

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IX
Numero 3
15 Giugno
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

CONTINUA L'EMISSIONE DELLE POLIZZE DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI ABBINATE AI BUONI NOVENNALI DEL TESORO 1949

I cospicui premi riservati agli assicurati

La sottoscrizione ai Buoni Novennali del Tesoro 5%, 1949 si è chiusa — con brillanti risultati — il 26 febbraio u. s. Molti cittadini non hanno potuto per ragioni varie, il più delle volte indipendenti dalla loro volontà, partecipare, nei termini e nelle forme stabiliti dalla Legge 4 febbraio 1940-XVIII, a questa grande e patriottica operazione finanziaria.

Non devono impensierirsi, perchè le loro adesioni possono essere ancora raccolte dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni col mezzo di due speciali polizze: l'una *ordinaria* e l'altra *popolare*.

Ecco le caratteristiche di tali polizze:

POLIZZA ORDINARIA

- 1° l'assicurando deve sottoporsi a visita medica, a meno che il capitale della polizza sia limitato a L. 15.000;
- 2° la polizza ha la durata di otto anni e quindi le quote-premio dovute dall'assicurato sono otto, da pagarsi annualmente;
- 3° alla polizza saranno collegati dall'Istituto tanti Buoni del Tesoro Novennali 5%, 1949 a premi, corrispondenti ciascuno al valore nominale di L. 500, fino a concorrenza del capitale assicurato: i numeri di ciascun Buono saranno iscritti nella polizza, in modo che ogni assicurato potrà seguire le estrazioni e sapere subito se è vincitore di un premio;
- 4° qualora i Buoni sottoscritti con la polizza vengano sorteggiati nelle estrazioni periodiche dei premi dovuti dallo Stato, i premi stessi saranno versati al contraente;
- 5° in caso di morte dell'assicurato prima del termine contrattuale, l'intero capitale sottoscritto sarà immediatamente pagato a chi di diritto in Buoni del Tesoro Novennali 5%, 1949: e cessa l'obbligo di versamento dei premi.

POLIZZA POPOLARE

- 1° l'assicurando non deve sottoporsi a visita medica;
- 2° la polizza, che è a taglio unico di L. 500, ha la durata di otto anni e i premi sono da corrispondersi trimestralmente durante questo periodo, quindi in *trentadue rate*;
- 3° alla polizza sarà assegnato dall'Istituto un Buono del Tesoro Novennale 5%, 1949 a premi corrispondente al valore nominale di L. 500;
- 4° se il Buono sottoscritto con la polizza sarà sorteggiato nelle estrazioni periodiche dei premi dovuti dallo Stato, il premio stesso sarà versato al contraente;
- 5° in caso di morte dell'assicurato prima del termine del contratto l'intero capitale sottoscritto sarà immediatamente versato a chi di diritto in Buoni del Tesoro Novennali 5%, 1949: e cessa l'obbligo di pagamento dei premi.

Ispirandosi ai nobili principi della collaborazione fascista, alcuni datori di lavoro hanno voluto che tutti i loro dipendenti figurassero fra i partecipanti alla nuova grande gara del risparmio nazionale, ed a tale scopo hanno scelto la forma previdenziale, offrendo spontaneamente il più largo contributo finanziario. Segnaliamo

A TITOLO D'ONORE

la Ditta « Gestione G. Grani & C. » di Roma, che ha deliberato di assegnare ad ogni suo dipendente — quale premio di lavoro — una polizza popolare da L. 500 abbinata, come sopra descritto, alla sottoscrizione dei Buoni Novennali del Tesoro 5%, 1949, impegnandosi a pagare fino a scadenza i premi dovuti all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni;

lo Stabilimento d'Arti Grafiche Salomone, che si assume il pagamento delle prime due trimestralità di premio;

la Soc. An. Magazzini allo Statuto, che si assume il pagamento della prima trimestralità di premio, impegnandosi a trattenere ai propri dipendenti l'importo della sottoscrizione fatta;

lo Stabilimento Tipografico Staderini, che si assume il pagamento della prima trimestralità di premio.

Altre Aziende stanno per seguire questi nobili esempi, e noi non mancheremo di segnalarle al pubblico.

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

- | | |
|---|---|
| <p>1. Consigli agli assicurati:</p> <p>a) Dott. DI LILLO, Ci si può pre-munire contro i tumori? . . 106</p> <p>b) Dott. CONFORTO, Osservate la vostra minzione 109</p> <p>c) Rassegna di articoli d'igiene . 111</p> <p>2. Notiziario 113</p> <p>3. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. FIANDACA, Le proprietà biochimiche del sangue in rapporto all'età biologica . . . 115</p> <p>b) Dott. BIASIOTTI, Valore prognostico della ipercolesterolemia 123</p> <p>4. Medicina legale delle A. V.:</p> <p>Dott. STARNA, Il trauma remoto (continuazione e fine) 131</p> | <p>5. Dalle riviste che riceviamo in cambio 139</p> <p>6. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. RICCIOTTI, Valore diagnostico e prognostico dell'ombra dell'ilo polmonare in medicina . . 146</p> <p>7. Varie:</p> <p>La medicina preventiva 149</p> <p>8. Dai Libri e dai Periodici . . . 151</p> <p>9. Pubblicazioni ricevute 154</p> <p>10. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 156</p> <p>11. Provvidenze Sanitarie a favore degli Assicurati dell'INA I-VIII</p> |
|---|---|

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

Ci si può premunire contro i tumori maligni?

