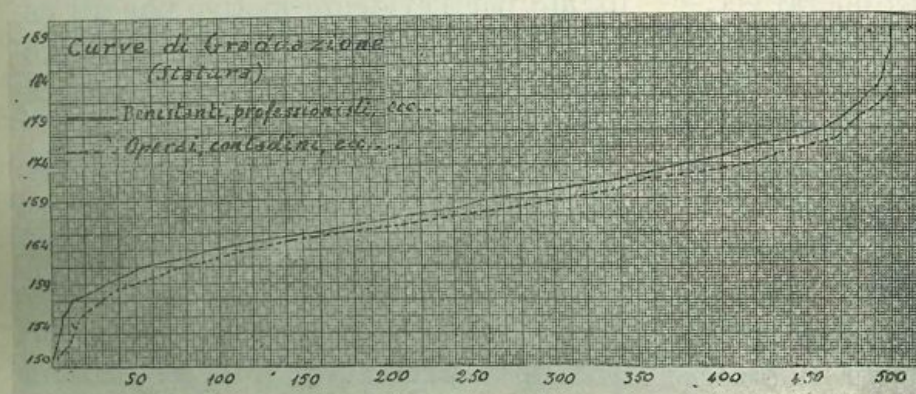


TABELLA IV

	I Sottogruppo		II Sottogruppo	
	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%
Normali . . .	1762	46,56	1002	53,93
Sottopeso . . .	873	23,07	334	17,98
Sovrapeso . . .	1149	30,37	522	28,09
TOTALE	3784	100	1858	100

ho compreso gli operai, i contadini, gli artigiani ecc.

Le tabelle I-II e III riportano rispettivamente le distribuzioni di frequenza dei valori del torace e della statura ed i valori medi e la variabilità dei suddetti caratteri del primo gruppo di assicurati distinti nelle due categorie professionali mentre le curve di graduazione allegate e contrassegnate rispettivamente con la lettera A e B dimostrano, in modo evidente, come negli appartenenti alla categoria dei benestanti, dei

professionisti ecc. l'altezza si mantenga costantemente superiore nei confronti dell'altezza degli operai contadini ecc.; l'opposto è possibile osservare per i valori del perimetro toracico.

La tabella 4 illustra la suddivisione dei 5642 assicurati per tipo costituzionale e categorie professionali. Benchè i sovrappesi prevalgono sempre in ambedue le grandi categorie professionali la eccedenza del tipo costituzionale breve,

Benestanti, professionisti, ecc.						CAUSE DI MORTE	Operai, contadini, ecc.					
Normale		Sottopeso		Sovrapeso			Normale		Sottopeso		Sovrapeso	
Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%		Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%
185	11,04	171	20,33	42	3,85		Ogni forma di t. b. c. . . . .	145	15,10	66	20,68	25
184	10,99	104	12,37	141	12,92	Altre malatt. infett. e parasit.	95	9,90	38	11,91	53	10,50
158	9,43	74	8,80	105	9,62	Tumori maligni . . . . .	102	10,62	27	8,46	43	8,51
101	6,03	25	2,97	117	10,72	Emorr., tromb., embolie cerebr.	44	4,58	14	4,39	45	8,91
57	3,40	42	5 —	26	2,39	Malatt. sist. nerv. ed org. di sesso	41	4,27	13	4,08	18	3,57
201	12 —	70	8,92	150	13,75	» apparato circolatorio .	84	8,75	23	7,21	54	10,69
184	10,99	124	14,74	121	11,09	» » respiratorio .	144	15 —	39	12,23	65	12,87
206	12,30	86	10,23	150	13,75	» » digerente . .	110	11,46	36	11,29	76	15,05
110	6,57	27	3,21	81	7,42	» » genito-urinar.	42	4,38	8	2,51	35	6,93
96	5,73	45	5,35	47	4,31	Suicidi . . . . .	24	2,50	16	5,02	23	4,56
136	8,12	46	5,47	53	4,86	Morti violenti ed accidentali .	93	9,69	30	9,40	35	6,93
57	3,40	27	3,21	58	5,32	Altre cause di morte . . . .	36	3,75	9	2,82	33	6,53
1675	100	841	100	1091	100	. . . . TOTALE . . . . .	960	100	319	100	505	100
87	—	32	—	58	—	Cause non precisate . . . . .	42	—	15	—	17	—
1762	—	873	—	1149	—	. . . . TOTALE GENERALE . . .	1002	—	334	—	522	—

se il tipo in sovrappeso si può avvicinare al tipo brevilineo, è sempre minore tra i benestanti, i professionisti ecc. nei confronti dei contadini, degli operai ecc.

Tali eccedenze sono rispettivamente del 7,37 % e del 10,01 %.

Ripartendo invece i 5642 assicurati per gruppi professionali tipi costituzionali e cause di morte non è possibile rilevare nulla di concreto, e la tabella VI sottostante lo dimostra, per quel che riguarda eventuali rapporti fra tipi costituzionali causa di morte e professione.

Con questo non intendo tirare conclusioni di mancanza di causa ad effetto fra

costituzione, professioni e causa di morte in vista del fatto che quanto si rileva sugli assicurati non può essere generalizzato per l'evidente motivo che gli assicurati oltre ad aver subito una rigorosa selezione medica sono pure una categoria socialmente selezionata.

Dai dati sopra riportati risulta evidente invece come diversifichino, nei riguardi della costituzione, le due categorie professionali studiate vale a dire come le categorie professionali superiori tendano a presentare una costituzione longilinea mentre viceversa tentano alla brevilinearità le categorie inferiori.

## L' ECO DELLA STAMPA

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

Chiedete le condizioni di abbonamento a **L' ECO DELLA STAMPA**

**MILANO (4/36) - VIA GIUSEPPE COMPAGNONI, 28.**

Medicina legale delle Assicurazioni Vita

## IL TRAUMA REMOTO

fattore morbigeno nel sinistro di assicurazione vita

Dott. ALBERTO STARNA  
Medico Principale dell' I. N. A.

(Continuazione dal N. 5 del 15 ottobre 1939-XVIII)

Dal punto di vista pratico che interessa il medico-legale ricordiamo come, mentre Strumpell limita il periodo di latenza ad alcuni mesi, Ciampolini parla d'intervalli che possano raggiungere perfino il biennio, sebbene in tali casi questo A. non escluda che cause successive possano avere influito nello stabilirsi della malattia. Clausi-Schettini, in un lavoro critico dell'anno scorso, riferisce casi della letteratura con intervalli latenti anche maggiori, fino a 4 e 8 anni.

Talora non si stabiliscono emorragie meningeae vere e proprie circoscritte o con tendenza tardiva; ma si possono determinare piccole emorragie intra-aracnoidee, comunque esse presentano una sintomatologia temporanea e si sviluppano entro un periodo di tempo relativamente breve; pertanto esorbitano dal nostro studio.

Anche la *meningite sierosa cronica* è molto spesso secondaria ad un trauma del capo (Matthos), essa insorge in modo subdolo a distanza di diversi mesi con diminuzione del potere visivo, cefalea intensa, aumento della pressione del liquor e aumento dell'albumina in quest'ultimo. Un caso del genere è stato descritto da Betuschi nel qual caso trascorsero 5 mesi di latenza prima dell'insorgenza della sintomatologia.

Una rara forma di *meningite sierosa* detta *cistica* è stata descritta da Oppenheim e Borchardt, essa si può sta-

bilire dopo traumi e, sebbene possa sorgere nelle varie fosse craniche, predilige la fossa cranica posteriore secondo riferisce Kaufmann ove determina una sintomatologia cerebellare.

Interesse maggiore offre la *epilessia traumatica* la quale è provocata da ispessimenti della dura, o da schegge ossee e da iperostosi. La genesi di questa malattia, che viene portata ad esempio in fisiologia per la determinazione delle vie motorie cortico-piramidali, è stata recentemente sottoposta a revisione da Lérique. Questo A. sostiene che tale malattia non può mantenersi con la semplice spina meningea o periostale. L'illustre clinico francese avrebbe riscontrato sempre una cicatrice cerebrale la quale presenterebbe una evoluzione gliomatosa, vera ragione della epilessia.

Si dovrebbe perciò ritenere che il fattore costituzionale contribuisca notevolmente a questa proliferazione e quindi allo stabilirsi della malattia epilettica. Questa teoria spiegherebbe l'incostanza della epilessia traumatica nei craniolesi di guerra. Infatti in tali feriti sarebbero state riscontrate queste complicanze soltanto nel 15 % secondo la statistica di Solliez o nel 19 % per Billet e Lenormant. Da tali cifre, che sono le più alte, si scende a 11,9 con Hobert; a 9,8 % con Vagstaff; a 7 % con Schaak; a 5 % in Wilson ed infine Ciampolini, da cui ricaviamo tali valori, in una statistica personale di 42 casi con frattura della

base a distanza di 10 anni non ha riscontrato neanche un malato del genere.

Crediamo però che il tipo di frattura che si verifica in tale sede male si presti al confronto con le lesioni della volta nei feriti di guerra le quali sono a contatto diretto della superficie cerebrale che è maggiormente sensibile allo stimolo iniettivo.

Personalmente ho avuto occasione di seguire due soggetti con epilessia traumatica. In un primo caso (uomo di 50 anni colpito da un sasso al capo che provocò una discreta commozione cerebrale senza determinare frattura) a distanza di circa 10 mesi si verificò il primo attacco convulsivo lateralizzato; ne seguirono altri distanziati per lo spazio di 6 o 7 anni fino a che cessarono spontaneamente. In un secondo, cranioleso di guerra, con discreta perdita ossea della volta alla regione parietale e portatore di una calotta metallica nella breccia, (uomo di 30 anni divenuto epilettico dopo ripetuti abusi di alcool) gli attacchi furono molto più frequenti e si diffondevano in tutto il corpo; ma dopo un decennio, con la riduzione dell'alcool, gli attacchi si verificano solo eccezionalmente.

Questi esempi stanno a comprovare l'importanza del fattore costituzionale perchè la malattia epilettica si svolga e si mantenga con tutto il corteo della epilessia. Infatti nel primo caso, in assenza di eredità neuropatica e di intossicazioni, l'ispessimento durale o l'organizzazione di uno spandimento ematico cessarono del potere epilettogeno abbastanza presto. Nel secondo l'alcolismo determinò una epilessia generalizzata più frequente nell'insorgenza e che perdurò finchè si mantenne tale intossicazione; cessato il fattore alcoolico la spina corticale ha quasi esaurito ogni possibilità convulsiva.

Quanto al periodo di latenza fra il trauma e l'insorgenza della sindrome epilettica, esso raggiunge spesso diversi anni; Gamberini, citato da Canuto, sopra 44 casi di tale forma clinica ne riscontrò ben 10 in cui la latenza era stata di 2-3 anni. E' pure difficile determinare con quale frequenza le epilessie traumatiche diventino generalizzate e quante restino limitate ad una parte del corpo. Forgue e Jeanbrau, secondo riferisce Carpi, avrebbero riscontrato nei due terzi dei casi la forma generalizzata e nell'altro terzo la localizzata.

Meritano poi di essere qui ricordate, accanto alla epilessia traumatica classica, le *sindromi comiziali assai tardive* che si verificano in antichi traumatizzati del cranio. Targawle, in uno studio praticato al centro di riforma di Parigi dei mutilati di guerra, ha notato un intervallo libero di 15 anni, intervallo che può essere anche maggiore. In questa forma clinica è descritto un periodo prodromico della durata di 2 o 3 anni caratterizzato da cefalea, parestesie, diminuzione della memoria e modificazione del carattere; obiettivamente si riscontra aumento dei riflessi tendinei. Il periodo che segue, caratterizzato da attacchi, si inizia con una crisi epilettica netta o con equivalenti comiziali cui seguono disturbi psichici.

E' da notare che questa forma morbosa conduce non raramente alla demenza o a stati ansiosi depressivi talora con indebolimento della memoria. Anatomicamente si riscontra sempre un processo ateromatoso. Tali sindromi comiziali, che sfociano in una malattia mentale, riconoscono l'importanza etiologica di un antico trauma; ma questo da solo, anche per la coesistenza di alterazioni arteriose, non può costituire elemento sufficiente per l'insorgenza dell'epilessia. Malattie infettive pregresse, il fattore costituzionale e processi disgenetici in-

volutivi vi devono contribuire in grado notevole.

Nelle forme cerebrali propriamente dette dobbiamo ricordare che il trauma può anche provocare, non direttamente, ma a distanza, attraverso la volta e le meningi integre, un *edema acuto cerebrale* nella zona sottostante della corteccia. Secondo Keegan questa forma sarebbe più frequente a riscontrarsi delle emorragie meningeae; essa pur non essendo sempre immediata insorge entro le prime settimane con fenomeni di vertigini, cefalea ed ipertensione del liquor. Talvolta questa forma si associa con la meningite sierosa sopraricordata.

Sebbene queste forme siano d'insorgenza precoce, e pertanto esulino dal nostro campo, dobbiamo ricordare un altro tipo di lesione a distanza, le cosiddette lesioni di Duret che non raramente vengono invocate nelle perizie medico-forensi. Queste consistono in emorragie microscopiche localizzate al pavimento del IV ventricolo ed in prossimità dell'acquedotto; non occorre un trauma molto grave per provarle. Sembrano dovute alla iperpressione del liquor. E' stato accertato da Bermer che tali lesioni si verificano quando i vasi sanguigni dei ventricoli sono fragili e poco resistenti alla pressione.

E' stata anche descritta una *encefalite acuta emorragica* non purulenta che si sviluppa tardivamente ed in zona distante dal punto del trauma cranico. Fragnito ne descrisse un caso sviluppatosi dopo sei mesi dal trauma il quale aveva dato soltanto lievi fenomeni di commozione; in tale caso il processo encefalitico occupava la sostanza bianca tra i gangli della base ed il lobo rolandico. Riesce difficile stabilire un rapporto fra la causa violenta e l'encefalite; ma ricerche sperimentali tendono a confermarlo, sebbene non sia stato

possibile determinare il meccanismo patogenetico in questa malattia.

Oppenheaim ritiene, secondo riferisce Fragnito, che il trauma determini nella delicata trama cerebrale un *locus minoris resistentiae*; il che permetterebbe lo sviluppo secondario di germi circolanti. Comunque anche questa malattia conferma la tesi generale da noi avanzata che cioè il trauma costituisce un fattore concausale per le complicanze e le successioni tardive nel soggetto; occorre sempre la consistenza di momenti morbigeni individuali costituzionali, tossiemici o batteriemici perchè la malattia si manifesti.

Esiste infine una varietà di *encefalite* cosiddetta *traumatica* che si manifesta dopo molti anni con un quadro clinico epilettico, varietà descritta da Alajouanine una decina di anni fa. Anche i rammollimenti cerebrali di origine traumatica non sono rari, come ricorda il Rizzatti. Sebbene tali forme siano troppo trascurate rispetto ad altre complicanze posttraumatiche, la manifestazione clinica di esse è quasi sempre la sindrome epilettica.

Tra le affezioni dei nuclei della base dobbiamo far menzione come, anche per il *morbo di Parkinson*, è stata avanzata l'etiologia traumatica sia per una azione diretta sul cranio sia in seguito ad un trauma psichico; ma data l'incertezza di tale elemento etiologico (nessun caso fu riscontrato nei craniolesi di guerra) dobbiamo essere molto scettici circa tale possibilità. Troviamo condivisa questa impressione anche da De' Lisi; comunque nella letteratura sono riferiti casi di presunta origine traumatica, anche nel 1938 Petroselli ne ha descritto uno.

Passando alle MALATTIE DEL MIDOLLO ricorderemo per prima la *aracnoidite post-traumatica*. Il trauma, secondo ri-

sulta dalla recente rassegna fatta da Proca-Banescu e da Matei, può produrre vari tipi di lesione: dirette come la contusione; la compressione e la distruzione, indirette come la commozione e le lesioni midollari da vibrazioni aeree. A noi interessa specialmente la *aracnoidite spinale adesiva* che si sviluppa secondariamente al trauma e può essere accertata per mezzo dell'iniezione sotto-aracnoidea di lipoiodolo.

La sintomatologia dell'affezione risulta a tipo radicolo-midollare con decorso lento e regolare che si sviluppa parallelamente alla flogosi della leptomeninge, la quale può condurre al blocco parziale o totale delle vie piramidali. Sebbene il trauma abbia grande importanza per la localizzazione di ogni causa flogistica, indiscutibilmente deve, in questi soggetti, esistere un processo tossinfettivo preesistente al trauma tale da permettere lo sviluppo della malattia in parola.

Incerta è la etiologia traumatica avanzata da qualche studioso per la *siringomielia*; malattia che da Wagner e Stolper è stata distinta dalla forma più nota dovuta a fattori strettamente medici; ma la lunga latenza, l'assenza di ogni disturbo nell'intervallo, rendono un po' difficile, a quanto giustamente ritiene Ciampolini, la dimostrazione di una ematomielia centrale traumatica. Naturalmente si dovrà essere cauti prima di accettare tali forme come complicanze morbose a distanza di anni, soprattutto si dovrà evitare che la origine traumatica sia presunta in base alla semplice successione cronologica, a distanza notevole di tempo dal trauma per la *siringomielia* in genere.

Di un certo interesse si presenta il rapporto patogenetico che un trauma della colonna può avere nei riguardi dei *processi degenerativi delle vie motrici*, processi che possono diffondersi ad entrambi i neuroni cortico-spinali e spino-

muscolari o anche limitarsi ad uno di questi. Bing nel 1915 descrivendo un caso di *sclerosi laterale amiotrofica* post-traumatica ne rinvenne nella letteratura altre cinque con uguale anamnesi; in simili casi si era verificata una nevrite traumatica cui seguì la degenerazione sistematica del neurone. Pur mantenendosi cauti i trattatisti riconoscono il trauma tra i presunti fattori causali della sclerosi, bisogna comunque evitare errori diagnostici con meningomieli luetiche; lesioni sistematiche del midollo da encefaliti ed altre sindromi affini.

Più rari ancora sono i casi di *atrofia muscolare progressiva spinale* (tipo Duchense - Aran); Mattiolo riconosce che il trauma e lo strapazzo occupano il primo posto tra le cause addotte nel determinismo della malattia. Vari anni fa ebbi occasione di illustrare un caso di sinistro per invalidità per tale malattia; nel soggetto il periodo intervallare dopo il trauma (caduta dalla motocicletta in corsa) era stato di poco inferiore a 2 anni. Certamente il nesso causale traumatico era lungi dall'essere chiaramente dimostrato; circa tal rapporto Ciampolini nella « Traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge » riconosce che la casistica esemplificativa della genesi traumatica sembra dimostrativa in tutti i processi degenerativi delle vie motorie.

Per tali affezioni dobbiamo ritenere più probabile la etiologia traumatica nei casi di lunga latenza rispetto a quelli con intervallo brevissimo come nel caso di Remig in cui tra il trauma e l'accertamento della malattia decorse appena una settimana il che dimostra la probabile coincidenza dei due fatti osservati.

Anche per queste malattie degenerative delle vie motorie si deve ammettere l'esistenza di un fattore disgenetico costituzionale, altrimenti non si spiegherebbe perchè tanti traumatismi non sia-

no seguiti da successioni morbose del genere. E' appunto in un tale fattore, la cui natura è oscura, che Bing riconobbe un quid predisponente individuale da considerare in una serena obbiettiva valutazione nel campo infortunistico.

In questa rassegna che risulta discretamente numerosa abbiamo visto come il sistema nervoso per la fine costituzione sia quello che più risenta danno anche a notevole distanza dal trauma unico; per brevità omettiamo le forme che non ledono direttamente la vita come gli esiti tardivi commozionali caratterizzati da vertigine, da cefalea, alcuni stati di accessi psicotici ecc.

Se passiamo al vasto capitolo della ONCOLOGIA notiamo subito come i traumi vengano frequentemente incolpati quali elementi determinanti dei tumori craniici; noi diremo più cautamente che nell'infortunistica molto spesso il trauma è un semplice rivelatore della malattia latente. A tal proposito Larouelle avrebbe riscontrato nelle statistiche di autopsia l'1,5% di tumori cerebrali decorsi in modo asintomatico; ciò permette a Ciampolini di dedurre come il trauma costituisca una pura coincidenza in queste forme morbose latenti. Riteniamo però che tale ipotesi possa accettarsi soltanto per i piccoli gliomi sviluppatisi in zone mute della corteccia, sebbene gli anatomopatologi non ne facciano speciale menzione.

Quello che si può ritenere probabile è che il trauma, come afferma Kaufmann, in parecchi casi ha esercitato un'influenza se non nello sviluppo, nella trasformazione maligna del trauma cerebrale. Tale A. riferisce un caso di Merzbacher in cui si riscontrò un *gliosarcoma* tre anni e

mezzo dopo una grave frattura cranica; in un altro personale dello stesso Kaufmann si sviluppò un glioma nello stesso punto ove esisteva una impressione ossea da trauma operato. Forse esiste una speciale disposizione del cervello a sviluppare il tessuto connettivale gliomatoso alla stessa guisa del cheloide cicatriziale che si sviluppa sulla cute di individui linfatici o comunque predisposti. Lo stesso A. conferma l'impressione di Bartel che i gliomi si sviluppino nei soggetti con status linphaticus.

Si deve poi tener presente che la traumatogenesi deve essere presa in considerazione nelle abbondanti emorragie che complicano e aggravano il decorso dei *gliomi telangectasici*; lo stesso meccanismo si può determinare nei *sarcomi*. In tali casi il trauma, più che concausa, potrà essere invocato quale elemento determinante la complicità emorragica che spesso fa precipitare il decorso verso il suo fatale esito.

Non possiamo comunque affermare che la genesi dei tumori cerebrali sia traumatica; soltanto, nella presente incertezza etiologica di tali malattie, non possiamo escludere che il trauma nei soggetti di speciale costituzione costituisca un fattore favorevole al loro sviluppo. In proposito dobbiamo ricordare che i primi stadî del tessuto riparatore cicatriziale sono fundamentalmente affini nella mitosi cellulare al tessuto embrionale, il quale a sua volta presenta rapporti di somiglianza istologica con la deviazione oncogena. Sebbene l'occasione del trauma sia evento abbastanza frequente ricordo che Adler in oltre 1000 casi di tumori cerebrali esaminati, riscontrò la denuncia di un trauma pregresso nel 10 % dei soggetti.

(Continua).

## DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

**Annali d'igiene**, n. 11, 1939, Roma.

GUBRI e VERROTTI, *L'immunità locale verso il virus vaccinico; contributo allo studio del meccanismo della immunità e della infezione latente.*

Gli AA. con diverse serie sperimentali hanno studiato la possibilità di determinare sperimentalmente, su conigli, un'immunità locale verso l'infezione da virus vaccinico ricorrendo ad un trattamento locale con virus inattivato mediante la formolizzazione.

Si ammette pertanto che nel determinismo dell'immunità debba intervenire un coefficiente strettamente tissurale, difficile, per ora, a definire. G.

**Idem**, n. 12, Roma.

MURGIA, *Colimetria nelle acque e colimetria negli alimenti.*

L'A. dopo aver dimostrato l'abbondante quantitativo di colibacilli in molte derrate alimentari di uso generale e delle quali nessuno si è preoccupato, consiglia di essere più tolleranti in materia di colimetria delle acque, e più rigorosi sul controllo di altre derrate, tenendo anche presente che una teoria idrica della febbre tifoide ha oggi perduto molto della sua importanza. G.

**Annali di Medicina Navale e coloniale**, Fascicoli IX-X, 1939, Roma.

CALETTI, *Immuno-chemio-terapia della blenorragia e sue complicanze.*

L'A. espone un nuovo metodo di cura immuno-chemioterapica endovenosa a base di sulfamide e vaccino curativo descrivendo la tecnica con osservazioni cliniche e di laboratorio. G.

**Archivio Italiano di Scienze mediche coloniali e di parassitologia**, Fasc. 8, 1939, Roma.

*L'impiego dell'Acaprin nella pratica della siero-infezione contro la peste bovina.*

Con una serie di esperimenti su dei vitelli, è stata accertata un'azione efficace dell'Acaprin sulla Babesia bigemina e anche sulla Babesiella bovis. L'A. conclude consigliando l'impiego di tale medicamento nella pratica della siero-infezione. G.

**Idem**, Fasc. 9, 1939, Roma.

DIAMANTI, *Sulla cura delle splenomegalie malariche.*

L'A. ha fatto un trattamento endovenoso con adrenalina, ottenendo risultati soddisfacenti

nei casi di tumori di milza da malaria acuta ma scarsi in due casi di splenomegalia cronica. G.

**Athena**, n. 12, 1939.

RUBINI, *Vitamina C e terapia della tubercolosi.*

*Il comportamento dei poteri difensivi dell'organismo nei bambini tubercolotici sottoposti ad iniezioni di vitamina C.*

L'A. dopo aver rilevato la grande importanza delle vitamine nelle malattie infettive, ha voluto studiare l'influenza della vitamina C, in 30 bambini affetti da tbc., mediante il comportamento delle condizioni generali e di alcuni indici ematologici notando nella maggioranza dei casi un miglioramento per cui la Vitamina C va bene raccomandata nella terapia generale della tbc. G.

**Azione antitubercolare (L')**, n. 5, 1939, Pineta di Sortenna.

LIEBERMEISTER, *La tubercolosi polmonare di prima infezione nei giovani, negli adulti - Diagnosi, decorso.*

L'A. nel mettere in rilievo che i casi di tubercolosi primaria nei giovani e negli adulti, sono sempre più frequenti, fa anche rilevare che spesso la sintomatologia obiettiva e subiettiva è mancante, e che tali forme vengono riconosciute generalmente in base agli esami tubercolinici e all'indagine radiologica. Si hanno guarigioni spontanee senza cure speciali, ma non mancano casi di evoluzione più o meno maligna con localizzazione frequente del bacillo nelle sierose. G.

**Biochimica e terapia sperimentale**, Fasc. 12, 1939, Milano.

CRISTIANI, *Ricerche preliminari sulla possibilità di neutralizzare l'iprite nell'albero respiratorio, mediante iniezioni endotracheali.*

L'A. prospetta la possibilità di neutralizzare l'azione tossica della iprite nell'albero respiratorio mediante iniezioni intracheali di permanganato di sodio, di bicarbonato di sodio e di rivanololo, proponendo le eventuali dosi da usare e la tecnica di introduzione nell'albero respiratorio. Ritiene che l'uso del bicarbonato sia il meno dannoso. G.

**Bollettino della Lega Italiana per la lotta contro i tumori**, n. 5, 1939, Roma.

LOTTI, *La Reazione IDE (R.I.).*

Su 800 individui di cui 480 affetti da tumori maligni sono state riscontrate la ottima sen-

sibilità e specificità della Reazione Ide e la mancanza di reazioni positive aspecifiche con siero dei cancerosi. G.

**Bollettino della Società Medico Chirurgica Bresciana**, n. 6, 1939, Brescia.

MARCONI, *Indicazioni e controindicazioni degli interventi chirurgici nella tubercolosi osseo-articolare*.

L'A. premesso che la base del trattamento deve essere climatica ed ortopedica associata all'immobilizzazione, afferma la necessità degli interventi chirurgici in taluni casi specialmente di spondilite complicata da paraplegia. G.

**Chirurgia plastica (La)**, Fasc. IV, 1939, Roma. MANNA, *Gravissima lesione della faccia e del collo da Raggi Roentgen*.

L'A. riferendosi ad una perizia medico-legale ordinata dal Tribunale di Roma ha concluso la sua relazione affermando che la radiodermite è stata provocata dalle applicazioni dei raggi praticati ed aggravata dalle cure successive. G.

**Critica medico-sociale (La)**, Fasc. II, 1939, Roma. RANGONI, *La pressione del sangue*.

L'A. passando in rassegna le varie teorie emesse e soffermandosi specialmente sull'influenza del sistema nervoso nell'elevamento della pressione, in dipendenza della esaltata attività delle surrenali o dell'ipofisi, accenna ai mezzi terapeutici ed anche chirurgici messi in atto, al regime dietetico, dando una grande importanza alla tenuta delle buone regole igieniche e alla osservanza di temporanei riposi nelle ordinarie attività. G.

**Cultura medica moderna (La)**, n. 10, 1939, Palermo.

FERNANDEZ, *Sulla terapia della ipertrofia prostatica*.

L'A. nell'escludere la possibilità di una guarigione con la cura medica, afferma che, allo stato attuale, soltanto una cura chirurgica resta veramente efficace contro il male senza però pronunziarsi sulla scelta del metodo. G.

**Difesa sociale**, n. 10, 1939, Roma.

VESCE, *Sull'importanza sociale del reumatismo*.

L'A. dopo una ampia rassegna di quanto in Italia e all'estero è stato fatto per la difesa contro i danni che, sempre più, si presentano, con alta percentuale, in dipendenza delle varie forme di affezioni reumatiche, prospetta le possibili soluzioni del problema, onde limitare

le conseguenze di questo morbo veramente sociale. Accenna anche ai provvedimenti profilattici e curativi da adottare. G.

**Folia Medica**, n. 21, 1939, Napoli.

DI PRISCO, *Importanza clinica della prognosi lavorativa nei suoi riflessi medico-sociali*.

L'A. premesso che la prognosi lavorativa va fatta sulla conoscenza di tutte le possibili cause di malattia connesse con l'esercizio pratico delle singole lavorazioni fa risaltare la particolare importanza del medico, solo giudice della capacità al lavoro e dei pericoli, che possono minacciare la salute dei singoli interessati. G.

**Idem**, n. 22, 1939, Napoli.

DE VINCENTIIS, *La funzionalità epato-renale nelle ustioni gravi*.

L'A. dagli esperimenti fatti su animali ustionati con ferro rovente e con acqua bollente, ha potuto dedurre che la loro morte è sopravvenuta per gravi alterazioni del ricambio, trovando iperglicemia, iperazotemia, ipocloruremia, ipocloruria, lieve ipercolesterinemia, aumento degli amino-acidi nelle urine, albumina. G.

**Giornale di Medicina Militare**, Fasc. 9, 1939, Roma.

AGNELLO, *L'importanza dei traumi contusivi e delle lesioni corneali nel determinismo di alcuni vizi di refrazione*.

Per la parte infortunistica e medico-legale l'A. opina che le ametropie post-traumatiche debbono essere valutate ad occhio nudo senza tener conto dell'eventuale miglioramento apportato dalla correzione. G.

**Medicina corporativa**, n. 11, 1939, Milano.

CIAMPOLINI, *Lavoro e maternità*.

L'A. ha dovuto constatare che un motivo all'infantilismo sessuale è dato dallo strapazzo abituale, specialmente quando questo avviene durante l'età pubere. Una inchiesta sulle donne occupate nelle industrie minerarie e chimiche ha dimostrato che si verificano 43 parti ogni 1000 operaie, di fronte a 140 parti per 1000 operaie che si verificano nella popolazione femminile italiana. G.

**Medicina dello sport e dell'educazione fisica**, Fasc. 4-5, 1939, Torino.

RICCI, *Roentgen cardiologia sportiva*.

L'A. ha preso in considerazione la grandezza assoluta e la forma del cuore nei sog-

getti che hanno praticato intensamente lo sport, circa 133, metà dai 19 a 25 anni, ed ha dimostrato un aumento dell'area telecardiografica frontale a riposo e una diminuzione quasi costante di detta area dopo lavoro. In quanto alla forma del cuore l'A. nota una prevalenza del diametro di larghezza sul diametro longitudinale. G.

**Medicina internazionale (La)**, n. 12, 1939, Milano

AGOSTINELLI, *A proposito di un caso di ulcera duodenale perforata operata tardivamente.*

L'A. ritiene necessario l'immediato intervento appena diagnosticata una perforazione ulcerativa gastro-duodenale, anche se sono passate molte ore dall'accidente. Tra i metodi operativi l'A. preferisce quello della semplice sutura con il taglio pararettale destro, che in 5 casi gli ha dato la guarigione. G.

**Mutualità rurale fascista (La)**, n. 10, 1939, Roma.

ROSSANO, *Sulla politica della natalità.*

L'A. studiando i vari problemi connessi all'assistenza delle lavoratrici durante la gravidanza e dopo il parto fa rilevare che alle Mutue Malattie spetta di svolgere un'azione veramente proficua in favore della natalità. Propone l'istituzione in tutti i Comuni del Regno di Consultori ostetrici e pediatrici per le necessarie segnalazioni da fare alla Mutua di malattie perchè l'O.N.M.I. possa assicurare alla madre e ai bimbi con le sue magnifiche istituzioni, quell'assistenza, che si renderà più opportuna. G.

**Rassegna di Clinica Terapia e Scienze affini**, Fasc. VI, 1939, Roma.

SERONO, *Alcune osservazioni sulla terapia chimica.*

L'A. espone varie considerazioni di ordine chimico-biologico sui fenomeni vitali dei vegetali e degli animali e discute i pericoli della spesso inconsulta somministrazione di sostanze chimiche sia a scopo fertilizzante, sia a scopo terapeutico. G.

**Rassegna clinico-scientifica**, n. 12, Milano.

MARFORI, *Basi farmacologiche delle Associazioni terapeutiche dei farmaci cardiaci.*

L'A. basandosi sulla utilità pratica della cosiddetta terapia combinata studia specialmente le seguenti associazioni: 1) glicosidi del gruppo digitalico al gruppo della caffeina; 2) glicosidi del gruppo della digitale fra loro;

3) digitale-chinina e digitale-chinidina; 4) sparteina con la canfora e i derivati di questa; 5) digitale ai sali di calcio; 6) zuccheri ai farmaci cardiaci. G.

**Rassegna di Medicina Industriale**, n. 12, 1939, Roma.

MAURO, *L'alcoolemia e la glicemia in soggetti normali e in diabetici sottoposti ad affaticamento.*

L'A. studiando il comportamento alcoolemico e glicemico in individui normali e diabetici a riposo e in condizioni di lavoro muscolare ha riscontrato che nessuna modificazione, degna di rilievo, avviene, a riposo, mentre si nota una netta distinzione, durante il lavoro, tra i normali ed i diabetici. G.

**Rassegna Sociale dell'Africa Italiana (La)**, n. 11, 1939, Roma.

CARBONELLI, *Ragioni eurafricane della solidarietà italo-spagnola.*

L'A. studia le ragioni profonde che condussero al movimento rivoluzionario spagnolo e alla nuova funzione mediterranea della Spagna in stretta solidarietà con l'Italia, che, per la sua insularità, trova nell'Africa la meta delle sue aspirazioni per la sua riconquistata potenza. G.

**Rivista di Medicina aeronautica**, dicembre 1939, Roma.

MARGARIA, *Lo stato attuale della teoria della Acapnia di Mosso.*

L'A. dimostra che le argomentazioni apportate da Mosso in favore della teoria dell'acapnia come causa del mal delle altitudini e cioè: a) che il male compare più facilmente durante il sonno, b) e dopo i pasti, non sono valide, dato che in tali condizioni si verifica anzichè acapnia, iperacapnia dovuta a scarsa eccitabilità del centro respiratorio.

**Terapia**, n. 246, 1939, Milano.

CIANTINI, *Le applicazioni dell'anatossina stafilococcica nella pratica.*

L'A. premesso che il campo dell'anatossiterapia va sempre più estendendosi anche alle forme stafilococciche più gravi, quali l'osteomielite e le setticemie, con risultati soddisfacenti, consiglia l'uso iniziale della cosiddetta «serie debole» preparata dall'Istituto Sieroterapico Milanese, a cui viene fatto seguire un ciclo di iniezioni di anatossina pura chiamata «serie forte». G.

## Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

### QUALCHE ELEMENTO DI RINOSCOPIA

La semeiotica dello specialista è abitualmente trascurata in modo completo dai medici fiduciari mentre essa riveste talvolta un'importanza notevole per una giusta enunciazione del giudizio da emettere sul rischio di vita in esame. Si eviterebbero molte indagini successive malagevoli per corrispondenza o che richiedono visite di accertamento se il fiduciario in occasione della visita dei soggetti sofferenti di questa malattia non si limitasse soltanto a riferire quanto gli viene dichiarato, ma accertasse direttamente se la lesione sofferta ha provocato alterazioni anatomiche permanenti. Non occorre, per raggiungere questo scopo, che egli sostituisca lo specialista; ma potrà riconoscere, con un po' di pratica attraverso l'indagine rinoscopica, se le fosse nasali ed i turbinati sono normali od alterati.

Indiscutibilmente la cosa non riesce sempre facile, ma nella maggior parte dei casi egli potrà giungere ad un giudizio di grande probabilità che potrà riferire sul modulo di visita. Ecco perchè riteniamo utile riferire qualche elemento di semeiotica delle malattie nasali, che non vogliono sostituire la capacità dello specialista la cui opera rimane indispensabile nei casi in cui lo riterrà la Direzione Generale; ma che costituirà sempre un elemento di giudizio per i Medici di assicurazione.

Il primo ostacolo per tale esame è dato dal metodo di indagine fondato sopra l'illuminazione indiretta, ma che, ciò nonostante, può essere superato dopo un po' di esercizio e con un minimo di attrezzatura mentre può riuscire utile al medico generico anche nella sua pratica giornaliera.

L'illuminazione si pratica con l'uso di uno specchio concavo di 12 cm. di diametro provvisto di un foro centrale attraverso il quale lo sguardo del medico potrà esaminare il campo illuminato dallo specchio stesso. Questo potrà essere montato sopra una fascia frontale con innesto a doppio snodo per esser diretto in qualunque direzione o munito di un semplice manico; per i principianti è consigliabile quest'ultimo. Il soggetto verrà messo in posizione seduta di fronte al medico ad una distanza non superiore di 40-50 cm.; tale posizione è identica per gli esami del naso, della gola e della laringe.

La sorgente luminosa deve essere a fianco dell'esaminato in un piano leggermente posteriore: una volta era complicata di sfere di vetro che agivano da lenti e rendevano la luce uniforme; oggi tutto ciò è stato sostituito da una lampada elettrica smerigliata di una media intensità e meglio ancora con quelle messe in commercio al neon o all'argon. Del resto qualunque lampada purchè non abbiano visibili i filamenti, e siano di intensità luminosa di 50 candele circa, è adatta al nostro scopo.

L'ambiente ove si pratica l'esame deve essere in penombra, comunque non si devono trovare altre sorgenti luminose alle spalle del paziente oltre quella sopra descritta. La visione monoculare richiesta dalla specialità di solito utilizza l'occhio destro, ma è bene abituare anche quello sinistro; con la pratica però anche questa difficoltà può essere superata senza chiudere l'occhio che non esamina espediente cui ricorre chi non ha pratica.

Nell'esame esterno di orientamento il medico, diretta la luce dello specchio

sulla regione nasale, potrà accertare l'esistenza di eventuali deformazioni del naso osseo congenite o acquisite e la posizione delle due pinne rispetto al sottosetto. Asimmetrie e deformazioni patologiche esterne sono le iperostosi, il naso a sella secondario a distruzioni luetiche, il mucocele ecc., fatti tutti questi che possono orientare lo specialista nonché il medico generico. Così pure dall'esterno sarà possibile accertare l'esistenza della sicosi del sottosetto e delle pinne, l'acne rosacea e, facendo sollevare leggermente il mento, accerteremo facilmente anche la follicolite del vestibolo; le quali malattie però non hanno importanza nei riguardi dell'A. V.

L'esame strumentale rinoscopico anteriore si pratica usando lo speculo bivalve di Duplay che viene introdotto chiuso e diretto leggermente in alto nel vestibolo per l'altezza di un centimetro con la mano sinistra, e successivamente riportato orizzontalmente e gradualmente aperto. A tale scopo si userà la mano destra per manovrare la vite mentre la sinistra manterrà il padiglione dello speculo tra il pollice e l'indice per tutto l'esame usando anche del medio per ottenere un leggero appoggio sul dorso nasale del paziente. Si comprende che quando si adopera lo specchio manuale questo dovrà essere lasciato nel momento dell'apertura delle valve dello speculo. La rinoscopia si pratica orientando lo speculo in varie direzioni in modo da esaminare successivamente il pavimento, il setto, i cornetti e la parete posteriore.