La risposta che a tutta prima sembrerebbe non poter essere che negativa (è per questo che non senza una certa esitazione ci siamo accinti a redigere queste brevi note) dato che la genesi dei neoplasmi rimane tuttora avvolta nel più oscuro mistero, diviene meno sconcertante se ci fermiamo ad esaminare più attentamente e più a fondo questo problema che da secoli tormenta la mente degli scienziati e tiene assillata la umanità.

Se si tien conto, infatti, di tutto un complesso di constatazioni, di osservazioni cliniche e di esperienze ormai acquisite alla scienza — pur fra i dubbi e le incertezze che ancora sussistono intorno a questa malefica sfinge — ci è dato concludere che se non è coscienzioso parlare di efficace azione profilattica nemmeno è esatto affermare che nulla è possibile fare per prevenire l'insorgenza dei tumori maligni o per lo meno di una parte di essi. Ciò trova forse la sua giustificazione in quella sorta di agnosticismo o di fatalismo cieco che spesso si constata tra noi e che lungi dal farci guardare in volto il pericolo per conoscerlo e cercare di prevenirlo, il che vuol dire molte volte evitarlo, ci fa torcere da esso lo sguardo spingendoci ciecamente verso la rovina.

Toccheremo del vasto e complesso problema — che tanta importanza riveste dal punto di vista umanitario, sociale ed economico oltrechè scientifico — solo quei punti che speciale importanza hanno in relazione alla nostra tesi. Così non ci occuperemo della diffusione dei

tumori maligni nè della loro... allarmante tendenza ad aumentare.

Maggiore importanza ha per noi ai fini della prevenzione lo studio delle cause generali e locali che si sono invocate per spiegare la comparsa dei tumori.

Fra le cause generali ricorderemo la eredità. Questione vecchia ma tuttora molto dibattuta, nonostante gli studi sperimentali veramente suggestivi (sono stati accoppiati, ad esempio, per 55 generazioni di seguito, i discendenti di una topina portatrice di cancro spontaneo della mammella, accoppiata con un topo della stessa nidiata, fino ad aversi un ceppo di topi dei quali ogni femmina della linea diretta presentava tumore della mammella) e rigorosi studi statistici condotti su questo argomento (secondo la maggior parte degli AA. l'eredità può essere considerata come probabile nel 15 % dei casi) merita di essere tenuta presente specie se messa in relazione ad una speciale diatesi detta neoplastica che sembrerebbe, a sua volta, connessa con l'artrite.

Che taluni tumori benigni (angiomi, encondromi, esostosi osteogeniche) più prossimi ai difetti o anomalie di sviluppo che ai tumori veri e propri siano ereditari non v'ha dubbio; priva di un serio fondamento scientifico o per lo meno poco dimostrabile appare invece l'eredità dei veri tumori maligni (epiteliomi atipici).

Gli esperimenti condotti su animali, per quanto dimostrativi, vanno interpretati con cautela, in quanto non sono del tutto applicabili alla specie umana.

Così per riportarci al caso sopracitato dei topi, osserveremo innanzi tutto che i tumori comparivano sempre nella stessa sede (mammella) e contrariamente a quello che avviene nella umana società ove gl'incroci fra consanguinei sono tutt'altro che la regola, gli accoppiamenti avvenivano tra fratello e sorella allo scopo di ottenere una intensa omogenizzazione del patrimonio ereditario.

In definitiva, restando la questione della eredità dei neoplasmii tuttora insoluta, è bene prendere con grandi cautele le varie opinioni di coloro che vi credono e degli scettici e in attesa che maggiore luce venga fatta sull'argomento — cui spetta a parer nostro importanza non trascurabile nella lotta contro il cancro — riteniamo di poter concludere affermando che sono da sconsigliare i matrimoni fra soggetti aventi entrambi antecedenti familiari cancerosi.

Tra le cause locali predisponenti allo sviluppo dei tumori si è insistito molto sui traumi. E' bene dire subito che a noi più che il trauma unico, violento, interessa prendere in considerazione il trauma multiplo, lieve, ripetuto, il quale ha certamente — come numerosi studi sperimentali, statistici e rilievi clinici hanno dimostrato — un'influenza non trascurabile nella genesi dei tumori. Sono a tutti, infatti, noti esempi di cancri e sarcomi insorti in sedi ove a lungo agì un'irritazione meccanica. Non è qui il caso di indagare se il trauma agisca determinando perturbazioni o dislocazioni di cellule o sopprimendo momenti inibitori od equilibratori di natura chimica o meccanica, ovvero ancora favorendo lo sviluppo di una neoplasia in potenza con lo stimolare energie proliferative latenti di germi embrionali aberranti che si trovavano « in sito ». Ciò che a noi interessa sapere — per il fine propostoci — è che le irritazioni di natura meccanica come quelle determinate, ad esempio, da

denti aguzzi, rotti, cariati, dentiere difettose, ecc., a lungo ripetute, possono condurre ad una proliferazione blastomatosa. Donde la necessità di provvedere tempestivamente ad eliminare dette irritazioni meccaniche, arrotondando il margine tagliente del dente, rimuovendo un apparecchio di protesi non ben confezionato o non applicato ad arte, procedendo eventualmente alla estrazione del dente, ecc.

Altrettanto evidente è l'influenza che possono esercitare sullo sviluppo dei tumori i processi flogistici cronici. Ciò spiega l'aforismo espresso in base a centinaia di osservazioni cliniche da un grande chirurgo, il BILLROTH, che « senza infiammazione cronica il cancro non esiste ». Non è raro infatti lo sviluppo di un epiteloma da un gruppo di cellule che per un periodo più o meno lungo di tempo furono sottoposte ad un processo irritativo cronico.

La leucoplasia della mucosa della lingua è un'affezione consistente in una proliferazione degli strati sia superficiali che profondi dell'epitelio e che si manifesta con macchie o striscie biancastre, alquanto rilevate, sulla mucosa della guancia e più di frequente sulla lingua, per azione del fumo, dell'alcool, di bevande o cibi troppo caldi o fortemente piccanti. I numerosi insulti di varia natura (termici, chimici, ecc.) ai quali la mucosa orale è esposta durante tutta la vita forniscono la base per tale forma morbosa. Ebbene sul fondo di una leucoplasia linguale (la quale può a volte essere anche di natura luetica!) può svilupparsi un carcinoma.

Possibile è anche l'impiantarsi di un processo neoplastico su un tramite fistoloso da lesione ossea, su un catarro gastrico cronico (mantenuto da abuso di alcool, acquavite, birra, spezie, caffè, tabacco, ecc.), sui bordi di un'ulcera gastrica di vecchia data, su un processo di

mastite cronica cistica, su una dermatosi (discheratosi), d'aspetto eczematoide, localizzata al capezzolo e areola di una delle mammelle (malattia di Paget), su una gomma luetica ulcerata.

Anche le ulcerazioni (quasi sempre infette) da decubito che si riscontrano talora in corrispondenza della vagina di donne portatrici di pessari o in caso di prolasso della vagina stessa, e le erosioni infiammatorie della portio vaginalis possono costituire la base per infiltrazioni neoplastiche.

La profilassi e la cura dei vari processi flogistici cronici poc'anzi menzionati — che possono rappresentare come abbiamo visto uno stimolo carcinogeno — costituiscono la migliore prevenzione dei tumori. Non è possibile dare norme o linee direttive generali di cura in quanto le indicazioni sono dettate dalle particolarità del singolo caso e solo il sanitario che abbia direttamente e minutamente esaminato il soggetto — valutando con scienza e coscienza tutti gli elementi a sua disposizione (comprese le condizioni sociali del malato le quali rappresentano un fattore importante per la decisione da prendere, non potendosi non tener conto degli oneri di cure lunghe e sovente dispendiose) — è in grado di istituire il trattamento terapeutico più adeguato, ricorrendo a volte a particolarità tecniche e a provvedimenti di occasione.

Per la profilassi valgono le norme generali di igiene, dietetica, fisica, personale e dell'ambiente di vita e di lavoro che contribuiscono al mantenimento del nostro stato di sanità e di benessere.

Non minore importanza hanno gli stimoli di natura fisica e chimica nella genesi dei tumori maligni.

Basti ricordare le lesioni da raggi Roentgen. Più che le forme acute che di solito si verificano in seguito ad applicazioni terapeutiche non ben dosate di

raggi X, per noi hanno importanza le forme croniche di radiodermiti, quali si verificano nei radiologi, anche il radium, sebbene più raramente, può determinare lesioni su cui il carcinoma può insidiosamente affondare le sue radici.

Fra le sostanze ad azione cancerogena, inoltre, particolare menzione meritano gli agenti chimici. Tipici esempi si hanno nei tumori professionali, per esempio, nei lavoratori del catrame, della paraffina, di certi petroli, dei colori di anilina (cancro della vescica), in quelli che maneggiano il cobalto, l'arsenico o inalano pulviscolo contenente particelle di quest'ultimo prodotto, nei tessitori di cotone, negli spazzacamini (cancro dello scroto), ecc.

Le norme per la prevenzione dei tumori professionali si identificano con quelle di igiene industriale. Ricorderemo ad ogni modo alcune norme igieniche d'indole generale quali l'abbondante aereazione degli ambienti di lavoro, la aspirazione delle polveri in prossimità del materiale di lavoro, l'uso di maschere contro le polveri, di guanti, lenti, ed abiti speciali, larga dotazione di lavabi e bagni, istituzione di turni di lavoro, istruzione degli operai sul pericolo della lavorazione, visite periodiche agli operai allo scopo di poter tempestivamente sottrarre all'ulteriore azione della sostanza irritante coloro nei quali si siano già manifestate lesioni precancerose (dermiti, zone di atrofia o di pigmentazione, ipercheratosi, ecc.).

Il cancro del labbro inferiore è stato osservato nei fumatori (gli uomini vengono colpiti 20 volte più spesso delle donne) che fanno uso di corte pipe di gesso (stimolo termico oltrechè chimico).

Da quando ai biologi ed ai patologi si sono associati nella lotta contro il cancro i chimici, il campo delle ricerche sull'irritazione chimica quale causa dei tu-

mori, si è in verità notevolmente allargato. Intendiamo riferirci alla struttura molecolare di alcune sostanze di grande importanza biologica, quali la colesterina, certi acidi biliari, la vitamina D, la follicolina, ecc., struttura che è stata trovata identica a quella di altre sostanze come il benzopirene, il metilcolantrene, ecc. che entrano nella composizione del catrame. Orbene fra queste sostanze esiste non solo affinità di struttura chimica ma anche di azione biologica. Sia le une che le altre hanno infatti proprietà carcinogenetiche.