Senza entrare in dettagli ricorderemo che l'alterazione più comune è a carico del setto. Nella parte più bassa di esso, detta sottosetto, si nota spesso un reticolo venoso molto sviluppato da cui hanno origine le epistassi la cui frequenza è dimostrata da crosticine ematiche che spesso vi si rinvencono. Tal'altra nella

stessa zona si trova invece una atrofia con eczema della mucosa del sottosetto.

La deformazione del setto è pure molto frequente e consiste in deviazioni che possono riguardare tanto la parte cartilaginea che la ossea, assumendo tale deviazione sia una forma di concavità da un lato sia quella di un ispessimento del setto da un lato il quale viene detto sperone; viene infine chiamata cresta ossea quella sporgenza che si dispone lungo tutto il bordo obliquo superiore del vomere.

Lungo la parete esterna della fossa nasale troviamo una formazione osseo-cartilaginea ricoperta da mucosa riccamente vascolarizzata, essa costituisce il cornetto inferiore che si prolunga in profondità e divide il meato inferiore da quello medio, giungendo a pochi millimetri dal setto. Tale formazione, detta anche turbinato inferiore, ridurrà fin quasi ad ostruire lo spazio del meato inferiore in alcune malattie; soprattutto nella degenerazione poliposa del turbinato e, in grado minore, nella rinite ipertrofica. E' poi da tener presente che in questo meato sbocca il canale naso-lagrimalo la cui infezione può essere facilitata dall'ostacolato deflusso nella fossa nasale.

Pure frequenti a carico di tutta la mucosa nasale, ma soprattutto a carico dei turbinati, sono le alterazioni mucose che si riscontrano nelle riniti croniche di cui alcune hanno caratteri di ipertrofia ed altre tendono a divenire atrofiche, tra queste ultime possiamo ascrivere la rinite ozenatosa. Non interessano al medico di assicurazione le riniti acute di natura banale e le riniti in rapporto a malattie infettive gravi come la difterite, la morva, la lebbra, ecc.

Il meato medio è quello spazio limitato inferiormente dal cornetto inferiore e superiormente da quello medio, all'esterno è limitato dalla parete interna del

seno mascellare. Tale fessura è molto importante perchè in essa sbocca lo hiatus semilunare nella cui insenatura termina il canale naso-frontale e vi si trova pure l'apertura del seno mascellare e delle cellule etmoidali anteriori; naturalmente la plica della mucosa non permette nel sano individuare questi sbocchi. Però l'importanza di questi è grandissima nella patologia dei seni, in quanto l'edema della mucosa e soprattutto una secrezione purulenta che discende a guisa di traccia sulla parità sono segni fondamentali per diagnosi di sinusite purulenta.

In rapporto ai suddetti processi flogistici dei seni e per peculiari caratteristiche della mucosa di questa zona il meato medio è la sede prediletta di impianto dei polipi mucosi da cui queste formazioni scendono fino ad ostruire il meato inferiore.

I processi flogistici cronici quali la sifilide e la tubercolosi possono dare alterazioni e distruzioni ossee come pure ulcerazioni e riniti; la loro diagnosi è

però ardua e di competenza dello specialista.

In complesso l'esame rinoscopico anteriore richiede una certa pratica per la conoscenza dei diversi processi flogistici le cui caratteristiche sono dovute a modificazione delle mucose, nè riesce possibile l'apprezzamento diagnostico senza una pratica medica diretta. Risulta invece abbastanza facile accertare le condizioni normali della mucosa come pure le condizioni della funzionalità respiratoria nasale, ugualmente è semplice accertare le poliposi avanzate e le deviazioni del setto. Questi elementi, che potrà fornire anche un medico generico, è bene siano aggiunti nel modulo di visita e saranno utili per interpretare la natura del disturbo lamentato dall'assicurato. Spesso sono sufficienti a lumeggiare le reali condizioni della mucosa nasale e tali da permettere un chiaro giudizio alla Direzione Sanitaria sopra l'entità di un rischio non normale.

DOTT. A. STARNA

## Varie

# Le tavole di mortalità in Assicurazione Vita

Dott. PIETRO CIATTI

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

Il calcolo delle probabilità iniziato da Pascal e da Fermat nel 1662 e perfezionato successivamente per opera di Bernouilli e Poincaré insegnò a determinare la probabilità degli « eventi » il cui numero in assicurazione vita è in genere limitato a due vale a dire alla probabilità di vita ed alla probabilità di morte.

Una domanda che ci poniamo e sulla quale s'impenna tutto l'edificio assicurativo è questa: « Quale è la frequenza relativa con cui, in un gruppo numeroso, un individuo scelto a caso e di cui conosciamo l'età raggiungerà le età successive »?

In questo importante argomento si uni-

scono felicemente la ricerca scientifica e l'esigenza pratica inquantochè tali tavole costituiscono la chiave di volta ed il fondamento sui cui si basano le previsioni degli Istituti Assicuratori.

Però le tavole di mortalità non solo hanno una capitale importanza per l'assicuratore ma, come dice il Gini, « hanno una grande importanza non solo teorica, ma anche pratica dal punto di vista economico, sociale, politico; danno infatti, si può dire, il bilancio igienico della popolazione e, in un certo senso, il bilancio economico e sociale del paese perchè la diminuzione della mortalità costituisce uno degli indici più

significativi del progresso civile oltre che una componente di primaria importanza dello sviluppo demografico della nazione ».

Nel 1662 l'inglese Giovanni Graunt, pubblicando un piccolo studio nel bollettino delle morti, fece nascere il pensiero di potere sia escogitare un mezzo di studio, sia di misurare le modalità secondo cui le generazioni si vanno estinguendo.

Mentre nella sua opera il Graunt ci dice di avere immaginato o studiato il modo con cui una generazione di 100 neonati si va assottigliando col crescere dell'età, la tecnica moderna ha costruito delle tavole di mortalità e sopravvivenza, basandosi sulle statistiche demografiche e sulla frequenza effettiva delle morti, tavole che costituiscono uno specchio fedele del modo con cui la morte viene scavando dei vuoti nelle popolazioni.

Successivamente comparve, nel *Philosophical Transactions*, degli anni 1693-1694, un lavoro di Halley nel quale veniva calcolata una tavola di mortalità avente per base le rilevazioni delle morti della città di Breslavia negli anni 1687-1691, mentre nel XVIII secolo De Parcieux ed altri calcolarono altre tavole di mortalità.

Bisogna riconoscere che mentre per la costruzione delle tavole di mortalità e di conseguenza delle tavole di sopravvivenza il metodo ideale sarebbe quello di seguire una generazione di nati fino alla morte dell'ultimo superstite annotando i decessi avvenuti nel 1°, nel 2°, nel 3°, ecc. anno di età, tale metodo si dimostra nel fatto poco pratico per cui si è pensato di applicare dei procedimenti che, pure essendo diversi l'uno dall'altro, hanno in comune il carattere, e forse il difetto, rispetto al primo, di essere metodi di approssimazione.

E' appunto alla molteplicità di tali metodi che si deve la difficoltà nelle comparazioni internazionali sulla mortalità e sulla sopravvivenza per cui spesso avviene che « nel confrontare i risultati riesce difficile discernere quanta parte delle differenze che si notano fra stato e stato sia dovuta a variazioni nelle condizioni demografiche e quanto al procedimento seguito « (Beneduce) ».

Il Benini definisce le tavole di mortalità e sopravvivenza nel modo seguente: « Si dicono tavole di mortalità i prospetti che indicano quanti individui su 100 o su 1000, che fanno il loro ingresso in un dato anno di età, muoiono nel corso dell'anno. Si dicono tavole di sopravvivenza quelle che, partendo da un numero fisso di nati nello stesso momento (ad es. 100.000) indicano quanti di costoro sopravvivono all'età di un anno preciso, quanti all'età di 2 anni, quanti a quella di 3 ecc. fino all'estinzione del gruppo considerato ».

Mentre in una tavola di mortalità e di sopravvivenza, calcolata in base alla diretta osservazione di un gruppo di nati contemporaneamente che si va estinguendo, i valori dei rapporti fra il numero di morti in un dato intervallo di tempo ed il numero dei sopravvissuti al principio dell'intervallo indicherebbe effettivamente la probabilità teorica di morte, tali dati però non hanno altro che un valore attuale vale a dire non possono avere valore che nei confronti della generazione considerata non potendo la passata esperienza valere che fino ad un certo punto per il futuro.

E' per questo che gli statistici sono ricorsi ad altro metodo basando la costruzione delle tavole sulle statistiche demografiche per cui i valori delle probabilità di morte non sarebbero valori delle probabilità di morte di individui reali, determinati ma di individui ipotetici. Si ammette in tale caso che « in certe condizioni la frequenza con cui gli individui delle generazioni diverse da quella osservata saranno colpiti dalla morte a ciascuna età sia uguale alla probabilità di morte dei loro coetani, in base alla supposta osservazione dei quali è stata costruita la tavola; e con questa ipotesi, si suol desumere, dalle tavole di sopravvivenza, la frequenza con cui presumibilmente moriranno alle singole età gli individui che sono ancora in vita ».

Le tavole di mortalità così costruite avranno valore in futuro in quanto si suppone che la mortalità colpisca nell'avvenire la popolazione reale del momento nella stessa maniera con cui si è supposto che colpisca la generazione ipotetica immaginata.

Dalle tavole di mortalità e di sopravvivenza può essere desunto il calcolo della vita probabile e della vita media.

Che cosa s'intende per vita probabile? Che cosa s'intende per vita media?

Dicesi vita probabile il numero di anni entro il quale i sopravvissuti di una qualsiasi classe di età sono ridotti alla metà; dicesi invece vita media o speranza di vita il numero degli anni che vivrebbe ciascuno degli individui di una data età se la somma globale degli anni, che tutti questi individui hanno ancora da vivere, venisse ripartita in parti uguali fra loro.

Questi due dati possono essere ricavati dalle tavole di mortalità e di sopravvivenza ed hanno in comune la circostanza che possono essere calcolati ad ogni età vale a dire dalla data di nascita all'età più inoltrata per cui se si calcolano dalla nascita e per ciascuno degli anni seguenti ad essa si possono avere delle vere e proprie tavole di vita probabile e di vita media.

Di frequente però ambedue questi dati sono solo calcolati partendo da età che hanno una particolare importanza quale è quella di nascita e gli anni della pubertà.

Però i dati della vita probabile e della vita media a cominciare dalla nascita come dice il Benini « sono da accettarsi con qualche riserva almeno per i confronti internazionali essendo diversi i metodi seguiti dai diversi Stati nella registrazione dei nati morti e nella loro esclusione dal gruppo dei bambini morti poco dopo la nascita. Per esempio in Francia si registrano come nati morti anche i bambini nati vivi e morti prima della denuncia allo stato civile, denuncia che deve farsi entro 3 giorni. Ne viene che in Francia la quota della nati-mortalità risulta superiore al vero ed invece risulta inferiore al vero il quoziente di mortalità dei nati vivi nel primo anno di età ».

Dobbiamo riconoscere che sia le tavole di mortalità che quelle di sopravvivenza possono variare in conseguenza di fattori diversi.

Innanzitutto tali tavole possono variare se si prendono in considerazione separatamente i due sessi. A tal proposito è da notare come fra le donne, a differenza degli

uomini, la crisi della primiparità mieta molte vittime fra le giovani madri. A tal proposito, secondo Newsholme in Inghilterra fino ai 43 anni la mortalità delle maritate è superiore a quella delle nubili a causa dei rischi di maternità.

Pure la crisi della menopausa verificantesi in media fra i 40 ed i 50 anni ha influenza sulla mortalità contribuendo a modificare per ciò l'ordine di intensità con cui la morte scava i suoi vuoti nelle generazioni reali od ipotetiche che si prendono in considerazione per la costruzione delle tavole. Però in linea generale la mortalità maschile eccede, dove più dove meno, sulla femminile per la maggiore esposizione dell'uomo a morire.

Pure l'epoca storica può influire sul modo di estinguersi delle generazioni. A tal proposito si è tentato di costruire tavole di mortalità e di sopravvivenza di popolazione di altri tempi quali le tavole del Pearson per le popolazioni dell'Egitto Greco-Romano e quelle del Boldrini per la popolazione della stessa regione ed epoca. Tali tavole, messe a confronto con le attuali, mettono in rilievo lo straordinario aumento nella speranza di vita verificatosi in 20 secoli. Però, come fa osservare il Boldrini, non è necessario riportarsi a questi tempi remoti per poter constatare quanto sia andata aumentando la speranza di vita alla nascita col correre degli anni; di questo ne possono far fede le tavole calcolate da Halley e dal De Percieux dalle quali risulta che le popolazioni attuali hanno, alla nascita, una speranza di vita maggiore di 14-18 anni.

La vita media si è molto allungata dall'antichità ad oggi in conseguenza principalmente della riduzione della mortalità nell'infanzia, durante la crescita ed alle età adulte.

A tal proposito il Dublin ha fatto rilevare che nelle età senili l'allungamento medio della vita è molto modesto inquantochè, benchè più numerosi siano coloro i quali pervengono alla vecchiaia, giunti a questo stadio della vita questi individui vivono in media ben poco di più di quanto viveva un vecchio 10 o 20 addietro.

Sono interessanti a tal proposito i seguenti dati riportati dal Boldrini: in America

la durata media dell'esistenza a 65 anni era di anni 11,86 nel 1901 e di anni 11,97 nel 1920: si nota dunque un aumento insignificante.

In Italia, fra il 1881-1882, ed il 1921-1922 la durata media della vita è cresciuta del 13 % a tre mesi e solo del 6 % a 70 anni ciò che verrebbe a confermare l'asserto del Dublin quando dice che « la lunghezza della vita è pressochè definitivamente fissa ».

Il luogo, il clima, le condizioni igienico-sanitarie, la razza hanno pure notevole influenza nel determinare le modalità di eliminazione di una generazione di coetanei e di questo ne sono testimoni i dati sulla mortalità nei diversi paesi che diversificano sensibilmente a seconda che da paesi di civiltà progredita si passi a paesi di più arretrata civiltà.

Le popolazioni europee, che risultano le più resistenti alla morte, è probabile che debbano tale loro caratteristica all'alto grado di civiltà da loro raggiunto per cui è certo che nel determinare tale resistenza debbano influire le condizioni igieniche ed economiche come indubbiamente è dimostrato dall'alta mortalità di quegli europei che trasferitisi in zone torride debbono, per necessità di lavoro, adattarsi a condizioni piuttosto primitive che l'umanità ha già superato.

Essendo ormai cosa nota che ogni forma morbosa ha un comportamento diverso a seconda della razza, del sesso, dell'età e sapendo pure che esiste una distribuzione geografica delle malattie si può comprendere quale comportanza abbiano le diverse forme morbose nel determinare, a seconda delle condizioni sopra riportate, le modalità di estinzione delle generazioni. A tal proposito è interessante un esame delle tavole in cui la mortalità è stata calcolata per singole cause di morte in luogo della mortalità generale perchè tale esame può darci un'idea dell'importanza dei singoli processi morbosi nel determinare la mortalità complessiva del paese.

Tali tavole potrebbero servire per uno scopo sociale vale a dire potrebbero servire ad indirizzarci verso quale punto debbano concentrarsi gli sforzi nella lotta contro le

malattie. Sarebbe interessante studiare pure separatamente il modo di estinguersi delle generazioni per l'influenza di fattori quali la razza, la pigmentazione, le costituzioni ed a proposito si posseggono attualmente tavole di mortalità relative ai bianchi ed ai neri viventi negli Stati Uniti d'America per le quali però sarebbe da chiedersi se le differenze riscontrate nel modo di estinguersi delle generazioni siano da ascrivere alle condizioni sociali piuttosto che al fattore razziale; in altre parole lo studio delle tavole di mortalità non si esaurisce all'esame dei quozienti generici e per cause di morte in successivi momenti ma ci permette di fare importanti osservazioni sul modo di agire delle cause di morte sui vari gruppi costituenti l'aggregato demografico.

Non mi soffermerò sul procedimento seguito per il calcolo delle tavole ma solo dirò che queste sono costruite in base alle statistiche ufficiali che ci danno il numero dei viventi in un dato istante classificati secondo l'età ed il numero dei morti durante un determinato periodo di tempo distinti pure secondo le classi di età.

Si può allo studioso presentare la domanda: la durata della vita media e della vita probabile possono coincidere o possono stare fra loro in un rapporto costante?

Nella realtà non solo non coincidono ma non presentano neppure un rapporto costante inquantochè il primo fatto si verifichebbe solo qualora i sopravviventanti si eliminassero a gruppi di eguale quantità di anno in anno coll'aumentare dell'età, mentre il secondo si presenterebbe solo nel caso che la serie dei sopravviventanti fosse formata da termini che variano diminuendo in progressione geometrica.

Da stato a stato la vita probabile e la vita media possono variare sensibilmente e ciò per la diversa frequenza di mortalità infantile per cui mentre la prima risulta tanto più piccola quanto maggiore è il numero dei nati morti precocemente la seconda raggiunge la maggiore durata all'età di 3-5 anni inquantochè è stato sorpassato a quest'età il periodo della prima infanzia in cui i pericoli di morte sono notevoli e gravi. Però come rileva lo Zingali: « è non meno

evidente che larghi aumenti delle due *du-rate* possono non essere accompagnate da sensibile attenuazione dei quozienti di mortalità delle età adulte; che anzi quando la vita probabile e la vita media aumentano per la diminuzione della mortalità infantile, spesso le età adulte risentono il colpo della diminuita selezione e presentano una mortalità che è tenuta in pareggio dalle contrastanti forze da una parte del progresso sociale, e dall'altra dal salvamento operato nei primi anni di età, di individui poco resistenti e predisposti a morte a più o meno lunga scadenza ».

Passando all'importanza delle tavole demografiche nel campo dell'Assicurazione sulla vita è da rilevare che per gli individui considerati normali si parte dall'ipotesi che le condizioni di mortalità loro vale a dire le modalità della loro eliminazione graduale siano uguali a quelle del gruppo studiato ed in base al quale fu calcolata la tavola di mortalità in uso.

Però l'ipotesi sopracitata potrebbe avere un solido fondamento quando si operasse su collettività omogenee, cosa questa che nella realtà non si verifica perchè neanche due elementi di questa collettività sono tra loro uguali inquantochè non esistono due soli individui che rappresentino esattamente lo stesso rischio.

La probabilità di morte delle persone per cui è costruita la tavola viene così ad essere la media delle varie mortalità di tutto il gruppo.

La tendenza ad allargare sempre più la cerchia degli assicurabili ha portato e porta alla creazione di sempre nuovi e speciali provvedimenti per l'assicurazione dei rischi tarati.

A questo punto sorge la questione della valutazione della mortalità di tali rischi nei confronti dei rischi normali.

Gli americani con l'« American Medico Actuarial Mortality Investigation » cercarono di determinare il decorso della mortalità per circa 76 gruppi di tare mentre in seguito fu escogitato il metodo della somministrazione di Hunter e Rogers col quale venivano attribuiti agli elementi favorevoli e sfavorevoli dell'assicurando tanti punti ne-

gativi e positivi che sommati avrebbero dato, partendo dalla mortalità normale della tavola adoperata, la mortalità aumentata per un dato rischio.

Attualmente per i Rischi Tarati viene applicato un coefficiente di sopramortalità consistente in una opportuna maggiorazione dei coefficienti desunti dalle tavole per i rischi normali.

In altre parole ai tarati viene attribuita un'età tanto maggiore della reale quanto maggiore è il coefficiente di sopra mortalità relativa alla di lui tara per l'ovvia ragione che con l'aumentare dell'età le probabilità di morte saranno sempre maggiori.