Ricorderemo, infine, per la loro tendenza a degenerare, alcune malformazioni congenite, quali i nei pigmentati, conosciuti comunemente col nome di grani di bellezza e come tali considerati specialmente dal gentil sesso. L'interesse medico dei nei è invece legato alla possibile loro evoluzione — per fortuna rara — in neoplasie maligne: sarcomi melanotici o, più frequentemente, nevo-carcinomi melanotici, oltremodo maligni. Dal punto di vista pratico diremo che in caso di neo unico si può anche consi-

gliarne l'asportazione, la quale diviene necessaria ed urgente ove si manifesti una certa tendenza all'accrescimento; in caso di nei multipli — il che non è raro a verificarsi — è preferibile limitarsi a considerarli, seguendo un antico precetto, come dei « noli me tangere » e pertanto sarà bene evitare che stimoli di qualsiasi natura, traumatici (per opera del colletto o di una cintura, ad esempio), fisici o chimici agiscano sopra di essi, potendone risvegliare la sopita tendenza a degenerare e rapidamente accrescersi.

Scopo di questa breve nota è stato quello di far sì che ciascuno, consapevole della pericolosità di alcuni stati morbosi (lesioni precancerose), possa sorvegliare ed osservare se stesso con intelligenza e metodo per poter eventualmente su di essi richiamare in tempo utile l'attenzione del medico al quale soltanto spetta di mettere in opera le risorse scientifiche più adatte per « arrivare prima del cancro » e salvaguardare la salute che è il patrimonio più prezioso così per il singolo come per la collettività.

Dott. ALBERTO DI LILLO

Osservate la vostra minzione!

Tao, filosofo cinese, interrogato di che cosa gli uomini si curano di meno, rispose francamente: di se stessi.

Riportata ai nostri tempi una tale asserzione, dovremmo aggiungere che nel secolo della velocità e della radio, gli uomini sono talmente assorti nella complessa vita quotidiana, che non solo trascurano di osservarsi, ma fanno di tutto per rovinarsi con tossicomanie e patemi d'animo. Basterebbe, per prevenire una parte dei nostri mali, che ci curassimo un poco più dei fenomeni corporali che eventualmente presentiamo. La digestione, la respirazione, la motilità e anche,

come tutte le altre funzioni, la minzione, hanno bisogno di essere seguite, studiate, e eventualmente curate. La minzione per esempio, è negli uomini una delle funzioni che più facilmente si può alterare per molteplici cause, la cui esposizione potrebbe occupare un trattato; ma è meglio, per non tediare il lettore, di limitarsi a esporne alcune più comuni ed interessanti. Il carattere predominante delle alterazioni di questa importante funzione, è il modo subdolo, progressivo, col quale le affezioni a suo carico insorgono; cosicchè chi non ne segue il comportamento può repentinamente trovar-

si innanzi all'irreparabile, rischiando allora di dovere applicare il noto adagio: « a mali estremi, estremi rimedi », ciò che praticamente significa rimettersi nelle mani certamente provvide, ma poco gradite del chirurgo. Meglio invece è, senza dubbio, di provvedere appena si notano alcune modificazioni della funzione stessa, specialmente se all'attivo si ha nell'anamnesi qualche malattia, come la blenorragia, che direttamente interessa il canale urinario (uretra). Anzi, se veramente vogliamo applicare le norme della medicina preventiva, si dovrebbero praticare, sempre per consiglio del medico, che ne deve scegliere l'epoca adatta, le dilatazioni preventive dell'uretra, in quanto una volta sofferta la blenorragia, si corre sempre il rischio di vedere insorgere nella media o tarda età i restringimenti uretrali.

Ma purtroppo questi uomini « bonae voluntatis » sono molto pochi, i più invece ritengono che la blenorragia sia un male sul quale si può sorpassare ad occhi chiusi, senza imbarazzare la memoria con inutili pensieri di ulteriori cure. Ma viene il giorno che la minzione attrae l'attenzione del paziente, perchè senza dare un gran fastidio, mostra certi segni che meritano di essere elencati. Uno dei più precoci è il notare che il getto dell'urina si attorciglia, si biforca, si interrompe e descrive non più una ben marcata parabola ma diviene quasi verticale, senza forza e assottigliato nel volume. Quando poi la minzione si crede finita, non lo è di fatto, rimane ancora una certa quantità di urina che viene giù senza forza di propulsione, a goccia a goccia. Il paziente è nell'impossibilità di impedire che questo residuo si comporti in questo modo, pur facendo agire i propri sfinteri e i muscoli preposti all'urina.

Che mai è avvenuto nell'uretra? Il fenomeno è facile a comprendersi: il lu-

me dell'uretra non è più dilatabile al passaggio dell'urina, come era prima di aver sofferto la blenorragia. Nel tratto dove si era installato il focolaio di questa malattia si è formato un esito cicatriziale, a forma cilindrica o di briglia, che modifica sia la direzione che il lume del canale, che in quel tratto, avendo perduto ogni elasticità, non è in grado di espellere l'urina. Questo ostacolo al libero deflusso diviene sempre più notevole con l'andare degli anni e l'urina stagnandovi al monte viene a formare focolai d'inflammazione cronica, che rendono l'urina torbida, e portano poi il contagio alla vescica e al rene. Senza dire che per la stessa ragione può aver luogo lo spasmo dell'uretra, ciò che consiste nel fatto che le pareti del canale uretrale, fortemente infiammate, collabiscono e non lasciano passare temporaneamente l'urina.