Dobbiamo far rilevare inoltre che esistono tavole ricavate dall'esperienza di Imprese Assicuratrici ed in particolare tali tavole sono adottate in Inghilterra, negli Stati Uniti d'America, in Germania, in Svizzera, in Norvegia, in Austria ed in Giappone.

Mancando ancora in Italia, a quanto mi risulta, una tavola di mortalità degli assicurati, l'I.N.A. ha adottato ed adotta pure attualmente la tavola del Censimento Italiano del 1901 e di cui riporto nella sottostante tabella i dati concernenti la vita media e la mortalità da 25 a 60 anni. Altre Imprese Italiane usano invece tavole desunte da esperienze francesi, inglesi ed austriache.

TABELLA DI MORTALITÀ

Età	Vita media	Mortalità	Età	Vita media	Mortalità
Anni	Anni		Anni	Anni	
25	40	6.78	43	26	9.73
26	39	6.75	44	25	10.03
27	38	6.71	45	24	10.43
28	37	6.66	46	24	10.91
29	37	6.66	47	23	11.41
30	36	6.67	48	22	12.05
31	35	6.68	49	21	12.75
32	34	6.72	50	21	13.50
33	33	6.78	51	20	14.48
34	33	6.88	52	19	15.59
35	32	7.02	53	18	15.95
36	31	7.23	54	18	16.61
37	30	7.50	55	17	17.66
38	30	7.88	56	16	19.05
39	29	8.94	57	16	20.75
40	28	8.59	58	15	22.71
41	27	8.93	59	14	24.94
42	27	9.27	60	14	27.85

Dato che la popolazione degli assicurati è un insieme selezionato, dato inoltre che le tavole di mortalità adottate sono ormai vecchie, si riscontra che la differenza fra mortalità presunta ed effettiva è spesso notevole. Tale differenza però, secondo le osservazioni correnti, si va attenuando a mano a mano che si procede nell'età fino ad annullarsi nell'ultimo periodo di vita. Questo fatto viene ad essere pure confermato nella relazione sullo « Andamento della gestione 1927-31 dell'I.N.A. » quando dice « per tutte le categorie si rileva che, a mano a mano che ci si approssima alle età più avanzate, la mortalità effettiva sempre meno va discostandosi dalla teorica in conseguenza della maggiore antidurata dei contratti, nonchè della circostanza che la tavola M. 901 presenta in quella età coefficienti di mortalità inferiori a quelle delle tavole più di solito usate in assicurazione ». Questa differenza, favorevole all'Ente assicuratore, fra la mortalità presunta ed effettiva, fonte fra l'altro di utili, e la diminuita mortalità generale italiana, pur prendendo in considerazione periodi di aggravata mortalità e lunga durata relativa dei contratti, ha portato alcuni Enti fra cui l'I.N.A. a chiamare gli assicurati a partecipare agli utili dell'impresa.

L'I.N.A. in particolare con la comunicazione in sede di bilancio 1931 che « intende migliorare con le dovute cautele, le proprie basi demografiche e, a tale scopo, in sostituzione della vecchia tavola M. 1901 che ormai più non rispecchia le condizioni della nostra popolazione nei riguardi della mortalità, conta valersi della tavola di sopravvivenza che, sui risultati del censimento 1931, sarà quanto prima elaborata presso l'Istituto Centrale di Statistica » viene a riconoscere la diminuita mortalità generale la quale, con l'adozione delle nuove tavole,

potrebbe portare ad un graduale ritocco delle tariffe che certamente porterebbe a prevedere un ulteriore estendersi della previdenza assicurativa stessa.

Le tavole di mortalità e di sopravvivenza costituiscono un contributo gigantesco apportato dalla scienza quantitativa della vita alla società permettendo così la costruzione dell'edificio assicurativo moderno.

Mi piace terminare questa breve nota riportando testualmente le parole di M. Boldrini: « Saprà mai l'operaio, che attende sereno, nella fiducia dell'assicurazione, la sua vecchiaia, e il padre di famiglia, che ha provveduto a scongiurare i sinistri effetti economici della sua morte eventuale, di aver ritratto dagli studi biometrici maggior copia di benefizi che non dalla invenzione della lampada elettrica e del velivolo rombante, che può mettere in rapidissimo contatto con genti lontane? ».

Si è che le scoperte e le invenzioni grandissime si distinguono, appunto, da quelle semplicemente grandi, o mediocri o meschine, per il fatto che esse investono in pieno la nostra vita, diventano un patrimonio comune, e ben pochi se ne accorgono e vi pongono mente, mentre queste attirano l'attenzione nostra, proprio perchè stanno al di fuori di molti di noi, e possono essere oggetto, più che di godimento generale e continuo, di pensiero riflesso e di desiderio.

Se questi concetti danno il segno distintivo del maggiore o minor grado di importanza, ai fini della vita pratica, delle creazioni scientifiche, il nostro angolo visuale finisce con lo spostarsi, e la banca, opera del pensiero degli economisti in senso largo, riesce ad apparirci più ricca e grande cosa dell'apparecchio fotografico, l'Istituto di Assicurazione trovato più meraviglioso dei raggi X ».

## L'ARALDO DELLA STAMPA

UFFICIO DEI RITAGLI DELLA STAMPA INTERNAZIONALE  
CORRISPONDENTI NELLE PRINCIPALI CITTÀ DEL MONDO

Fondato nel 1918

DIRETTORE: M. NUVOLETTI

Direz. Amministr.: Via Ripetta, 226 - ROMA - Telefoni: 35-198 - 35-058

## Dai Libri e dai Periodici

### Il cancro e l'assicurazione vita.

Uno degli argomenti più studiati e seguiti in assicurazione vita è certamente quello dei tumori maligni. Molti sono i quesiti che aspettano una risposta, come afferma Hecker (« *Monatschrift für Krebsbekämpfung* », Heft 6/7, 1939) dai medici di assicurazione: l'ereditarietà dei tumori maligni, l'accettazione dei casi ritenuti guariti, l'accettabilità in assicurazione dei portatori di cancro. Poche sono le risposte che in questo momento si possono dare, è però certo che il cancro è in aumento sia in Germania che altrove e le cause che si invocano per spiegare il fenomeno non soddisfano una critica serrata. E' notevole il fatto che gli uomini sono più colpiti nei gruppi di età più alti, mentre le donne negli anni seguenti ai 20, in relazione alla maggiore intensità della vita sessuale. Se ne conclude che il cancro è una malattia degli adulti e dei vecchi, e il suo aumento fa pensare che sia in relazione all'invecchiamento della razza, ciò che trova riscontro nel fatto che la durata media della vita è aumentata. A questo bisogna aggiungere che modernamente si hanno a disposizione mezzi diagnostici sempre più perfezionati, che permettono precoci interventi, oltre al fatto che la popolazione ha una maggiore conoscenza del cancro ed ogni manifestazione inerente a questa malattia, suscita dei sospetti.

Nei riguardi dell'assicurazione vita, l'A. nota come la frequenza della mortalità per cancro è in ragione diretta della maggiore durata dell'assicurazione. Secondo l'autore però in questi ultimi anni questo aumento è venuto a cessare.

E' interessante lo studio di alcuni speciali comportamenti, che secondo l'A., la mortalità per cancro offre a considerare. A questo scopo è dall'A. citato Wutzdorf che sostiene che il cancro in alcune regioni tedesche è più frequente che non in altre, ciò che è in opposizione a quanto afferma il Cramer, che ha inoltre una sua teoria per spiegare l'aumento del cancro dei polmoni. Questo asserisce che il cancro dei polmoni ha come cause concomitanti la grippe, il tabacco e i vapori di sostanze attinenti al catrame. In quanto a quest'ultima causa i giapponesi Kuroda e Kawata hanno dimostrato come i conduttori di locomotive, che ispirano una quantità notevole di fuliggine, non hanno una mortalità più alta per cancro dei polmoni della comune popolazione.

I lavoratori che producono gas contenenti ca-

trame offrono invece a considerare un aumento del cancro dei polmoni che come è noto è passato dal quinto al secondo posto della scala della frequenza per morte di cancro. Cromer ha messo in evidenza un aumento della mortalità per cancro nei soggetti che hanno subito traumi psichici, eccitazioni e crisi finanziarie, come più disposti sono al cancro gli impiegati i possidenti e gli operai che sono a contatto con acido solforico, catrame, ammoniaca, anilina e gli spazzacamini. Secondo l'A l'ereditarietà del cancro esiste, ma essa è più debole che in altre malattie. Il caso di famiglie di cancerosi si deve, secondo Hecker, addebitarsi più ad una coincidenza che a fatti di ereditarietà.

L'A. conclude ammettendo che il progresso dei mezzi diagnostici finirà col mettere in grado la medicina delle assicurazioni di difendere le compagnie dal rischio per cancro: « quod est in votis ».

CONFORTO.

### Il problema medico sociale del reumatismo infettivo acuto in rapporto all'ambiente rurale.

Travagli, in uno degli ultimi suoi lavori, con i quali ha chiuso la sua laboriosa esistenza dedicata allo studio dei problemi di medicina sociale, trattò questo argomento in « *Assistenza Sociale Agricola* », (n. 9, 1939). In esso l'A. dopo un rapido accenno all'importanza sempre più grande del reumatismo nel campo medico-sociale fa rilevare che l'interesse sociale consiste, oltre che in una minore frequenza della malattia, in una riduzione delle spese di cura e dei danni della mortalità e nel ripristino di funzioni cronicamente lese e di un lavoro adeguato, nella prevenzione di complicazioni permanenti e più gravi.

Infatti le vittime del reumatismo acuto sono relativamente scarse, ma sono molto, ma molto più numerose quelle dal punto di vista cardiopatico. Risulta dalle statistiche che nel 1936 si ebbe in Italia un numero di morti di 2348 individui per reumatismo acuto, ma, per cardiopatie in genere, morirono nello stesso anno 69.280 individui.

Le regioni che presentano una maggiore mortalità per reumatismo poliarticolare acuto sono la Lucania e gli Abruzzi e Molise, rispettivamente con 93 e 86 morti per un milione di abitanti; la più bassa mortalità è in Sicilia e nella Liguria, rispettivamente con 34 e 38 morti.

Tra i provvedimenti di carattere pratico, che vengono proposti per una lotta ad oltranza contro il male l'A. ricorda: la diagnosi precoce, seguita da una terapia anch'essa precoce, ener-

gica e continuativa; un'opera di propaganda medica affiancata largamente dalle assistenti sanitarie; organizzazione della vendita del salicilato di soda a prezzi mitissimi come per il chinino; la compilazione di schede statistiche; ma più specialmente la demolizione di tutti gli ambienti umidi, male odoranti e malsani, che costituiscono una notevole percentuale delle abitazioni rurali, con la sostituzione di nuove e buone case, linde e salubri, in cui ogni famiglia trovi la salute e la gioia di vivere nella terra.

Gi.

#### La tubercolosi in un gruppo familiare di 90 persone - Dalla tisi alla paratubercolosi.

Negli « *Annales de Médecine* » n. 46 luglio 1939, viene studiato il comportamento della tubercolosi in 4 generazioni della stessa famiglia, che presenta una progressiva attenuazione a misura che i componenti si allontanano dall'avo progenitore. Il capostipite è morto a 45 anni per tubercolosi polmonare avvenuta un anno prima della morte; moglie sana.

Ne nacquero 20 figli di cui 7 sono morti in tenera età e 13 sono stati colpiti da tubercolosi o sono morti di tubercolosi in età avanzata; di questi 5 sono ancora viventi e tubercolosi. La tubercolosi di questi ultimi si è mostrata relativamente benigna rivestendo per lungo tempo il carattere di una forma bacillare attenuata.

I 13 soggetti si sono tutti sposati ed hanno avuto dei figli che alla terza generazione ammontano a 48 soggetti di cui la maggior parte ha già raggiunto l'età adulta e sorpassata la quarantina. Su questi 48 soggetti, 6 sono morti, di cui 4 per meningite e 2 per tubercolosi all'età di 24 e 32 anni e sui 42 ancora sopravvivenuti, 9 presentano buona salute apparente, 6 tubercolosi netta ma molto benigna e 27 altri soffrono di sintomi vaghi e penosi attribuibili alla tubercolosi attenuata come la magrezza, disturbi dispeptici cronici, ecc.

E' evidente che il virus ha già perduto gran parte della sua virulenza.

Alla quarta generazione, si contano 26 bambini e lo studio su 21 di essi ha dimostrato che uno è morto a sei mesi, 10 stanno bene con buono sviluppo, 8 soffrono di distrofie, rachitismo, ecc., 1 di gangli bronchiali.

Nessuno presenta tubercolosi confermata: resta pertanto accertata la progressiva attenuazione della tara tubercolare familiare per assumere la forma di una paratubercolosi, a carattere benigno, almeno *quoad vitam*. Gi.

#### L'aspirazione endocavitaria nella cura delle caverne polmonari tubercolari.

Il Monaldi, ideatore di tale metodo che ha il vantaggio della facile applicazione rispetto all'intervento chirurgico, ha pubblicato recentemente i presupposti teorici su cui si basa il metodo ed i risultati ottenuti sopra cento casi.

Sull'argomento è intervenuto Bocchetti (« *Lotta contro la tubercolosi* », sett. 1939) facendo delle riserve sui risultati e rilevando che l'eliminazione delle caverne, mentre non significano di per sé la eliminazione del processo, potrebbero essere fonte di pericoli quando la caverna sia ancora in fase attiva e per l'inquinamento dei germi secondari. Secondo il Bocchetti il metodo dell'aspirazione deve essere integrato da altri procedimenti, per cui attualmente è ancora allo stato sperimentale, solo successivamente potranno essere chiariti i dubbi avanzati.

Gi.

#### La sclerosi giovanile dell'apparato circolatorio.

Le moderne ricerche cliniche ed anatomo-patologiche tendono a considerare l'arteriosclerosi (almeno in una gran parte dei casi) da un punto di vista meno localistico e cioè come una malattia generalizzata di tutto il sistema arterioso su base costituzionale pur potendo prevalere clinicamente ed anatomicamente la lesione di un determinato distretto arterioso.

Il Reitano ritiene che l'arteriosclerosi ha anche un atteggiamento di sistematica alterazione arterio-arteriolare ed adotta il termine di « malattia arterio-arteriosclerotica ». Quasi contemporaneamente al Reitano il Plesch ha sostenuto che l'arteriosclerosi è solo uno dei sintomi di una malattia costituzionale sistematica che colpisce soprattutto la muscolatura liscia e colpisce in blocco tutto il sistema vasale. Egli distingue pertanto oltre « l'arteriosclerosi dell'età », cioè quella da eccesso di lavoro, la « malattia dell'arteriosclerosi », affezione primaria sistematica, allergica della muscolatura liscia, del simpatico, del sistema connettivale.

De Candia (« *Athena* », giugno 1939, Roma) ha recentemente studiato due casi di malattia arteriosclerotica con sclerosi diffusa all'aorta, alle sue diramazioni, alle arterie parenchimali del cuore, dei reni, della milza, della tiroide, e con sclerosi atrofica del pancreas e delle ovaie in uno dei casi.

Degni di rilievo in questi casi erano: l'età (non oltre i 53 anni) e il decorso rapido e quasi maligno della malattia con assenza di momenti etiologici tossici ed infettivi speciali. L'*habitus*

costituzionale era brevilineo astenico in un caso, longilineo astenico nell'altro.

L'A. attribuisce in questi casi maggior importanza, nella genesi del processo arteriosclerotico, ad un fatto costituzionale inteso come ipoplasia e meiopragia costituzionale del cuore e dell'apparato vasale arterioso, predisposto all'usura precoce.

In questi soggetti l'arteriosclerosi assume spesso una forma grave diffusa extra ed intraparenchimale e, secondo l'A., può essere considerata come una « malattia distrofica cirrogena del sistema arteriale » su base costituzionale.

Tale forma particolare di arteriosclerosi al contrario della forma più comune e più frequente di questa malattia che colpisce le costituzioni brevilinee-megalosplanchniche-pletoriche (con sistema arteriale iperplastico) si manifesta in soggetti ipoplastici linfatici o timolinfatici astenici. c. s.

#### Orientamenti demografici delle assicurazioni sociali italiane.

Nel fascicolo speciale dell'*Assistenza Sociale* del 1939 dedicato ai problemi della previdenza e dell'assistenza sociale troviamo un notevole studio di Gerin sopra questo interessante argomento.

Speciale rilievo merita la disamina fatta dall'A. circa gli orientamenti economico-sociali del fascismo che trovano le fonti nella impostazione programmatica dei discorsi del Duce sia in quello dell'Ascensione 1927 che di Piazza S. Sepolcro (1919); essi hanno trovato adeguato sviluppo nei provvedimenti successivamente adottati dal Regime.

A riprova di ciò Gerin ricorda come la I, la XII e XXVII dichiarazione della Carta del Lavoro costituiscano il programma del potenziamento familiare attuato dalla Legislazione Sociale. Tale si dimostra infatti la Legge per l'assicurazione per gli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (agosto 1935) che viene illustrata negli articoli più importanti e la legge per le assicurazioni contro l'invalidità, vecchiaia e tubercolosi (ottobre 1935). La estensione di quest'ultima ai componenti la famiglia ha fatto sì che quest'ultima sia stata assistita nella percentuale del 33,48 % sopra un totale di 18.000.000 di assistiti.

Lo stesso fine di difesa familiare si riscontra nel Decreto 4 febbraio 1937 per l'assicurazione contro la disoccupazione ed in quello per la maternità del 7 agosto 1936.

Nell'ultima parte del lavoro l'A. mette in evidenza il contributo dato dall'I.N.F.P.S. e dalla O.N.M.I. attraverso un attento esame dei rendiconti di così imponenti opere assistenziali. St.

#### Genesi e sviluppo della legislazione sociale.

Cascio, nella « *Rivista del Lavoro* », fasc. 9, 1939, rifacendo il processo storico della organizzazione sociale che risale alla nascita della grande industria col cessare delle corporazioni medioevali, mette in rilievo altri fattori importanti che hanno concorso a generare il nuovo diritto dei lavoratori, e cioè il sindacale, il filosofico, il morale, l'economico, l'intellettuale e il politico. La legislazione sociale italiana insufficiente e limitata fino al 1918, prese il suo sviluppo vigoroso e quasi rivoluzionario con il Regime Fascista che volle assicurare ai lavoratori condizioni di lavoro e di vita adeguate al nuovo clima e allo sviluppo dell'ordinamento economico, con carattere immediato. In questo primo ciclo abbiamo le leggi per la durata del lavoro (1923) la settimana di 40 ore per gli operai dell'industria (1937) per l'assicurazione maternità (1923), per l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia (1923-1935) per l'assicurazione contro la disoccupazione involontaria (1923) per l'igiene del lavoro (1927) per l'assicurazione contro la tubercolosi (1927) per il riposo settimanale e festivo (1934) per la tutela della maternità delle lavoratrici (1934) per il lavoro delle donne e dei fanciulli (1934) per l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali (1935) per la creazione dell'Ente Opere assistenziali (1937): tutto un complesso di norme che basta da solo ad assicurare all'Italia un posto elevato tra le nazioni più civili.

Ma è nel secondo periodo, culminante col riordinamento della Previdenza sociale, voluto dal Duce, che si compie il gigantesco passo innanzi, in cui i provvedimenti adottati assumono una portata ideale veramente rivoluzionaria e abbracciano la formazione della famiglia, la disciplina della domanda e dell'offerta del lavoro, la costituzione dell'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza sociale, con una cassa unica per le cinque gestioni separate, industria, commercio, agricoltura, credito ed assicurazioni, professioni ed arti; gli assegni familiari integrativi; le nuove norme di pensionamento per l'invalidità e la vecchiaia; l'assicurazione di maternità, trasformata in assicurazione per la nuzialità e natalità. Gi.

### Archivio di Psicologia Neurologia Psichiatria e Psicoterapia.

Sotto gli auspici del Consiglio Nazionale delle Ricerche si è iniziata in bella veste tipografica questa interessante Rivista che sostituisce l'Archivio di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi. Essa è diretta da Padre Gemelli con la collaborazione di migliori cultori italiani di neurologia e psichiatria.