Certo qualcuno dei lettori avrà sentito parlare di qualche conoscente portato di urgenza all'ospedale perchè non poteva più urinare; ma in questo caso, oltre il restringimento uretrale, il fenomeno può essere provocato da un'altra malattia: l'ipertrofia prostatica. Questa affezione che è propria dei vecchi, per quanto raramente si possa anche verificare negli uomini di media età, non è dovuta a malattie sessuali, ma a cause diverse tuttora non ben definite; inoltre ha un comportamento dissimile di quello dei restringimenti uretrali: non si hanno modificazioni del getto, che può essere normale, il malato avverte un peso all'ano, uno stimolo frequente di urinare, specialmente di notte e un impedimento a mingere che deve superare con lo sforzo specialmente all'inizio; una volta vinto questo momento la minzione continua normale. Anche il ristretto prima di urinare deve attendere facendo uno sforzo per far passare le urine attraverso il canale uretrale, ma il suo ostacolo è per-

manente e anche lo sforzo quindi dura per tutto il periodo della emissione dell'urina. Al prostatico, dopo libazioni o atti sessuali, di notte, può venire di sentire uno stimolo insistente di dover urinare e tentare l'atto senza riuscirvi o magari emettendo poche gocce, al ristretto ciò accade quasi sempre di giorno, dopo cause occasionali disparate (bicicletta, eccessi nel bere o nel mangiare, lunghe passeggiate, ecc.). Questo diverso comportamento si deve alle due cause ben dissimili che provocano detti fenomeni. Della causa dei restringimenti ne abbiamo accennato, mentre per la ipertrofia prostatica dobbiamo ancora dire che essa è dovuta all'ingrossamento, talvolta temporaneo, di una glandola: la prostata, che essendo posta posteriormente e in parte lateralmente al canale uretrale, ingrossandosi lo restringe, fino ad occluderlo. In ambo i casi le urine si fanno torbide, fetide, urenti special-

mente nell'ipertrofia prostatica, che comporta anche un aumento della quantità delle urine e una consecutiva sete che ricorda quella del diabete di cui può anche essere un segno.

Ma io non voglio, o lettori, frastornarvi il cervello con tutte queste cognizioni che vi possono essere utili solo per richiamare la vostra attenzione nell'osservare la minzione; non essendo mia pretesa che voi diveniate degli esperti in materia. A me basta che ricorriate subito al medico se eventualmente avrete occasione di constatare uno dei segni che vi ho accennato, e più precocemente farete ciò tanto meglio agirete nei riguardi delle vostre famiglie e dell'istituto che vi ha assicurato, in quanto le conseguenze di una eventuale vostra trascuratezza possono essere veramente deplorevoli per la vostra salute.

Dott. CORRADO CONFORTO

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Viva Cien Años, Vol. 8°, n. 8, gennaio 1940, Buenos Ayres.

ARGIBAY, *Come s'insegna a fare la madre.*

L'A. dopo avere esposto come la funzione base della donna nella società sia la maternità parla dell'Istituto di maternità di Buenos Ayres e dei compiti che esso svolge perchè si riesca una buona madre.

G.

WOOD, *L'uomo nell'acqua.*

L'A. mette in rilievo i grandi benefici igienici dei bagni ed espone le pratiche per bene praticarli, dando utile insegnamento per quanto riguarda l'immersione, il moto e la buona respirazione.

MONDOLFO, *Quale disinfettante bisogna adoperare?*

L'A. basandosi sulla natura chimica delle sostanze disinfettanti acida e alcalina, sulla proprietà o meno di sviluppare ossigeno, mette in rilievo il meccanismo di azione del sublimato, dello iodio e dell'alcool quando vengono a con-

tatto dei nostri tessuti. Non dimentica l'A. di ricordare che una buona misura quasi imprescindibile, quando si sono toccati oggetti infetti, è quella di una abbondante insaponatura con un sapone disinfettante seguita da spazzolatura e da un'abbondante lavaggio sotto il rubinetto d'acqua.

JORDAN, *Come adoperare il freddo per la conservazione degli alimenti.*

Dopo aver rilevato come una gran parte della decomposizione degli alimenti, per cui si rendono inadatti ed anche pericolosi all'alimentazione, va dovuta al calore che favorisce la vita e lo sviluppo della più svariata flora batterica l'A. fa rilevare la speciale azione del freddo, che, se non uccide i germi ne arresta sicuramente la vitalità.

Idem, N. 9, 1940, Buenos Ayres.

BELLINOTTO, *Perchè nonostante le cure i denti vanno soggetti alla carie?*

Parrebbe dalla domanda che si volesse mettere in dubbio l'efficacia della buona igiene della

bocca. Invece non è così. Le malattie dei denti sono dipendenti da cause diverse; spesso da uno stato ereditario costituzionale, impianto anormale dei denti, la formazione di speciali sostanze acide nella bocca, che attaccano lo smalto e favoriscono la penetrazione dei germi infettivi. L'igiene della bocca riesce a conservare i denti per un tempo che è relativo alla loro resistenza costituzionale e certamente ne prolunga la loro conservazione per un periodo che può considerarsi quasi doppio di quello che sarebbe avvenuto in mancanza di cura igienica.