Nel fascicolo 1-2 apparso recentemente, dopo una lucida introduzione del Direttore sugli scopi che consigliano l'affiancamento di discipline apparentemente diverse ma rispondente alla moderna concezione biologica unitaria, troviamo lavori delle suddette discipline. Notevole lo studio di Barisotti sulle invenzioni come problema psicologico nei rapporti tra inventore e invenzione e nell'interpretazione di questa come redenzione o ribellione.

Interessante lo studio sullo schema corporeo in base ad indagini cliniche e corredato da una analisi critica dovuta al Longhi della R. Università di Roma; il contributo dello Zunini sullo studio dell'apprendimento dei pesci ed un lavoro di Delisi circa i concetti biologici delle anomalie psichiche infantili. Completa il numero la relazione al III Congresso fonetico di Gand del 1938, dovuta a Padre Gemelli, sulle variazioni del linguaggio umano ottenute con un oscillogramma fonico applicato per la valutazione fisio-psicologica. Lo spazio non ci permette un adeguato riferimento di questo pregevole studio che completa numerose indagini eseguite in precedenza dallo stesso A. St.

#### Le parassitosi intestinali.

La valorizzazione dell'Impero Italiano da parte dei medici che vi si recano richiede una conoscenza delle malattie tropicali tra le quali una parte importante è riservata alle parassitosi intestinali.

Esauriente a tal fine è il volumetto edito da Vallecchi scritto dal Prof. Vanni Direttore incaricato nella R. Università di Roma per l'insegnamento della parassitologia. In questo lavoro troviamo, sfronato da divagazioni dottrinarie, tutto ciò che interessa la pratica medica; molto opportunamente vi sono stati inseriti due capitoli, uno di tecnica applicata alla diagnostica, ed uno di prontuario terapeutico, che rendono facile l'applicazione diagnostica e terapeutica al medico che esercita nell'Impero.

Per lo stesso fine l'A. ha diviso queste parassitosi in due categorie: le forme cosmopolite e quelle esclusivamente tropicali. Da tale divi-

sione fatta per facilitare la consultazione si nota come gli aumentati scambi commerciali tra la Madre Patria e le colonie hanno ormai diffuso nelle zone metropolitane diverse infezioni originarie dell'Africa. Soltanto l'amebiasi, data la sua importanza, è stata trattata, per la parte intestinale tra le malattie cosmopolite, e per quella metastatica tra le parassitosi tropicali.

A queste ultime vengono dal Vanni ascritte le seguenti: flagellosi, coccidiosi, bilharziosi, distomatosi e necatoriasi. Numerose illustrazioni per la più parte originali completano il pregevole volumetto il quale se è indispensabile per i medici delle colonie è utilissimo per tutti i medici data la difficoltà di orientamento e di aggiornamento in questo settore a torto trascurato dalla medicina interna. St.

#### L'azione della caffeina sulla glicemia a digiuno e sulla curva glicemica da carico di glucosio.

Del comportamento della glicemia sotto la azione della caffeina molti studiosi si sono occupati sperimentalmente. Nel 1909 Nishi stabilì l'azione iperglicemizzante della caffeina. Nel 1912 Salant riuscì ad avere iperglicemia dopo somministrazione di caffeina per via orale, nei gatti ma non nei cani.

Quasi tutti gli autori che si sono occupati dell'argomento hanno però stabilito che la somministrazione di caffeina produce iperglicemia e che quasi tutti i farmaci parasimpaticomimetici producono iperglicemia.

Benacchio (« *Fisiologia e Medicina* », fasc. 7, 1939, Roma) ha studiato in 10 pazienti l'azione della caffeina sulla glicemia a digiuno e in altri 10 l'azione sulla curva da carico seguendo nello stesso individuo nelle stesse condizioni una curva glicemica senza caffeina e, a distanza di pochi giorni, una con caffeina. Nei primi ha messo in evidenza una lieve iperglicemia a digiuno in 4 casi, una glicemia pressochè imm modificata in 2, una lieve discesa della glicemia negli altri pazienti. La curva glicemica da carico di glucosio in cinque casi, dopo somministrazione di caffeina, raggiunse un livello iperglicemico più elevato e presentò una seconda fase, o curva discendente, più lenta; in due casi le curve senza o con caffeina risultarono identiche; in tre casi infine la curva con caffeina risultò raggiungere un livello iperglicemico inferiore rispetto alla curva di confronto senza caffeina.

L'A. dopo aver osservato che la iperglicemia da caffeina nell'uomo è meno costante che negli animali da esperimento, pensa che detta iperglicemia sia dovuta all'azione di questa so-

stanza sul sistema nervoso centrale ed esplicantesi attraverso gli splanchnici con conseguente aumento della secrezione adrenalina, e sugli sfinteri di Arey e Simmons delle vene sopraepatiche che rilasciandosi permettono l'invasione in circolo di sangue ricco di glucosio in quantità superiore al normale. c. s.

## PUBBLICAZIONI RICEVUTE

SIMIONATO, *Nota sulla colonia elioterapica di Grigno*. — Estratto dal Bollettino Medico Trentino, Trento, 1934.

L'A. conclude affermando i vantaggi di carattere morale, materiale e politico delle Colonie ed auspica una più larga diffusione di queste provvide istituzioni. c. s.

IDEM, *Tubercolosi linfoghiandolare inguinale coniugale*. — Comunicazione alla VII Riunione della Soc. Scient. Sind. Prov. Fasc. Medici, Torino, Scuola tip. artigianelli, Trento.

L'A. riferisce su due casi di cui al titolo insorti contemporaneamente in due coniugi esenti da altre lesioni specifiche. c. s.

IDEM, *Il Vanadio nella tubercolosi*. — Estr. dal « Giornale medico dell'Alto Adige », 1931, Bolzano).

L'A. dichiara che i risultati ottenuti, complessivamente considerati, devono ritenersi buoni. c. s.

RANALLI, *Influenza di alcune malattie infettive (morbillo, pertosse) e della vaccinazione jenneriana sul decorso della tubercolosi*. — Tip. Mantegari, Trescore Balneario, 1933.

Secondo l'A. i fatti clinici dimostrano che il morbillo ha talora un'azione riattivante o aggravante sui processi tubercolari. L'azione non è costante e certamente nel passato è stata sopravvalutata. Anche la pertosse, per quanto molto più di rado del morbillo, può riattivare una tubercolosi latente o può aggravare una tubercolosi in atto. Per quanto riguarda l'azione della vaccinazione jenneriana l'A. riporta le varie opinioni e cita un caso di sua osservazione di tubercolosi miliaria acuta insorta dopo la vaccinazione jenneriana. c. s.

AMENTA, *La unità antimalarica « Lisimelie » nel suo primo anno di vita*. — Estr. da « Rivista Sanitaria Siciliana », 1931, Palermo.

L'A. rileva l'utilità della istituzione della stazione antimalarica, riporta gli studi eseguiti sulle larve anofeliche e fa una proposta

concernente la distribuzione del chinino a scopo profilattico. c. s.

IDEM, *Il « Trifenil » rimedio polivalente nelle varie malattie infettive*. — Estr. da « Rinovamento Medico », 1928, Napoli.

IDEM, *Catechismo della lotta antimalarica*. — Soc. Tip. di Siracusa, 1939.

Contiene cenni generali sulla malaria e precetti di lotta antimalarica. c. s.

IDEM, *Sulla ritenzione di una delle placente in un caso di gravidanza gemellare*. — Officina grafica editr. Montuoro, Milano.

L'A. riporta un caso. c. s.

IDEM, *Consensi e dissensi alla patognomonicità del segno di Paniello nella diagnosi di malaria*. — Estr. da « Archivio di Scienze Mediche e Coloniali », 1931.

L'A. riconosce al segno di Paniello la patognomonicità per la malaria. c. s.

IDEM, *Un caso di epatite amebica a tipo subacuto non colliquato*. — Estr. da « Archivio Italiano di Scienze Mediche e Coloniali », 1929.

IDEM, *Contributo clinico-sperimentale allo studio del solfato di chinino e berberina (chinober) nella cura della malaria cronica*. — Soc. An. Pubbl. Editoriali, Roma.

IDEM, *Contributo clinico allo studio delle infezioni paratifoidee nei lattanti*. — Estr. da « Sicilia Sanitaria », Catania, Anno VIII.

IDEM, *Protezione dell'infanzia e dell'adolescenza nelle zone malariche bonificate*. — Estr. da « L'Osservatore Medico », Anno IX, Catania.

OGGIONI, *Comportamento della fibra nervosa mielinica del simpatico di fronte a vari anestetici, studiato con il metodo di Donaggio*. — Estr. da « Bollettino e Memorie della Soc. Emiliano-Romagnola di Chirurgia », 1938, Bologna.

L'A. richiamandosi allo studio del Donaggio sulle modificazioni istochimiche indotte nella fibra nervosa dagli anestetici studia il comportamento della fibra mielinica del simpatico di fronte a vari anestetici. c. s.

IDEM, *Comportamento della fibra nervosa di fronte all'azione della corrente galvanica e della corrente faradica*. — Dal Bollettino

della Soc. Ital. di Biologia Sperimentale, Sez. Bologna, 1937.

L'A. descrive la tecnica seguita nelle sue ricerche, le quali recano un contributo alla conoscenza del sostrato istochimico che è alla base di certe alterazioni finora ritenute di natura funzionale. c. s.

IDEM, *Glicemia e curva glicemica nei Parkinsoniani encefalitici in rapporto alla cura bulgara.* — Dal Bollettino della Soc. Ital. di Biologia Sperimentale, Sez. di Bologna, 1937).

L'A. dopo aver accennato alla questione della glicemia e della curva glicemica nei Parkinsoniani riferisce i risultati delle sue ricerche eseguite prima e dopo la cura bulgara. Da questo risulta che le alterazioni della curva abitualmente regrediscono durante la cura bulgara. c. s.

IDEM, *Considerazioni intorno a due casi di tumore cerebrale a sintomatologia psichica.* — Estr. da «L'Ospedale Psichiatrico», 1935, Napoli.

L'A. dallo studio della letteratura e dei suoi casi è portato ad attribuire i disturbi mentali da *tumor cerebri* al terreno costituzionale ed a tossine che provengono dal metabolismo del tumore o si liberano dal tessuto nervoso distrutto. c. s.

OGGIONI, *Il comportamento della reazione di Donaggio nella anafilassi sperimentale.* — Dal Bollettino della Soc. Ital. di Biologia Sperimentale, Sez. Bologna, 1936.

Dalle ricerche dell'A. risulta che l'anafilassi si manifesta con caratteri particolari in rapporto evidente con la positività della reazione di Donaggio. c. s.

OGGIONI, *Ulteriori dati intorno al fenomeno d'ostacolo del Donaggio nel siero di sangue.* — Estr. da «Riv. Sper. di Freniatria», vol. LIX.

L'A. riferisce alcune caratteristiche della reazione di Donaggio nel siero di sangue e rileva l'influenza che sostanze ad azione farmacodinamica esercitano sui valori del fenomeno comparato nei diversi liquidi dell'organismo. c. s.

OGGIONI, *Il fenomeno della Ruota dentata del tarso, nei Parkinsoniani post-encefalitici.* — Dal Bollettino della Soc. Ital. di Biologia Sperimentale, Sez. di Bologna, 1936.

Da osservazioni dell'A. risulta che il segno

della ruota dentata può essere rilevato nettamente anche nel piede. c. s.

OGGIONI, *Contributo clinico e anatomo-patologico alla conoscenza del morbo di Werdtwig-Hoffman (atrofia muscolare progressiva spinale infantile).* — Estr. da «Rassegna di Studi Psichiatrici», Siena, 1935.

L'A. descrive alcuni casi clinici e avendo rilevato alterazioni a carico di varie glandole endocrine conclude che queste lesioni possono avere favorito od accelerato l'evoluzione della malattia pur senza dare a questi reperti valore di elementi causali. c. s.

OGGIONI, *Il fenomeno d'ostacolo sul siero di sangue.* — Estr. dal «Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia», 1935.

L'A. è riuscito ad ottenere il fenomeno d'ostacolo sul siero di sangue e ne stabilisce la tecnica particolare. c. s.

OGGIONI, *La cura delle distrofie muscolari progressive.* — Estr. dal «Giornale di Clinica Medica», 1935.

L'A. descrive undici casi trattati col metodo Boschi: nella maggior parte dei casi è stato notato un arresto della malattia con un certo grado di ripristino trofico e muscolare. c. s.

OGGIONI, *La provocazione dell'estensione dell'alluce mediante i movimenti dell'arto inferiore (pseudo Babinski da movimentazione).* — Estr. dal «Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia», 1935.

L'A. viene alla conclusione che in qualche caso questa tecnica è l'unica per ottenere l'estensione dell'alluce: l'estensione all'infuori dei casi in cui può essere interpretata come una reazione antalgica deve essere considerata come una sincinesia e può essere ritenuta in tal caso espressione univoca di lesione delle vie piramidali. c. s.

### Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari.

Dr. SIRONI ENRICO, Besana in Brianza, Monza.

Dr. UGOLOTTI ANDREA, Parma.

Dr. FORZANO GIOACCHINO, S. Piero Patti, Messina.

Dr. SCAMONI GIUSEPPE, Crema, Cremona.

Dr. GAMBASSINI LORENZO, Castel S. Nicolò, Arezzo.

Dr. MANCA FRANCESCO, Cugheri, Nuoro.

Dr. SALVATO VINCENZO, Montesano, Salerno.

Dr. FIENGA ALBERTO, Scafati, Salerno.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

## UOVE PROVVIDENZE SANITARIE A FAVORE DEGLI ASSICURATI DELL' I.N.A.

Consultori di: COMO e MONFALCONE.

ROMA — *Clinica Ostetrica Ginecologica R. Università* (Cura della sterilità coniugale). A tutte le assicurate visite gratuite giovedì e sabato ore 15.

## È uscito: SOTTO IL PLATANO DI COO - Seconda giornata

Questo volume di circa 300 pagine raccoglie gli articoli di medicina preventiva e di igiene pubblicati nella nostra Rivista durante il biennio 1937-38

Prezzo L. 7 - Per gli assicurati che lo richiedano alle Agenzie Generali od alla Direzione L. 3,50

## PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite per il controllo della salute (a tutti, comunque assicurati, presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.) - vedi tabella a pag. II.

Concessione di un buono di visita medica gratuita ogni due anni a tutti gli assicurati in regola con i pagamenti, possessori di polizza in forma ordinaria, con visita medica, per un capitale superiore alle L. 20.000.

Tale buono (Mod. S. S. 50) distribuito dalla Agenzia presso la quale gli assicurati pagano il premio, è utilizzabile presso i Sanitari disposti ad eseguire le visite alle condizioni convenute con il Sindacato Nazionale Fascista Medico e indicate nel retro del buono stesso. Il medico è tenuto al segreto professionale anche verso l' Istituto.

B) Consultazioni gratuite d' igiene (matrimoniale, tropicale, dell' alimentazione, del lavoro, del vestiario, della casa, dello sport, ecc., per la prevenzione delle malattie specialmente infettive) per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.

C) Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale (per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.)

D) Consultazioni gratuite per le seguenti specialità:

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

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

E) Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuite (per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.) per l' invio del materiale vedi norme a pag. VIII:

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

Espettorato;

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

Elettrocardiogramma;

Misurazione della pressione arteriosa;

Teleradiografia del torace;

Controllo del peso e dell' altezza;

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

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

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

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

L) Pubblicazioni di medicina preventiva e d' igiene

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

per la colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

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

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

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

per la reazione citochol: 4-5 cc. di sangue o 1-2 cc. di siero centrifugato;

per la reazione di Wassermann: 5-10 cc. di sangue, o meglio 1-2 di siero possibilmente già centrifugato.

I campioni per le ricerche di uricemia, colesterinemia, calcemia, citochol, Meinicke, Wassermann e Ide devono essere inviati presso i Laboratori della Direzione Generale dell' I. N. A. in Roma, via Sallustiana, n. 15.

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

## CENTRI SANITARI, SUB-CENTRI E CONSULTORI GRATUITI

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

L O C A L I T À		L O C A L I T À		ORARIO	ORARIO
<b>PIEMONTE</b>					
<b>Torino</b>				Giorni feriali	Giorni feriali
<i>Alessandria</i>	Via S. Maria Vittoria, 1.			2° e 4° lunedì (sospeso)	1° 3° mercoledì
<i>Asti</i> *	Via Roma, 14.			Giorni feriali	Ultimo mercoledì
<i>Biella</i>	Via Aliberti, 2.			1° e 3° lun. - 2° e 4° giov.	2° 4° martedì
<i>Novara</i> *	Via Arnolfo, 20.			Giorni feriali	2° giovedì
	Via S. Giacomo, 2.				
<b>LOMBARDIA</b>					
<b>Milano</b>				Giorni feriali	
<i>Bergamo</i>	P. Diaz, 6.			1° 3° lunedì	Domenica
<i>Brescia</i>	V. Camozzi, 83.			1° 3° martedì	2° 4° martedì
<i>Como</i>	P. Vittoria - Palazzo INA			2° 4° giovedì	Giorni feriali
<i>Cremona</i>	V. D. Fontana, 2.			1° 3° mercoledì	Giorni feriali
<i>Legnano</i>	V. Campi, 1.			2° 4° martedì	Mercoledì
<i>Pavia</i>	C. Vittorio Emanuele, 5.			2° 4° sabato	1° 3° giovedì
	C. Mazzini, 3.				1° 3° sabato
<b>VENEZIA TRIDENTINA</b>					
<b>Bolzano</b>				Giorni feriali (1)	
<i>Bressanone</i>	V. Rosmini, 20.			(Sospeso)	2° mercoledì
<i>Roberto</i>	V. Roma, 5.			2° 4° martedì (2)	1° 3° mercoledì
<i>Trento</i> *	Agenzia Principale INA.			Giorni feriali (3)	4° venerdì
	V. Bellenzani, 14.				1° 3° venerdì
<b>VENEZIA VENETA</b>					
<i>Padova</i>				Giorni feriali	Giorni feriali
<i>Delano</i>	P. Spalato, 1.			2° sabato	2° 4° Lunedì
<i>Treviso</i>	V. Garibaldi, 1.			3° martedì (4)	Venerdì e sabato
<i>Udine</i>	V. Vitt. Emanuele, 29.			2° e 4° martedì	2° 4° mercoledì
<i>Venezia</i> *	V. Sauro, 1.			Giorni feriali	2° 4° martedì
<i>Verona</i>	Calle larga XXII Marzo.			1° 4° lunedì	Giorni feriali
<i>Vicenza</i>	V. Vitt. Emanuele, 11.			3° lunedì	1° 3° martedì
	P. Roma, 11.				2° 4° giovedì (pomer.)
<b>VENEZIA GIULIA</b>					
<b>Trieste</b>				Giorni feriali	1° 3° mercoledì
<i>Fiume</i>	P. Dalmazia, 3.			2° 4° martedì	2° 4° mercoledì
<i>Gorizia</i>	V. XXX Ottobre			2° e ultimo giovedì	2° 4° martedì
<i>Monfalcone</i>	V. Crispi, 9.			1° 3° mercoledì	Giorni feriali
<i>Postumia</i>	V. Duca d'Aoste, 26.			1° 3° martedì	(Sospeso temporan.)
	Viale Oberdan, 7 b.				
<b>EMILIA</b>					
<b>Bologna</b>				Giorni feriali	Giorni feriali
<i>Parma</i>	V. Pignattari, 1.			2° 4° giovedì	1° lunedì
<i>Piacenza</i>	V. Garibaldi, 23.			2° 4° mercoledì	Ultimo lunedì
<i>Reggio Emilia</i>	P. Cavalli, 2.			1° 3° martedì	3° lunedì
	V. Emilia S. Stefano, 3.				2° lunedì
<b>MARCHE E DALMAZIA</b>					
<b>Ancona</b>					
<i>Ascoli</i>	C. Mazzini, 13.				
<i>Macerata</i>	P. Popolo - V. Archivio.				
<i>Pesaro</i>	V. Ricci, 2.				
<i>Zara</i>	V. Rossini, 2.				
	Calle Larga				
<b>LAZIO E UMBRIA</b>					
<i>Littoria</i>					
<i>Perugia</i>	P. XXIII marzo - Pal. I.N.A.				
<b>Roma</b>					
<i>Roma</i>	P. Vittorio Emanuele, 1.				
<i>Roma</i>	V. Sallustiana, 51.				
<i>Terni</i>	V. Tritone, 142.				
<i>Tivoli</i>	V. Tacito.				
<i>Viterbo</i>	V. S. Croce				
	C. Vitt. Emanuele				
<b>CAMPANIA</b>					
<i>Avellino</i>					
<i>Fenevento</i>	P. Libertà, 52.				
<i>Caserta</i>	V. Isabella Morra, 6.				
<i>Castellammars di Stabia</i>	C. Umberto, 53.				
<b>Napoli</b>					
<i>Napoli</i>	V. S. Maria dell'Orto, 3.				
<i>Salerno</i>	P. Costanzo Ciano, 32.				
	C. Garibaldi (Pal. Natella)				
<b>SICILIA ORIENTALE E CALABRIA</b>					
<i>Catania</i>					
<i>Catanzaro</i>	V. A. Mussolini, 16.				
<i>Cosenza</i>	Scesa Leone				
<i>Messina</i>	C. Mazzini				
<i>Ragusa</i>	V. Colombo, 40.				
<i>Reggio Calabria</i>	V. M. Coffa, 12.				
<i>Siracusa</i>	C. Garibaldi, 2.				
	V. dei Mille, 2.				
<b>SICILIA OCCIDENTALE</b>					
<i>Agrigento</i>					
<i>Enna</i>	V. Roma, 291.				
<i>Palermo</i>	V. Vitt. Eman. 292.				
<i>Trapani</i>	V. Maqueda, 182.				
	V. Torretta				
<b>SARDEGNA</b>					
<b>Cagliari</b>					
<i>Iglesias</i>	V. Roma, 73.				
<i>Nuoro</i>	Agenzia Principale INA				
<i>Oristano</i>	V. Garibaldi, 51.				
<i>Sassari</i>	Agenzia locale INA				
	P. Italia, 7.				

(1) Mercoledì e venerdì consultorio per la G. I. L. - (2) 1° 3° martedì consultorio per la G. I. L. - (3) Il venerdì riservato alla G. I. L. - (4) 2° lunedì riservato alla G. I. L.

# Medici specialisti che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

## ODONTOIATRI

- Agrigento:** Dr. A. CUCURULLO.  
**Canicattì:** Dr. G. CASSARO, P. Palma.  
**Alessandria:** Dr. A. PICCINI, V. della Vittoria, 3 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Savonarola, 12.  
**Casale Monferrato:** Dr. U. GAUDINA, V. Palestro, 7 - Dr. A. REDOGLIA, P. Duomo, 1 - Dr. G. PINOLINI, V. Benvenuto S. Giorgio, 8.  
**Novi Ligure:** Dr. M. LE BELLONE.  
**Tortona:** Dr. C. TORTI.  
**Ancona:** Dr. L. PANAREO, C. Vittorio Emanuele III, 9.  
**Aosta:** Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. SPERITO, V. Ospedale - Dr. A. BOFFA, P. Vitt. Emanuele, 7.  
**Ivrea:** Dr. G. BALMA, P. Vitt. Emanuele, 12 - Dr. G. MATUINO, V. Arduino - Dr. G. PUGLIESE, V. XXI Aprile.  
**Aquila:** Dr. G. B. DE ANGELIS.  
**Arezzo:** Dr. M. MICHELINI, V. Francesco Crispi, 2.  
**Ascoli Piceno:** Dr. A. MONDOZZI, V. B. Cairoli - Dr. L. PENNESI, V. Malta - Dr. A. TASSONI, V. Malta.  
**Asti:** Dr. A. DEGAN, P. Medici, 1 - Dr. C. IVALDI, C. Dante, 3 - Dr. L. MALAGOLI, V. Cavour.  
**Barl:** **Andria:** Dr. F. SARDANO.  
**Bergamo:** Dr. E. AVETTA, V. Monte Grappa, 7 - Dr. G. BRAUN, Viale Roma, 12 - Dr. G. CALDEROLI, Via XX Settembre, 46 - Cav. Dr. C. CASTELLI, - Prof. Dr. G. CAVAZZENI, V. Roma, 6 - Dr. V. DAL LAGO, P. V. Veneto, 1.  
**Bologna:** Dr. F. BIGNARDI, V. Saffi, 2 - Dr. G. CAPUZZI, P. De Marchi, 6 - Dr. A. CARAMITI, V. Innerio, 17 - Dr. A. FRANCOSCONI, V. Saffi, 2 - Dr. M. GIANNOTTI, V. Saffi, 2 - Dr. G. PIVA, V. Maggiore, 5.  
**Bolzano:** Dr. E. GRONES, C. Vittorio Emanuele, 7 - Dr. F. TRANQUILLI, P. Vitt. Emanuele, 8.  
**Bressanone:** Dr. M. REIS, V. Ponte Aquila, 1.  
**Merano:** Dr. G. DE BOSIO, - Dr. A. KONIG, C. Goethe, 6 - Dr. F. SINGER, V. Dante, 38.  
**Brescia:** Dr. O. BERTOLI, C. Magenta, 26 - Dr. E. CASTELLI, V. Dante, 42 - Dr. M. JORI, C. Vittorio Emanuele, 58 - Dr. G. B. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. G. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. D. SALVAGNI, Viale Stazione, 6 - Dr. D. SCACHERI, C. Palestro, 27.  
**Gardone Riviera:** Dr. G. GOIO.  
**Salò:** Dr. G. SIMONI, P. V. Em., 96.  
**Cagliari:** Dr. L. FRONGIA, V. Mando, 68 - Dr. G. PINNA-STARA, Viale Diaz.  
**Iglesias:** Dr. E. SPINAS, V. Roma, 5.  
**Campobasso:** Dr. A. MARTINO - Dr. SANTORO, Manfredi.  
**Carrara:** Dr. G. Batt. LODOVICI, V. Lunense.  
**Catania:** Dr. M. DI GRAZIA, V. Garibaldi, 9 - Dr. S. GRECO, V. Etnea, 270 - Dr. G. MILONE, V. Umberto, 41 - Dr. R. MUSUMECI GRASSI, V. Vittorio Emanuele, 215 - Dr. F. POLITI, Via Etnea, 208.  
**Catanzaro:** Dr. C. CITANNA, Via Monte, 12.  
**Chieti:** Dr. Cav. E. MASTROPASQUA, V. S. Gaetano, 7.  
**Como:** Dr. V. GORIN, V. Garibaldi, 19 - Dr. A. PADERI, V. Indipendenza, 4 - Dr. L. TORI, P. Grimaldi, 2.  
**Lecco:** Dr. M. HEUMANN, V. Roma, 28.  
**Cosenza:** Dr. G. ANDREASSI, V. Mazzini - Dr. O. CERBELLI, P. Ferrovia - Dr. A. CHIMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isonzo.  
**Cremona:** Dr. L. BERTELOTTI, Via Beltrami, 4 - Dr. E. REBIZZI, P. Roma, 17 - Dr. R. ZANNINI, V. Blasio, 5.  
**Casalmaggiore:** Dr. O. BOLES.  
**Cuneo:** Dr. F. MANFREDI.  
**Enna:** Dr. D. COLOMBRITA, V. Roma, 262.  
**Ferrara:** Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovacca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevocchia, 3 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.  
**Firenze:** Dr. V. ARNONE, V. Pandolfini, 26 - Dr. A. CITELLI, Lung'Arno Acciaiuoli, 22 - Dr. G. PUTTI, V. dei Servi, 6 - Dr. C. RAMONINO, V. Vecchiotti, 9 - Dr. S. CALAMARI, V. Della Pergola, 14-bis.  
**Foggia:** Dr. G. ARBORE, - Dr. E. DI MAIO - Dr. G. BUONO DI LUCIANO.  
**Manfredonia:** Dr. P. MELUCCO.  
**S. Severo:** Dr. P. RECCA.  
**Rimini:** Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.  
**Genova:** Dr. G. MORIANI, P. Corvetto, 1/4 - Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.  
**Cornigliano:** Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13  
**Gorizia:** Dr. P. U. NETZBANDT.  
**Grosseto:** Dr. A. ANGELINI.  
**Imperia:** Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, Via del Monte - Dr. A. LATRONICO, V. Berio, 5-bis - Dr. E. MAGLIONE Imperia-Oneglia - Dr. C. MURA, Corso Dante, 2 - Dr. A. NATTA, V. Gandolfo, 1.  
**Bordighera:** Dr. E. BUFFA, V. Sant'Antonio - Dr. I. DEL BOCA, V. Vittorio Emanuele.  
**Sanremo:** Dr. E. GISMONDI, V. Vittorio Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.  
**Ventimiglia:** Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.  
**Livorno:** Dr. I. CAPITANI, Scali Ugo Botti, 2 - Dr. O. CASAGNI, V. Magenta, 8 - Dr. C. QUARANTORSI, V. Enrico Mayer, 18.  
**Portoferraio:** Dr. A. LAGHI.  
**Lucca:** **Attopascio:** Dr. G. L. PIEGALA.  
**Viareggio:** Dr. G. GIUFFRIDA.  
**Mantova:** Dr. G. CONSOLO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiasisi, 2 - Dr. E. PONGLUPPI, P. Imperia - Dr. M. PREDARI, V. Marangoni - Dr. L. VENERI, C. V. Emanuele, 64 - Dr. G. ZAGNI, V. B. Grazioli, 32.  
**Matera:** Dr. D. MARINARO - Dr. S. LO RUSSO.  
**Messina:** Dr. F. TODARO, Via Dei Verdi.  
**Milano:** Dr. G. ALTARA, C. Roma, 68. - Dr. G. BIAGINI, V. Aversa, 17.  
**Magenta:** Dr. R. RUSSITANO.  
**Monza:** Dr. E. BOSSAGLIO, V. Vittorio Emanuele, 1 - Dr. A. CAMPANARI, V. Italia, 13 - Dr. P. SAVIO, V. B. Lumi, 3.  
**Modena:** Gr. Uff. Dr. G. SILLINGARDI, P. Muratori, 31 - Dr. A. TOTARO, V. Emilia, 26.  
**Napoli:** Dr. A. COPPOLA, V. Cesario Console, 3 - Dr. F. DE NOTARIS, Via Cappella Vecchia, 6 - Dr. C. DONATO, V. R. De Cesare, 7 - Dr. V. GIUFFRÈ, V. Santa Brigida, 76 - Dr. G. IZZO, V. Saut'Arcangelo a Baiano - Dr. P. LIPPO, V. S. Lucia, 15 - Dr. E. MASUCCI, P. Torretta, 36 - Dr. A. SANSONE, V. S. Spirito di Palazzo, 9 - Dr. F. SANTANIELLO, Corso Vitt. Emanuele, 400 - Dr. G. VIOLET, V. Capodimonte, 31 - Prof. Dr. A. ZONA, P. Bellini, 68.  
**Meta di Sorrento:** Cav. Uff. Dr. V. RUSSO, Corso Littorio, 113.  
**Sparanise:** Dr. F. GRANDE.  
**Novara:** Dr. F. BORRINI, V. Cavour, 17 - Dr. D. SCENDRATI, C. Regina Margherita, 12.  
**Palermo:** Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villaeramosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - Dr. P. GARLO, Largo S. Sofia, 1 - Dr. C. MILAZZO, P. G. Verdi, 22. Dr. A. NICOSIA, P. Aragona, 4 - Dr. R. PEZZOLI, P. Castelnuovo, 11 - Dr. G. PIAZZA GARGANO, P. San Domenico, 28 - Dr. F. PIZZUTO, V. Villareale, 38 -

Dr. A. RIBOLLA, V. Rosolino Pilo, 12 - Dr. E. TEMPASTINI, V. R. Settimo, 24.  
**Parma:** Dr. S. ALBERTI, V. Farini, 52.  
**Perugia:** Prof. Dr. F. BRAJO, CORSO Vannucci.  
*Foligno:* Dr. G. BIONDI.  
**Piacenza:** D. E. CAVANNA, GOBBI, V. S. Marco, 5 - Dr. U. MISTRALETTI, V. Chiapponi, 37 - Dr. G. PATRIOLI, V. Sopramuro.  
**Pisa:** Prof. Dr. R. CARRERAS, V. San Lorenzo, 19 - Dr. F. DELLE SEDIE, P. Carrara, 5 - Dr. G. PAOLI, Borgo Stretto, 5 - Dr. S. SESSI, V. Vittorio Emanuele, 4.  
**Pola:** Dr. F. STOCO.  
**Reggio Calabria:** Dr. R. S. RETEZ, C. Vittorio Emanuele.  
**Locri:** Dr. G. PELLEGRINO.  
**Roma:** Dr. A. BENEGIANO, V. Salaria, 44 - Prof. Dr. B. DE VECCHIS, Via Cornelio Celso, 1 - Dr. BONCRISTIANI, V. Arenula, 53 - Dr. A. PIERLUIGI, C. Trieste, 141 - Dr. A. ERCOLANI, Largo Magnagrecia, 3.  
**Rovigo:** Dr. B. BENATTI - Dr. A. BORELLINI.  
*Adria:* Dr. G. FERROCI - Dr. N. GIORDANI.  
**Salerno:** Dr. A. CONVERSO, V. Roma, 47.  
**Sassari:** Dr. A. FENU, Vico' Bartolinis - Dr. G. NIEDOU, V. Manno - Dr. R. TOCCO, P. Castello.

**Savona:** Dr. Cav. Uff. G. GASTI, C. Principe Amedeo, 2-5 - Dr. Comm. P. PAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VETRANA, V. Guidobono, 30.  
**Siena:** Dr. P. MARZANO, V. di Città, 3.  
**Sondrio:** Dr. L. OTTANI, V. XXVIII Ottobre, 8.  
**Taranto:** Dr. V. BARBARO, C. Umberto - Dr. F. MONTANARI, P. G. Bruno, 33 - Dr. G. SANTOSTASI - Dr. N. VITANTONIO, C. Umberto.  
**Teramo:** Dr. G. BIANCO - Dr. A. SACCONI.  
**Torino:** Dr. G. BUJATTI, C. Vinzaglio, 104 - Prof. Dr. L. CASOTTI, Via Roma, 15, Palazzo I. N. A. - Dr. E. FAVERO, V. Camerana, 10 - Dr. Prof. G. GIORELLI, V. S. Quintino, 18 - Dr. C. MARAZZINA, V. Brandizzo, 3 - Dr. A. TOMMASELLI, V. P. Micca, 10 - Dr. V. TOMMASELLI, P. Vitt. Veneto, 20.  
**Trento:** Dr. F. AGOSTINI - Dr. C. LACHMANN, P. Silvio Pellico, 2 - Dr. F. RIGHI, V. Belenzani, 27 - Dr. C. SEPPI, V. Gazzoletti.  
*Arco:* Dr. E. PERNECHER.  
*Levico:* Dr. F. CALIARI.  
*Rovereto:* Dr. M. SOMMADOSSI - Dr. G. ZANNINI.  
**Treviso:** Dr. A. BIFFIS, V. F. Filzi, 12.  
**Trieste:** Dr. L. CHIUMINATTO, V. San Francesco, 20 - Dr. A. FERRAGUTI, V.

Coroneo, 10 - Dr. A. MINAS, V. A. Diaz, 10 - Dr. G. OTTOCHIAN, V. XXX Ottobre, 17 - Dr. B. REBEZ, V. G. Gallina, 2 - Dr. G. ROSANZ, V. San Nicolò, 33.  
**Udine:** Dr. D. DAMIANI - Dr. E. CLONFERO.  
*Tolmezzo:* Dr. P. CANDUSIO, P. XX Settembre.  
**Varese:** Dr. R. BERTOLI, V. Orri-goni, 15 - Dr. C. FRANZI, V. Cavour 30 - Dr. S. GUSCETTI, V. Piave, 2 - Dr. L. MANGARELLI, C. Roma - Dr. G. P. RIVA, V. Cairo, 33 - Dr. V. BARBEDO, V. Magenta, 52.  
*Gallarate:* Dr. F. OPELLI, - Dr. A. PATARINO.  
*Tradate:* I r. L. COOPMANS DE JOLDI.  
**Venezia:** Dr. A. SERENA, Cannaregio.  
**Vercelli:** Dr. C. A. POZZOLO, P. Vitt. Emanuele, 2.  
**Verona:** Dr. G. BRIVIO, V. Marsala - Dr. L. CARAZZA, P. Dante, 8 - Dr. E. FRANCHINI, C. Vitt. Emanuele, 9 - Dr. A. SAGRAMOSO, V. Santa Chiara, 13 - Dr. C. TAPPARINI, Viale N. Bixio, 17.  
*Bardolino:* Dr. P. PEDUZZI.  
*Legnano:* Dr. U. BONFANTE.  
**Vicenza:** Dr. L. CARLE, C. Principe Umberto, 53 - Dr. S. FIORETTI, Via Morette - Dr. L. MARTINELLI, S. Corona.  
*Arcignano:* Dr. G. VERONESE

## OCULISTI

**Alessandria:** Dr. E. ALTARA, CORSO Roma, 3 - Dr. F. DURANDO, V. NUOVA Legnano, 5.  
*Casale Monferrato:* Dr. A. GUASCHINO, V. Mellana, 2.  
**Aosta - Ivrea:** Dr. C. GARZINO, Osp. Civile.  
**Arezzo:** Prof. Dr. FRACASSI, C. Vitt. Emanuele, 223  
**Asti:** Dr. C. LOVISOLO.  
**Bergamo:** Prof. Dr. A. BUSACCA, V. Tasso, 4 - Prof. Dr. A. SEGUINI, Via Roma, 8 - Dr. G. ZONCA, V. XX Settembre, 14.  
**Bologna:** Dr. L. CAPRA, V. Indipendenza, 2 - Prof. Dr. C. MARIOTTI, Via Castiglione, 5 - Dr. G. NARDI, V. Frassinago, 21 - Dr. D. PALMIERI, V. Righi, 34 - Prof. Dr. G. RICCHI, V. San Stefano, 43 - Prof. Dr. X. NAPOLEONE, V. Guerrazzi, 29.  
**Bolzano:** Prof. Dr. G. MENESTRINA, Osp. Civile - Dr. F. ROSSLER, V. Regina Elena.  
*Bressanone:* Dr. E. NIEDEREGGER.  
**Merano:** Dr. C. BAR, CORSO Principe Umberto, 34 - Dr. G. KEISER, CORSO Principe Umberto, 32.  
**Cagliari:** Prof. Dr. GALLENGA R., R.