G.

Idem, n. 10, 1940, Buenos Ayres.

ALBORNOZ, *La cura di frutta.*

L'A. ricorda l'azione disintossicante delle frutta, che per i loro principi attivi agiscono a combattere le più svariate malattie, come l'uricemia, la calcolosi renale, l'obesità, l'avitaminosi ed esalta le virtù medicatrici dei limoni, delle banane, dell'uva, dando opportuni consigli per una cura razionale.

G.

PERRUSI, *Perchè si invecchia?*

Tra le molte teorie che sono state emesse, l'A. ricorda l'importanza che si deve a quella sclerogena con tutti i disturbi che vengono a colpire l'apparato cardio vascolare. Ma una importanza quasi maggiore, l'A. attribuisce al decadimento delle glandole interne endocrine con cui spiega i successi ottenuti con la cura Voronoff. L'A. raccomanda una vita equilibrata e normale e richiama l'attenzione sulla necessità di procedere, di tempo in tempo, alla revisione del proprio organismo con opportuni esami di urine, di sangue e degli organi interni.

G.

Idem, n. 11, 1940.

L'ipertensione arteriosa e le sue complicazioni.

L'A. dopo aver descritto i caratteri clinici della ipertensione e i metodi di esame in uso per accertarla e misurarla, s'intrattiene sulle complicazioni che spesso l'accompagnano, come l'insufficienza cardiaca e renale che danno luogo a facile stanchezza, a ritenzione d'urea nel sangue che può andare da 0,30 sino a 2 gr. per mille e più, con i fenomeni dell'avvelenamento uremico. Gli ipertesi debbono attenersi ad una vita sobria e tranquilla evitando tutto ciò che può eccitare il sistema nervoso ed osservare una dietetica ridotta e sana.

G.

Vita Ratgeber, Aprile 1940.

Il battito delle ciglia come cronometro del pericolo.

Il traffico stradale di veicoli e di pedoni dimostra sempre più come in un attimo possano avvenire le più gravi disgrazie. Occorre pertanto un certo allenamento all'agitato traffico che si svolge specialmente nelle città affollate per poter regolare i movimenti anche in rapporto al tempuscolo allo scopo di evitare disgrazie.

Il cuore in alta montagna.

L'alta montagna mentre è controindicata ai cardiopatici con lesioni organiche, si può invece utilmente consigliare per la sua tranquillità e per gli incantevoli panorami ai soggetti con disturbi cardiaci di natura funzionale.

Igiene della stanza da bagno.

E' nella stanza da bagno che avvengono più frequentemente disgrazie, ustioni, soffocamenti, slogature per cadute. Occorre evitare di toccare con le mani bagnate strumenti elettrici, interruttori, stufe. Il bagno va preso a distanza dei pasti, almeno un'ora e mezzo dopo. La sua temperatura non si deve scostare molto dai 37 gradi, e la sua durata varia a seconda delle diverse influenze subiettive. I bambini debbono essere sempre sorvegliati nel bagno.

Alimento e vita, Fasc. V, 1940, Sofia.

MARCOFF, *Storia del latte fermentato - L'alimentazione dei bambini nell'età prescolare - L'alimentazione dei malati di ulcera gastrica - L'importanza del cibo nell'alimentazione - Limoni ed aranci - Cura dell'ossaluria e della fosfaturia.*

Idem, 6 luglio 1940. Sofia.

BURICOFF. *Norme per l'alimentazione - Conservazione della Vitamina C nelle preparazioni di cucina - L'alimentazione dei malati di cancro.*

Buona salute, n. 15, 1940, Sofia.

PRIMAVERA, *Ghiottonerie nelle feste - L'alimento del bambino - Per l'educazione - Il tabacco e la salute dell'uomo - I pericoli delle zanzare.*

Idem, n. 16, 1940, Sofia.

Bisogna utilizzare l'estate per la salute - Cura elioterapica - Bagni di sole - Come curare i bambini nell'estate - L'antialcoolismo.

Notiziario

Nel momento di andare in macchina abbiamo ascoltato dalla vibrante voce del DUCE che l'Italia Proletaria e Fascista è per la terza volta in piedi a difendere i suoi sacrosanti diritti sui mari e sulle terre d'Europa e d'Africa a fianco dell'alleata Germania.

Mentre le nostre più segrete speranze si fanno realtà nell'avvenire di una Patria immortale e finalmente libera, inviamo a tanti colleghi Medici Fiduciari e di Direzione i quali sono partiti e partiranno per le zone di operazione, l'augurio più sincero di poterli salutare presto reduci vittoriosi alle loro case e al lavoro quotidiano.

LA DIREZIONE.

Il Congresso di medicina legale, delle assicurazioni e di antropologia criminale.

Si è tenuto a Napoli nei giorni 30-31 maggio e 1° giugno c. a. nella sala dei Congressi della Mostra Triennale delle Terre Italiane di Oltremare, con l'intervento delle maggiori Autorità civili e militari.

Alla seduta inaugurale svoltasi la mattina del 30 maggio, cui prese parte S. E. Putzulo Sottosegretario alla Giustizia, il Prof. Nicolò Castellino, Direttore della Clinica delle malattie del lavoro della R. Università di Napoli svolse il tema: « Il meticcio sotto l'aspetto biologico politico e sociale ». In questo studio vengono messi in speciale rilievo gli inconvenienti biologici sociali e politici che il meticcio ha provocato soprattutto nel Centro America.