Clinica Oculistica - Prof. Dr. G. MOSSA, V. Pola, 7.  
*Iglesias:* Dr. B. GARAU, Via Umberto, 12.  
*Serr manna:* Dr. L. PITTAU.  
**Caltanissetta:** Prof. Dr. E. CAVALLARO, V. Tuminelli, 2 - Prof. Dr. G. NICOLETTI, V. Tuminelli, 4.  
**Campobasso:** Dr. N. BARBATO - Comm. Dr. E. GRIMALDI.  
*Agnone:* Dr. S. SAVASTANO.  
**Catania:** Prof. Dr. M. DE CRISTOFARO, V. Plebiscito, 280 - Prof. Dr. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.  
**Chieti:** Prof. Dr. G. COZZOLI, CORSO Marruccino, 104.  
*Lanciano:* Dr. V. SERAFINI.  
**Como:** Prof. Dr. G. GASPARINI, Via Volta, 30.  
**Cuneo - Alba:** Dr. G. VARALDI.  
**Ferrara:** Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, CORSO Porta Mare, 11.  
**Foggia:** Dr. A. ALTAMURA.  
*Carlantino:* Dr. N. DE SIMONE.  
*S. Severo:* Dr. G. COLIO.  
**Forlì:** Dr. P. MARCHINI, C. A. Diaz

**Imperia:** Dr. M. ODISIO, V. G. Bario, 9.  
*Oneglia:* Dr. G. GRIVA.  
**Sanremo:** Dr. G. GRIVA, V. Vittorio Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, Via Vitt. Emanuele, 8.  
**Livorno:** Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.  
**Mantova:** Prof. Dr. D. FERRI, Via Battisti - Prof. Dr. PREVEDI, C. Vitt. Emanuele, 7.  
**Messina:** Dr. V. LA ROSA, V. PAVIA - Prof. Dr. F. SCULLICA, V. Cavour, 131 isol. 336.  
**Milano:** Prof. Dr. A. BUSACCA, Foro Bonaparte, 46.  
**Napoli:** Dr. F. GALETTI, Riviera di Chiaia, 32.  
**Novara:** Dr. Prof. G. LADDONI, Ospedale Maggiore, C. CAVOUR.  
**Padova:** Dr. L. ZOLDAN, Via Altinate, 69.  
**Palermo:** Dr. G. BELLINA, V. Celso, 14 - Prof. Dr. A. CUCCO, V. Villafranca, 20 - Prof. Dr. D. D'AMICO, Viale Libertà, 1 - Dr. F. P. DE BONO, Via Di Marzo, 2 - Dr. G. LA PLAGA, Via Garzilli, 24 - Prof. Dr. S. LONGO, C.

Scinà, 941 - Prof. Dr. P. STELLA, P. Castelnuovo, 4.

Parma: Prof. Dr. F. CANDIAN, Viale Umberto I.

Ferugia: Prof. Dr. C. GIANNANTONI, Corso Vannucci, 9.

Pola: Dr. M. DE PIERA.

Reggio Calabria: Prof. Dr. G. SALVADORI, V. D. Tripepi, 34.

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

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

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

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

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

Torino: Dr. C. CAFFARATTI, Corso Vinzaglio, 5 - Dr. C. CANTÙ, V. Maddama Cristina, 6 - Prof. G. CAPPELLARO, C. Vitt. Emanuele II, 51 - Prof. Dr. A. CORRADO, V. Juvara, 19 - Dr. M. GARZINO, V. Mazzini, 2 - Prof. Dr. F. GRINGNOLO, C. Oporto, 21 - Dr. E. MORINI, V. Carlo Alberto, 18 - Prof. Dr. G. MOSSO, V. Cibrario, 1 - Dr. L. ORSI, Via C. Alberto, 17 - Dr. T. PECCHIO, C. Vittorio Emanuele, 19 - Prof. Dr. S. PICCALUGA, Via XX Settembre, 60 - Prof. Dr. C. PISSARELLO, C. Siccardi, 9-bis - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI, Via Principe Amedeo, 29 - Prof. G. TIRELLI, R. Clinica Oftalmica - Dr. G. TOSO, Via S. Secondo, 15 -

Prof. Dr. O. VALLI, C. Valentino, 11 - Dr. S. VAUDETTI, V. Cernaia, 18 - Prof. Dr. F. VERDERAME, C. Oporto, 31-bis.

Trento: Dr. G. GENTILINI, P. Venezia, 2 - Dr. G. GRILLO, V. Santa Maria Maddalena, 21.

Trieste: Dr. G. MANZUTTO, Via, Roma, 22.

Udine: Prof. Dr. A. ALIQUÒ MAZZEI, V. N. Sauro, 1.

Varese: Dr. E. MORETTI, V. Piave, 14. Luino: Dr. R. MARGARITELLA, Viale Umberto I, 18.

Venezia: Dr. E. NISTA, Calle P. Angelo, 5314.

Vercelli: Dr. L. PAGANI, V. Garibaldi, 20.

Vicenza: Dr. C. ANTUZZI, P. Duomo, 4.

## OTORINOLARINGOIATRI

Alessandria: Dr. F. BADINO, Via Trotti, 12 - Dr. A. AJMONE, V. Faà di Bruno, 18 - Dr. L. BORTOLOTTI, V. S. Giacomo della Vittoria, 25.

Casale Monferrato: Dr. G. CUASCHINO, V. Mellana, 2.

Aosta - Ivrea: Dr. U. MAGGIOROTTI, P. Lamarmora.

Aquila: Dr. S. CIPOLLONI, V. S. Marciano, 31.

Ascoli - Fermo: Dr. A. LODOVICI, V. Sapienza, 4.

Asti: Dr. A. GENTILE.

Bergamo: Dr. I. CALDEROLI, V. XX Settembre, 46 - Dr. G. PALVIS, V. XX Settembre, 7.

Bologna: Prof. Dr. A. CANEPELE, Viale XII Giugno, 12 - Dr. G. B. FACCHINI, V. Artieri, 2.

Bolzano: Dr. A. BRIANI, V. Duca d'Aosta, 2 - Dr. A. SCHNABL P. Grado, 2.

Merano: Dr. M. DIESBACHER, Viale di Maia - Dr. G. NUSSBAUMER, V. Armando Diaz, 13.

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

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

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

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

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

Cremona: Dr. F. BOCCHI, V. Manina, 8.

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

Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5.

Ferrara: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.

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

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

Gorizia: Dr. G. COMEL - Dr. S. RUZZATI.

Imperia - Bordighera: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 8.

Sanremo: Dr. M. DE MARCHI, V. Vitt. Emanuele, 18.

Ventimiglia: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 18.

Livorno - Suvereto di Livorno: Dr. L. CHIERICI.

Mantova: Dr. FUCCI, V. Carlo Poma, 15 - Dr. L. ZAPPAROLI, C. Vitt. Emanuele, 103.

Messina: Dr. C. CAMINITI, V. Garibaldi, 27, isol. 272 - Prof. Dr. G. SALVADORI, V. Colombo, 40 - Dr. V. VALSECCHI, V. U. Bassi, 120.

Modena: Gr. Uff. Dr. G. SILLINGARDI, P. Muratori, 31.

Napoli: Prof. Dr. E. DI LAURO, Riviera di Chiaia, 84 - Prof. Dr. S. JANNUZZI, V. S. Spirito di Palazzo, 31 - Dr. V. MESOLELLA, V. dei Mille, 59.

Padova: Prof. Dr. E. RUBATELLI, V. Gabelli, 17.

Palermo: Prof. Dr. G. ALAGNA, V. Roma, 391 - Dr. F. CAMPO, V. Stabile, 109 - Dr. G. FERRUZZA, V. Lincoln, 96 - Prof. Dr. A. ZANOLA, V. Rodi, 1.

Parma: Prof. Dr. F. LASAGNA, Piazzale Cervi, 17 - Prof. Dr. U. TASSI, V. XXII Luglio, 15.

Perugia: Dr. A. BAROLA, V. Fani, 2.

Pistoia: Dr. M. A. CASANUOVA, Via della Madonna, 9.

Pola: Dr. E. MAZZARO.

Roma: Prof. Dr. G. TURTUR, Via XX Settembre, 95 - Dr. S. CIPOLLONI,

V. Cola di Rienzo, 297 - Dr. M. MANCIOLI, P. XXVIII Ottobre (ang. V. Flaminia) - Dr. C. MESSANELLI, V. Tevere, 44.

Siena: Dr. Prof. L. BELLUCCI.

Taranto: Prof. Dr. A. BIASOLI, Via Due Mari, 18 - Dr. V. BATTISTA, Via Cavour, 27 - Dr. V. NATALE, Via Massari, 5.

Torino: Dr. E. BATTAGLIOTTI, Via S. Chiara, 20 - Prof. Dr. C. BRUZZONE, V. Confienza, 15 - Prof. Dr. A. CASSASSA, V. Principe Amedeo, 52 - Prof. Dr. I. DIONISIO, Corso Vinzaglio, 10 - Prof. Dr. G. DIONADEI, V. Marco Polo, 19-bis - Dr. A. FERRERO, Via Goito, 6 - Dr. G. LEALE, Corso Oporto, 5 - Prof. Dr. A. MALAN, Corso Oporto, 40 - Dr. P. T. MANGINI, Via Plana, 11 - Dr. C. MEANO, V. Della Rocca, 6 - Prof. Dr. G. PINAROLI, Corso Vitt. Emanuele, 82 - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI G., V. Principe Amedeo, 29 - Dr. C. VASSIA, V. Santa Chiara, 20.

Trapani: Dr. M. SAMMARTANO, Via Mercè.

Trento: Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma, 37 - Dr. D. MAESTRANI, Via Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEI, V. Oss. Mazzurana, 16.

Trieste: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio, 3 - Dr. Cav. G. MONTINI, Via Cesare Beccaria, 8.

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

Varese: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI, P. M. Grappa, 14.

Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI.

Venezia: Dr. G. BREGANZATO.

Vercelli: Dr. P. PETTERINO, Via Ol doni, 1.

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

<p>Dr. A. RIBOLLA, V. Rosolino Pilo, 12 - Dr. E. TEMPASTINI, V. R. Settimo, 24.</p> <p><b>Parma:</b> Dr. S. ALBERTI, V. Farini, 52.</p> <p><b>Perugia:</b> Prof. Dr. F. BRAJO, Corso Vannucci.</p> <p><b>Foligno:</b> Dr. G. BIONDI.</p> <p><b>Piacenza:</b> D. E. CAVANNA, GOBBI, V. S. Marco, 5 - Dr. U. MISTRALETTI, V. Chiapponi, 87 - Dr. G. PATRIOLI, V. Sopramuro.</p> <p><b>Pisa:</b> Prof. Dr. R. CARRERAS, V. San Lorenzo, 19 - Dr. F. DELLE SEDIE, P. Carrara, 5 - Dr. G. PAOLI, Borgo Stretto, 5 - Dr. S. SESSI, V. Vittorio Emanuele, 4.</p> <p><b>Pola:</b> Dr. F. STOCCO.</p> <p><b>Reggio Calabria:</b> Dr. R. S. RETEZ, C. Vittorio Emanuele.</p> <p><b>Locri:</b> Dr. G. PELLEGRINO.</p> <p><b>Roma:</b> Dr. A. BENEGIANO, V. Salaria, 44 - Prof. Dr. B. DE VECCHIS, Via Cornelio Celso, 1 - Dr. BONCRISTIANI, V. Arenula, 53 - Dr. A. PIERLUIGI, C. Trieste, 141 - Dr. A. ERCOLANI, Largo Magnagrecia, 3.</p> <p><b>Rovigo:</b> Dr. B. BENATTI - Dr. A. BORELLINI.</p> <p><b>Adria:</b> Dr. G. FERROCI - Dr. N. GIORDANI.</p> <p><b>Salerno:</b> Dr. A. CONVERSO, V. Roma, 47.</p> <p><b>Sassari:</b> Dr. A. FENU, Vico'lo Bartolinis - Dr. G. NIEDOU, V. Manno - Dr. R. TOCCO, P. Castello.</p>	<p><b>Savona:</b> Dr. Cav. Uff. G. GASTI, C. Principe Amedeo, 2-5 - Dr. Comm. P. PAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VETRANA, V. Guidobono, 30.</p> <p><b>Siena:</b> Dr. P. MARZANO, V. di Città, 3.</p> <p><b>Sondrio:</b> Dr. L. OTTANI, V. XXVIII Ottobre, 8.</p> <p><b>Taranto:</b> Dr. V. BARBARO, C. Umberto - Dr. F. MONTANARI, P. G. Bruno, 33 - Dr. G. SANTOSTASI - Dr. N. VITANTONIO, C. Umberto.</p> <p><b>Teramo:</b> Dr. G. BIANCO - Dr. A. SACCONI.</p> <p><b>Torino:</b> Dr. G. BUJATTI, C. Vinzaglio, 104 - Prof. Dr. L. CASOTTI, Via Roma, 15, Palazzo I. N. A. - Dr. E. FAVERO, V. Camerada, 10 - Dr. Prof. G. GIORELLI, V. S. Quintino, 18 - Dr. C. MARAZZINA, V. Brandizzo, 3 - Dr. A. TOMMASSINELLI, V. P. Micca, 10 - Dr. V. TOMMASSINELLI, P. Vitt. Veneto, 20.</p> <p><b>Trento:</b> Dr. F. AGOSTINI - Dr. C. LACHMANN, P. Silvio Pellico, 2 - Dr. F. RIGHI, V. Belenzani, 27 - Dr. C. SEPPI, V. Gazzoletti.</p> <p><b>Arco:</b> Dr. E. PERNECHER.</p> <p><b>Levico:</b> Dr. F. CALLIARI.</p> <p><b>Rovereto:</b> Dr. M. SOMMADOSSI - Dr. G. ZANNINI.</p> <p><b>Treviso:</b> Dr. A. BIFFIS, V. F. Filzi, 12.</p> <p><b>Trieste:</b> Dr. L. CHIUMINATTO, V. San Francesco, 20 - Dr. A. FERRAGUTI, V.</p>	<p>Coroneo. 10 - Dr. A. MINAS, V. A. Diaz, 10 - Dr. G. OTTOCHIAN, V. XXX Ottobre, 17 - Dr. B. REBEZ, V. G. Gallina, 2 - Dr. G. ROSANZ, V. San Nicolò, 33.</p> <p><b>Udine:</b> Dr. D. DAMIANI - Dr. E. CLONFERO.</p> <p><b>Tolmezzo:</b> Dr. P. CANDUSIO, P. XX Settembre.</p> <p><b>Varese:</b> Dr. R. BERTOLI, V. Orri-goni, 15 - Dr. C. FRANZI, V. Cavour 30 - Dr. S. GUSCETTI, V. Piave, 2 - Dr. L. MANGARELLI, C. Roma - Dr. G. P. RIVA, V. Cairo, 33 - Dr. V. BARBEDO, V. Magenta, 52.</p> <p><b>Gallarate:</b> Dr. F. OFELLI, - Dr. A. PATARINO.</p> <p><b>Tradate:</b> Dr. L. COOPMANS DE JOLDI.</p> <p><b>Venezia:</b> Dr. A. SERENA, Cannaregio.</p> <p><b>Vercelli:</b> Dr. C. A. POZZOLO, P. Vitt. Emanuele, 2.</p> <p><b>Verona:</b> Dr. G. BRIVIO, V. Marsala - Dr. L. CARAZZA, P. Dante, 8 - Dr. E. FRANCHINI, C. Vitt. Emanuele, 9 - Dr. A. SAGRAMOSO, V. Santa Chiara, 13 - Dr. C. TAPPARINI, Viale N. Bixio, 17.</p> <p><b>Bardolino:</b> Dr. P. PEDUZZI.</p> <p><b>Legnano:</b> Dr. U. BONFANTE.</p> <p><b>Vicenza:</b> Dr. L. CARLE, C. Principe Umberto, 53 - Dr. S. FIORETTI, Via Morette - Dr. L. MARTINELLI, S. Corona.</p> <p><b>Arcignano:</b> Dr. G. VERONESE</p>
---	---	--

## OCULISTI

<p><b>Alessandria:</b> Dr. E. ALTARA, Corso Roma, 3 - Dr. F. DURANDO, V. Nuova Legnano, 5.</p> <p><b>Casale Monferrato:</b> Dr. A. GUASCHINO, V. Mellana, 2.</p> <p><b>Aosta - Ivrèa:</b> Dr. C. GARZINO, Osp. Civile.</p> <p><b>Arezzo:</b> Prof. Dr. FRACASSI, C. Vitt. Emanuele, 223</p> <p><b>Asti:</b> Dr. C. LOVISOLO.</p> <p><b>Bergamo:</b> Prof. Dr. A. BUSACCA, V. Tasso, 4 - Prof. Dr. A. SEGUINI, Via Roma, 8 - Dr. G. ZONCA, V. XX Settembre, 14.</p> <p><b>Bologna:</b> Dr. L. CAPRA, V. Indipendenza, 2 - Prof. Dr. C. MARIOTTI, Via Castiglione, 5 - Dr. G. NARDI, V. Frasinago, 21 - Dr. D. PALMIERI, V. Righi, 34 - Prof. Dr. G. RICCHI, V. San Stefano, 43 - Prof. Dr. X. NAPOLEONE, V. Guerrazzi, 29.</p> <p><b>Bolzano:</b> Prof. Dr. G. MENESTRINA, Osp. Civile - Dr. F. ROSSLER, V. Regina Elena.</p> <p><b>Bressanone:</b> Dr. E. NIEDEREGGER.</p> <p><b>Merano:</b> Dr. C. BAR, Corso Principe Umberto, 34 - Dr. G. KEISER, Corso Principe Umberto, 32.</p> <p><b>Cagliari:</b> Prof. Dr. GALLENGA R., R.</p>	<p>Clinica Oculistica - Prof. Dr. G. MOSSA, V. Pola, 7.</p> <p><b>Iglesias:</b> Dr. B. GARAU, Via Umberto, 12.</p> <p><b>Serr manna:</b> Dr. L. PITTAU.</p> <p><b>Caltanissetta:</b> Prof. Dr. E. CAVALLARO, V. Tuminelli, 2 - Prof. Dr. G. NICOLETTI, V. Tuminelli, 4.</p> <p><b>Campobasso:</b> Dr. N. BARBATO - Comm. Dr. E. GRIMALDI.</p> <p><b>Agnone:</b> Dr. S. SAVASTANO.</p> <p><b>Catania:</b> Prof. Dr. M. DE CRISTOFARO, V. Plebiscito, 280 - Prof. Dr. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.</p> <p><b>Chieti:</b> Prof. Dr. G. COZZOLI, Corso Marruccino, 104.</p> <p><b>Lanciano:</b> Dr. V. SERAFINI.</p> <p><b>Como:</b> Prof. Dr. G. GASPARINI, Via Volta, 30.</p> <p><b>Cuneo - Alba:</b> Dr. G. VARALDI.</p> <p><b>Ferrara:</b> Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, Corso Porta Mare, 11.</p> <p><b>Foggia:</b> Dr. A. ALTAMURA.</p> <p><b>Carlantino:</b> Dr. N. DE SIMONE.</p> <p><b>S. Severo:</b> Dr. G. COLIO.</p> <p><b>Forlì:</b> Dr. P. MARCHINI, C. A. Diaz</p>	<p><b>Imperia:</b> Dr. M. ODISIO, V. G. B-rrio, 9.</p> <p><b>Oneglia:</b> Dr. G. GRIVA.</p> <p><b>Sanremo:</b> Dr. G. GRIVA, V. Vittorio Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, Via Vitt. Emanuele, 8.</p> <p><b>Livorno:</b> Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.</p> <p><b>Mantova:</b> Prof. Dr. D. FERRI, Via Battisti - Prof. Dr. PREVEDI, C. Vitt. Emanuele, 7.</p> <p><b>Messina:</b> Dr. V. LA ROSA, V. Pavia - Prof. Dr. F. SCILICA, V. Cavour, 131 isol. 336.</p> <p><b>Milano:</b> Prof. Dr. A. BUSACCA, Foro Bonaparte, 46.</p> <p><b>Napoli:</b> Dr. F. GALETTI, Riviera di Chiaia, 32.</p> <p><b>Novara:</b> Dr. Prof. G. LADDONI, Ospedale Maggiore, C. Cavour.</p> <p><b>Padova:</b> Dr. L. ZOLDAN, Via Altinate, 69.</p> <p><b>Palermo:</b> Dr. G. BELLINA, V. Celso, 14 - Prof. Dr. A. CUCCO, V. Villafranca, 20 - Prof. Dr. D. D'AMICO, Viale Libertà, 1 - Dr. F. P. DE BONO, Via Di Marzo, 2 - Dr. G. LA PLAGA, Via Garzilli, 24 - Prof. Dr. S. LONGO, C.</p>
--	--	---

Scinà, 941 - Prof. Dr. P. STELLA, P. Castelnuovo, 4.  
 Parma: Prof. Dr. F. CANDIAN, Viale Umberto I.  
 Perugia: Prof. Dr. C. GIANNANTONI, Corso Vannucci, 9.  
 Pola: Dr. M. DE PIERA.  
 Reggio Calabria: Prof. Dr. G. SALVADORI, V. D. Tripepi, 34.  
 Roma: Prof. Dr. D'AMICO, V. Farni, 6 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, Via Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPPELLI, Corso Italia, 33.  
 Salerno: Dr. V. TURCO, C. V. Emanuele, 130.  
 Sassari: Prof. Dr. V. SABA, Via Roma, 14.  
 Taranto: Dr. V. CARDUCCI, V. D' Aquino - Prof. Dr. A. MARICOSI, V. di

Palma - Dr. R. MARINOSCI, V. Regina Elena, 33 - Prof. Dr. E. VILLASEVAGLIOS, V. De Cesare, 1.  
 Torino: Dr. C. CAFFARATTI, Corso Vinzaglio, 5 - Dr. C. CANTÙ, V. Maddama Cristina, 6 - Prof. G. CAPPELLARO, C. Vitt. Emanuele II, 51 - Prof. Dr. A. CORRADO, V. Juvara, 19 - Dr. M. GARZINO, V. Mazzini, 2 - Prof. Dr. F. GRINGNOLO, C. Oporto, 21 - Dr. E. MORINI, V. Carlo Alberto, 18 - Prof. Dr. G. MOSSO, V. Cibrario, 1 - Dr. L. ORSI, Via C. Alberto, 17 - Dr. T. PECCHIO, C. Vittorio Emanuele, 19 - Prof. Dr. S. PICCALOGA, Via XX Settembre, 60 - Prof. Dr. C. PISSARELLO, C. Siccardi, 9-bis - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI, Via Principe Amedeo, 29 - Prof. G. TIRELLI, R. Clinica Oftalmica - Dr. G. TOSO, Via S. Secondo, 15 -

Prof. Dr. O. VALLI, C. Valentino, 11 - Dr. S. VAUDETTI, V. Cernaia, 18 - Prof. Dr. F. VERDERAME, C. Oporto, 31-bis.  
 Trento: Dr. G. GENTILINI, P. Venezia, 2 - Dr. G. GRILLO, V. Santa Maria Maddalena, 21.  
 Trieste: Dr. G. MANZUTTO, Via, Roma, 22.  
 Udine: Prof. Dr. A. ALIQUÒ MAZZEI, V. N. Sauro, 1.  
 Varese: Dr. E. MORETTI, V. Piave, 14.  
 Luino: Dr. R. MARGARITELLA, Viale Umberto I, 18.  
 Venezia: Dr. E. NISTA, Calle P. Angelo, 5314.  
 Vercelli: Dr. L. PAGANI, V. Garibaldi, 20.  
 Vicenza: Dr. C. ANTUZZI, P. Duomo, 4.

## OTORINOLARINGOIATRI

Alessandria: Dr. F. BADINO, Via Trotti, 12 - Dr. A. AJMONE, V. Faà di Bruno, 18 - Dr. L. BORTOLOTTI, V. S. Giacomo della Vittoria, 25.  
 Casale Monferrato: Dr. G. CUASCHINO, V. Mellana, 2.  
 Aosta - Ivrea: Dr. U. MAGGIOROTTI, P. Lamarmora.  
 Aquila: Dr. S. CIPOLLONI, V. S. Marciiano, 31.  
 Ascoli - Fermo: Dr. A. LODOVICI, V. Sapienza, 4.  
 Asti: Dr. A. GENTILE.  
 Bergamo: Dr. I. CALDEROLI, V. XX Settembre, 46 - Dr. G. PALVIS, V. XX Settembre, 7.  
 Bologna: Prof. Dr. A. CANEPELE, Viale XII Giugno, 12 - Dr. G. B. FACCHINI, V. Artieri, 2.  
 Bolzano: Dr. A. BRIANI, V. Duca d'Aosta, 2 - Dr. A. SCHNABL P. Grado, 2.  
 Merano: Dr. M. DIESBACHER, Viale di Maia - Dr. G. NUSSBAUMER, V. Armando Diaz, 13.  
 Cagliari: Dr. A. CANESSA, V. Manno, 5 - Dr. L. LAUDADIO, C. Felice, 28.  
 Iglesias: Dr. A. TORNU, P. Sella.  
 Caltanissetta: Dr. P. RESTIVO, Via Gaetani, 37.  
 Catania: Prof. Dr. GIUFFRIDA, Piazza Cavour, 14.  
 Como: Dr. F. BECCHERLE, V. Volta, 33. Dr. G. TORLASCHI, V. Natta, 7.  
 Cremona: Dr. F. BOCCHI, V. Manina, 8.  
 Cuneo: Prof. Dr. G. DONADEI, Via Gallo, 5.  
 Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5.  
 Ferrara: Dr. A. MANFREDI, V. Borbone, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.

Foggia: - S. Severo: Dr. A. CERVASIO.  
 Forlì: Dr. F. SEGANTI, V. Maldenti, 8.  
 Gorizia: Dr. G. COMEL - Dr. S. RUZZATI.  
 Imperia - Bordighera: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 8.  
 Sanremo: Dr. M. DE MARCHI, V. Vitt. Emanuele, 18.  
 Ventimiglia: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 18.  
 Livorno - Suvereto di Livorno: Dr. L. CHIERICI.  
 Mantova: Dr. FUCCI, V. Carlo Poma, 15 - Dr. L. ZAPPAROLI, C. Vitt. Emanuele, 103.  
 Messina: Dr. C. CAMINITI, V. Garibaldi, 27, isol. 272 - Prof. Dr. G. SALVADORI, V. Colombo, 40 - Dr. V. VALSECCHI, V. U. Bassi, 120.  
 Modena: Gr. Uff. Dr. G. SILLINGARDI, P. Muratori, 31.  
 Napoli: Prof. Dr. E. DI LAURO, Riviera di Chiaia, 84 - Prof. Dr. S. JANNUZZI, V. S. Spirito di Palazzo, 31 - Dr. V. MESOLELLA, V. dei Mille, 59.  
 Padova: Prof. Dr. E. RUBALTELLI, V. Gabelli, 17.  
 Palermo: Prof. Dr. G. ALAGNA, V. Roma, 391 - Dr. F. CAMPO, V. Stabile, 109 - Dr. G. FERRUZZA, V. Lincoln, 96 - Prof. Dr. A. ZANOLA, V. Rodi, 1.  
 Parma: Prof. Dr. F. LASAGNA, Piazzale Cervi, 17 - Prof. Dr. U. TASSI, V. XXII Luglio, 15.  
 Perugia: Dr. A. BAROLA, V. Fani, 2.  
 Pistoia: Dr. M. A. CASANOVA, Via della Madonna, 9.  
 Pola: Dr. E. MAZZARO.  
 Roma: Prof. Dr. G. TURTUR, Via XX Settembre, 95 - Dr. S. CIPOLLONI,

V. Cola di Rienzo, 297 - Dr. M. MANCIOLI, P. XXVIII Ottobre (ang. V. Flaminia) - Dr. C. MESSANELLI, V. Tevere, 44.  
 Siena: Dr. Prof. L. BELLUCCI.  
 Taranto: Prof. Dr. A. BIASOLI, Via Due Mari, 18 - Dr. V. BATTISTA, Via Cavour, 27 - Dr. V. NATALE, Via Marsari, 5.  
 Torino: Dr. E. BATTAGLIOTTI, Via S. Chiara, 20 - Prof. Dr. C. BRUZZONE, V. Confienza, 15 - Prof. Dr. A. CASSASSA, V. Principe Amedeo, 52 - Prof. Dr. I. DIONISIO, Corso Vinzaglio, 10 - Prof. Dr. G. DIONADEI, V. Marco Polo, 19-bis - Dr. A. FERRERO, Via Goito, 6 - Dr. G. LEALE, Corso Oporto, 5 - Prof. Dr. A. MALAN, Corso Oporto, 40 - Dr. P. T. MANCINI, Via Plana, 11 - Dr. C. MEANO, V. Della Rocca, 6 - Prof. Dr. G. PINAROLI, Corso Vitt. Emanuele, 82 - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI G., V. Principe Amedeo, 29 - Dr. C. VASSIA, V. Santa Chiara, 20.  
 Trapani: Dr. M. SAMMARTANO, Via Mercè.  
 Trento: Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma, 37 - Dr. D. MAESTRANI, Via Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEI, V. Oss. Mazzurana, 16.  
 Trieste: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio, 3 - Dr. Cav. G. MONTINI, Via Cesare Beccaria, 8.  
 Udine: Dr. F. PELLIZZO, Via Rivis, 32.  
 Varese: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI, P. M. Giappa, 14.  
 Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI.  
 Venezia: Dr. G. BREGANZATO.  
 Vercelli: Dr. P. PETTERINO, Via Oidoni, 1.  
 Vicenza: Dr. E. BASSO, V. Racchetta, 5 - Dr. A. BOER, V. Carpagnon, 13.

## Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
ABBAZIA (Fiume)	Casa Dr. Howart . . . . .	30 e 50 %	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20 . . . . .	30%
BOLOGNA	Osp. « B. Mussolini » dell' I. N. F. A. I. L. . . . .	20% 1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> cl. 10% 3 <sup>a</sup> cl.		Casa « Berti » . . . . .	30%
	Casa « La Policlinica - Umberto I » . . . . .	30%	NAPOLI	Sanatorio « C. Forlanini » . . . . .	30% diaria L. 20
	« Villa Rosa » - Via Castiglione, 103 . . . . .	30%		Casa Grimaldi e Principe - Piazza Gesù e Maria, 24 . . . . .	30%
	« Villa Verde » - Via S. Mamolo, 45 . . . . .	30%	PALERMO	Clinica Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2 . . . . .	30% 30% retta 20% interventi e ricerche
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi . . . . .	25 e 30%		Casa « Noto » . . . . .	
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - Piazza S. Benedetto . . . . .	30%	PALLANZA (Novara)	« Villa Panorama » (cure Arnaldi) . . . . .	25%
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati . . . . .	30%	PAVIA	Casa Prof. E. Morelli - Piazza XXIV Maggio . . . . .	30%
CATANIA	Istituto Medico del Lavoro - Via De Felice, 37 . . . . .	ass. popolari L. 10 visita annuale	PIACENZA	Casa « Piacenza » . . . . .	20%
CATANZARO	Ist. clin. diagnost. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo . . . . .	30%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi . . . . .	30%
COMO	Ist. radiofog. Prof. G. Galli - Via Volta 46 . . . . .	30%	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi . . . . .	20 e 25%
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia . . . . .	30%	S. SEVERO (Foggia)	Clin. Troiano - V.le Stazione . . . . .	30%
GENOVA	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV . . . . .	ass. popolari L. 10 visita annuale	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. del' e Orfane, 8 . . . . .	40%
	Ist. Inalazioni Dr. B. Oxilia - Via XX Settembre 1-2 . . . . .	30%		Clin. malattie professionali - R. Università . . . . .	ass. popolari L. 11 visita annuale
MESSINA	Ist. terapia fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione . . . . .	30%		Istituto terapia oceanica - Corso Oporto 10 . . . . .	35%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I » . . . . .	10 e 20%	« Villa Maria » - Villa della Regina, 14 . . . . .	30 e 40%	
MILANO	Casa « Villa Porpora » - Via E. Carpi 30 . . . . .	30%	TREVISO	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo . . . . .	30%
			TRIESTE	Casa di Duttogliano . . . . .	20 o 10%

## Cliniche specializzate e case di cura

BARI	Clinica Prof. D'Erchia - Via M. Signorile, 2 (ostetricia e ginecologia) . . . . .	30%	ROMA	Guardia Ostetrica permanente E. Pestalozza . . . . .	50, 30, 20%
CAGLIARI	Casa B. Salvatore (ostetricia e ginecologia) . . . . .	30%		Casa « Immacolata Concezione » (artrite, sciatica e reumatici) - V. Pompeo Magno, 14 . . . . .	50% ambulanza 1 <sup>a</sup> cl. L. 50 retta 2 <sup>a</sup> » » 40 » 3 <sup>a</sup> » » 25 »
ROMA	Clinica Ostetrica Ginecologica R. Università di Roma Cura della sterilità.	A tutte le assicurate visite gratuite giovedì e sabato ore 15	PADOVA	Casa « La Salutare » (località Altichiero) (neurologia) . . . . .	20%
	Osp. S. Galliciano (dermosifilopatia) . . . . .	diaria 30,50	TREVISO	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otorinolaringologia) . . . . .	30%
	Ist. « Regina Elena » (tumori) Clinica Odontoiatrica R. Università . . . . .	» 35 - 20%	MIAZZINA (Novara)	Casa « Eremo » (malattie polmonari) . . . . .	15 e 30%

## Stabilimenti Termali che concedono facilitazioni ai nostri assicurati

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
ABANO TERME (Padova)	Acque clorurate - solo - solfo - calciche a 87° C. - Fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti - Nevriti	Hotèl Trieste e Vittoria: 20% su cure - 10% pensione - Due Torri: 50% visita med. - 25% cure - 20% pensione - Morosini: 18% pensione C. B.
ACQUA SANTA (Ascoli Piceno)	Acque clorurate - sodiche - solfuro termale - Fanghi - Inalazioni.	Artriti cr. - Mal. ricambio, pelle. respiratorie.	25% Grotta sudatoria e fanghi - 50% Bagni.
AGNANO Napoli	Acque solfuree calde, acque solfuree clorurate sodiche calde, acque solfuree ferruginose fredde, acque alcaline solfuro-sodiche, acque alcaline carboniche calde, acque solfate acide, acque ferruginose carboniche calde - Fanghi minerali vulcanici - Stufe secche da 40 a 75° C.	Stitichezza, epatopatie croniche, colecistiti.	A tutti gli assicurati riduzione del 50%, importo diritto di ammissione e 25% importo abbonamenti cure.
BOGNANCO (Novara)	Acque bicarbonate magnesiache radioattive.	Stitichezza - Epatopatie cr. - Colecistiti.	50% su tariffe.
CARAMANICO (Pescara)	Acque solforose . . . .	Artrite - Reumatismo cr - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Pol. ord. e collettive 25% su cure e sulla pensione - Pol. pop. 20% su cure e pensione.
CASTEL S. PIETRO (Bologna)	Acque salso-iodiche, clorurato-sodiche, ferruginose.	Artiti affezioni ginecologiche, respiratorie, linfatismo.	30% sulla tariffa in vigore.
CASTROCARO (Forlì)	Acque salsobromoiodiche . . . .	Artrite - reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio Rinofaringiti.	25% su tariffe (Categ. B).
CHIANCIANO (Siena)	Acque bicarbonato - solfato - calcico - magnesiache. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle bibite e bagni 1ª e 2ª classe (per forme popolari anche 3ª classe)
IVITAVECCHIA (Roma)	Acqua solfato-calceica . . . .	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligometalliche-radioattive.	Diatesi uricemica - Calcolosi renco-vescicale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
LEVICO (Trento)	Acque arsenico ferruginose solforiche. Bagni.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	Pol. ord. e collettive 10% su tariffe.
LIVORNO (Acque della Salute)	Acque iodo-clorurate-sodiche. Bagni, enterocleaner, irrigazioni vaginali, nebulizzazioni secche.	Stitichezza spastica e atonica - Obesità - Disfunzione del fegato.	25% su tariffe.
MONSUMMANO (Pistoia)	Grotte sudorifere da 27.5 a 34° - Bagni, fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	20% su tariffe.
MONTECATINI (Pistoia)	Acque clorurato-sodiche - Fanghi vegeto-minerali - Bagni.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. (Padova)	Acque clorurato-sodiche-solfocalciche a 85° C - Fanghi naturali vulcanici.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Terme preistoriche: 20% 1ª classe - 15% 2ª e 3ª classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
PORRETTA (Bologna)	Acque salsobromoioniche clorurate sodiche-solfuree.	Stitichezze - Epatopatie cr. - colecistiti.	50% ingressi stabilimenti - 25% sulle cure.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura.	Facilitazioni concesse
POZZUOLI (Terme puteolane)	Acque clorurato-bicarbonato-sodiche - Fanghi radioattivi.	Reumatismi e artriti scrofolosi - Mal. ricambio - Postumi di fratture.	25% sulle tariffe.
RECOARO (Vicenza)	Acque ferruginose e carbonatiche.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatisimo.	25% sulle tariffe.
SALSOMAGGIORE (Parma)	Acque salsobromoiodiche.	Artritisimo e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Assic. ord. e coll. - 20% sulle tariffe, sconti dagli alberghi <i>Porro e Valentini</i> .
S. CASCIANO B. (Siena)	Acque solfato - calcico - carboniche, da 30 a 45° C. - Fanghi vegeto-minerali caldi	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1ª classe - 50% su tariffe 2ª classe.
S. PELLEGRINO (Bergamo)	Acque bicarbonato odico calcico-magnesiache a 22° C.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
S. CESAREA (Lecce)	Acqua solfocarbonato calcica a 33° C. - Fanghi veg. min.	Artritisimi e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. ord. e coll. - 25% sulle tariffe.
SARDARA (Cagliari)	Acqua bicarbonato sodica a 50° - 58° - 68° C.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
SCIACCA (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiaca.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20% sulle tariffe.
SCRAGO EQUENSE (Napoli)	Acqua salino sulfurea.	Artritisimo e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	25% - 20% - 15% sulle tariffe.
TERMINI IMERESE (Palerm.)	Acque clorurato-sodiche-termali-radioattive.	Reumatismo - Artritisimo cr. - Nevralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.
TRESCORE BALNEARIO (Bergamo)	Acqua clorurata sodico calcica - Bagni.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe e 50% su tasse di ammissione.

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

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

### Isole italiane dell'Egeo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Estero

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

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

# L' Istituto Nazionale delle Assicurazioni e il costo dell'assicurazione sulla vita

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni assolve il suo compito fondamentale — di diffondere la previdenza assicurativa in mezzo al popolo italiano — valendosi di tutti i mezzi più efficaci: fra essi sta in prima linea la riduzione del costo dell'assicurazione sulla vita per gli assicurati. Tale obiettivo di evidente importanza è raggiunto dall'Istituto Nazionale con la partecipazione dei suoi assicurati agli ingenti utili annui che l'azienda realizza colla sua oculata e rigida amministrazione.

Dal 1930 (primo anno di ripartizione) alla chiusura dell'esercizio 1938 il grande Ente di Stato ha già assegnato ai suoi assicurati la cospicua somma di oltre

**L. 192 milioni**

a titolo di partecipazione agli utili dell'azienda.

Nei primi sei anni di ripartizione gli utili vennero accumulati per andare in aumento dei capitali delle singole polizze, ma successivamente e cioè per i contratti ordinari a premio annuo stipulati dal 1° luglio 1936, gli utili sono stati liquidati annualmente; **il che si risolve in una vera e immediata diminuzione dei premi stessi.**

Per il 1938, come per l'anno precedente, è stata assegnata agli assicurati dal 1936 in poi, una ripartizione pari al

**6 per cento del premio annuo**

e tutto fa ritenere che tale quota non diminuirà negli anni venturi; così che noi possiamo — a maggior chiarimento di quanto sopra si è detto — prenderla per base di un

## Esempio pratico

Un padre di famiglia di anni 30 si assicura nella forma « Mista » a premio annuo, per la somma di L. **100.000** con un contratto della durata di anni 25. Dovrà pagare un premio annuale di L. 3.350 e quindi la sua assicurazione, al termine dei 25 anni gli sarà venuta a costare L. 83.750 (L. 3.350 per 25) senza tener conto degli interessi. Senonchè con la partecipazione agli utili concessa dall'Istituto e che si può considerare costante nella misura del 6 %, il conteggio risulta ben diverso. Infatti, nel caso contemplato, il premio annuo da L. 3.350 si riduce a L. 3.149 e quindi il costo dell'assicurazione da L. 83.750 a L. **78.725** (L. 3.149 per 25). Il che vuol dire che, in virtù della partecipazione agli utili, il citato padre di famiglia avrà alla fine risparmiato ben L. **5.025**.

L'esempio è così eloquente nelle sue cifre, che non esige ulteriori illustrazioni. Basta da per sè a dimostrare di quale valore sia il dono (che tale si può chiamare) fatto dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ai suoi assicurati.



Corporate Heritage  
& Historical Archive