Nel pomeriggio dello stesso giorno il prof. Gerin svolse il tema: « Problemi medicolegali in diritto coloniale » nel quale vengono dall'A. brillantemente esposti i criteri che devono regolare i rapporti giuridici tra gli indigeni nelle terre d'Oltremare con speciale riguardo alle lesioni personali ed alle malattie che possono occorrere nelle terre dell'Impero e rientrano tra le assicurazioni sociali.

Il giorno seguente i congressisti si recarono in visita al Manicomio giudiziario di Aversa che venne illustrato dal Direttore prof. Saporito con squisita cortesia. La relazione del dr. Lombardi sul tema « Studio biosociologico di criminali indigeni dello Scioa » venne esposta dal prof. Di Tullio;

in questo lavoro viene forse per la prima volta preso in esame la mentalità degli indigeni per quanto riguarda il diritto ed il crimine come pure la reazione psicologica che la reclusione provoca in questi soggetti.

Il 1° giugno, venne svolta infine la relazione del dr. Starna sul tema « Il rischio di assicurazione vita nelle terre di Oltremare ». In questo lavoro vengono studiati gli effetti che il clima dell'altipiano etiopico e del bassopiano provocano sui coloni italiani come pure la pericolosità delle malattie infettive e tropicali ed è corredato da una aggiornata statistica sull'argomento. Le favorevoli condizioni di accettazione del rischio vita; l'importanza di questa assicurazione per i coloni ed il lusinghiero incremento del portafoglio dimostrano l'interesse sociale e assicurativo di questo tema. Numerosissime comunicazioni vennero presentate da molti congressisti. Ai lavori presiedero alternandosi i proff. Moriani di Roma, Pellegrini di Padova, Palmieri di Bari e Romanelli di Roma.

Il Congresso si chiuse con l'auspicio del prof. Palmieri per un prossimo Congresso che sarà quello della Vittoria delle nostre armi e della pace d'Europa.

Nastri bianchi nella nostra famiglia.

Il nostro redattore dott. Clausi-Schettini ha avuto la gioia di vedere la sua casa allietata da un maschietto, Carlo, giunto il 12 giugno corrente.

Auguri vivissimi al bambino e felicitazioni ai genitori.

Note ed appunti

RICONOSCIMENTO ESTERO ALLA SCIENZA ITALIANA.

Il Prof. Giuseppe Moriani, ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni nella R. Università di Roma e Vice Presidente dell'Accademia Internazionale di Medicina Legale e sociale, è stato nominato Accademico della Kaiserl. Leopold. Carolin Deutsche Akademie der Naturforscher.

OBBLIGATORIETÀ DELLA VACCINAZIONE ANTIDIFTERICA.

La vaccinazione antidifterica in seguito a recenti disposizioni, sarà di norma associata a quella antivaaiolosa prorogando l'obbligo della vaccinazione antivaaiolosa all'anno successivo a quello di nascita. Avranno luogo due sessioni ordinarie gratuite in primavera e in autunno. La vaccinazione antidifterica sarà eseguita con l'anatossina difterica contenente almeno 25 UA per cc. Saranno praticate di regola due iniezioni ipodermiche rispettivamente di 1 e 2 cc. a distanza di 15-20 giorni l'una dall'altra, e la prima iniezione di anatossina si eseguirà simultaneamente all'innesto della linfa vaccinica. Nella prima applicazione della legge sono tenuti alla vaccinazione antidifterica i bambini nati nel 1938 e nel primo semestre 1939 e i bambini da ammettersi alle scuole primarie ed in genere da ammettersi nelle comunità infantili. G.

VACCINAZIONI ANTITUBERCOLARI PREVENTIVE.

Con circolare del 16 aprile c. a. la Direzione Generale della Sanità Pubblica ha comunicato ai Prefetti che l'O.N.M.I. ha già impartito alle dipendenti Federazioni opportune istruzioni affinché nei Consultori della stessa Opera sia agevolata la pratica delle vaccinazioni antitubercolari preventive dei neonati.

Tale metodo preventivo è stato riconosciuto il più idoneo alla decima Campagna antitubercolare tenutasi recentemente in Roma.

LA REAZIONE DI IDE PER LA DIAGNOSI DI SIFILIDE.

Calisti ha trattato questo argomento in « Policlinico » (n. 17, 1940, Sez. Pratica) avendo eseguito su 350 sieri, la reazione di Ide, parallelamente alla Wassermann alla Citochol e alla Kahn. Egli conferma, senz'altro, i pregi di sensibilità, specificità e semplicità di esecuzione di cui è dotata la nuova reazione, pur non credendo che possa entrare nella comune pratica del medico.

STERILIZZAZIONE DELLE STOVIGLIE.

Da un esame batteriologico operato in molti locali pubblici in una città d'America, secondo viene riferito nel n. 2 c. a., del « Canadian Public Health » risulta che nelle ore di maggior affollamento i piatti e le posate sono mal sterilizzate tanto da poter accertare la presenza di b. coli, di b. difterici e di streptococchi nel 90 % dei prelievi. Successivamente avendo usato per la pulitura una soluzione di cloro all'1/10.000 i batteri sono scomparsi o ridotti a cifre bassissime; si è notato come sia sconsigliabile l'uso degli strofinacci per l'asciugatura e che la sterilizzazione va fatta in un'altra vasca dopo il lavaggio meccanico.

(Riassunto da « Forze Sanitarie », n. 9, 1940).

G.

Periodici di propaganda assicurativa

Assicurazioni, Fasc. I, 1940, Roma.

DE MARIA, *L'assicurabilità dei rischi presunti di infrazione.* - FRANCESCHELLI, *Forma della disdetta nel contratto di assicurazione.* - DE MIRIMONDE, *L'esperienza francese in materia di assicurazione del Credito sul rischio di guerra.*

Bollettino del Centro Studi dell'I. N. A., n. 4, 1940, Roma.

Il nuovo accordo economico tra imprese ed aziende di assicurazione - L'I. N. A. e la sottoscrizione ai buoni del tesoro novennali 5 % a premi 1949. - Una circolare di S. E. Tassinari sulla previdenza degli agricoltori.

Idem, n. 5, 1940, Roma.

I sub agenti e il loro inquadramento - La raccolta delle polizze abbinate ai buoni novennali a premi a scadenza 1949. - *Norme pratiche per la sottoscrizione.* - *In tema di polizza scolastica.* - *L'assistenza sanitaria.*

Idem, n. 6, 1940, Roma.

Alcune caratteristiche delle polizze abbinate - La copertura assicurativa dei prestiti su polizze - Concorso del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

La buona semente, n. 3, Milano.

La previdenza in Finlandia - La clausola fiduciaria - Settimana di passione - Ritorno - La battaglia autarchica - Schermo bianco - La donna e la casa - Giornata delle due croci.

La Prima Idea, 2, 1940, Bologna.

La fata del castello azzurro - Anche un razzo... G.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**Le proprietà biochimiche del sangue in rapporto all'età biologica****Comportamento della potassiemia, della calcemia e del rapporto K|Ca**

Dott. S. FIANDACA

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

Scopo delle presenti osservazioni è quello di condurre delle ricerche sistematiche su alcune delle proprietà biochimiche del sangue, al fine di mettere in rilievo le eventuali variazioni in rapporto all'età ed alla costituzione somatica dei soggetti, la cui deviazione dal punto di vista assicurativo costituisce una tara tendente ad aggravare il rischio.

A ciò siamo stati indotti, come è stato in altra nota esposto (« Atti del Congresso di Medicina Legale e delle Assicurazioni », Napoli, maggio 1940), nell'intento di portare un contributo alle conoscenze sulle modificazioni che si verificano nei soggetti aventi una data tara delle proprietà biochimiche ematiche, in confronto all'uomo medio normale della stessa età; allo studio pertanto di alcuni degli attributi che, secondo il concetto di ROMANELLI, valgono a definire l'età biologica di un soggetto, quell'età cioè che deve a questo attribuirsi in base al risultato degli esami dei vari apparati del suo organismo rapportato all'individuo medio normale della stessa età.

In questa nota viene esaminato il comportamento della potassiemia, della calcemia e del rapporto K/Ca nei soggetti normali e in quelli tarati per sovrappeso o per sottopeso.

Le ricerche sulle modificazioni del tasso ematico del calcio e del potassio

in rapporto all'età sono state oggetto di particolare attenzione: in linea generale, per quanto non del tutto concordi, i risultati ottenuti dai vari AA. tendono a mostrare nell'età avanzata una modesta diminuzione della calcemia (CAPO, PARHON, WERNER, KAHAN, KYLIN, SIRONI, JANSEN, LEICHERT, GREISHEIMER, JOHNSON, RYON, GELERA) ed un lieve aumento della potassiemia (CAPO, KYLIN, LUCCHI). Valori però uguali, sia nell'età adulta che nella vecchiaia, del tasso calcemico hanno riscontrato LUCCHI, PIERRET, BRETON e CHRISTIANS; similmente nei riguardi della potassiemia PARHON e WERNER e SIRONI hanno rilevato cifre pressochè costanti nelle due età.

Secondo PARHON e WERNER e CAPO esisterebbe un certo rapporto tra l'età dei soggetti e le variazioni ematiche rilevate, nel senso che la tendenza alla contemporanea ipocalcemia ed iperpotassiemia riscontrata nella vecchiaia da quest'ultimo autore e quella all'ipocalcemia riscontrata dai primi due autori si renderebbe man mano più evidente in misura proporzionale all'età.

Di particolare rilievo in proposito sono i risultati ottenuti da BIASIOTTI. Questo Autore, studiando le modificazioni della calcemia negli ipertesi, ha riscontrato in un gruppo di soggetti normali, presi come controllo, che il contenuto calcemico tende a diminuire

con il crescere dell'età, specie nell'età avanzata in confronto all'adulta: sulla base di tali dati egli infatti attribuisce l'ipocalcemia rilevata negli ipertesi piuttosto all'età relativamente elevata degli infermi che all'aumento della pressione arteriosa.

Il rapporto K/Ca, che nell'adulto si aggira intorno a 1,90-2,00, è stato trovato, in conformità ai risultati sopraricordati, generalmente più elevato nella vecchiaia, in confronto all'età adulta: per alcuni autori (PARHON e WERNER e SIRONI) a causa della diminuzione prevalente del tasso calcemico, per altri (KYLIN, LUCCHI) invece, a causa del prevalente aumento della potassiemia, per altri (CAPO) infine per la diminuzione e l'aumento in misura quasi eguale rispettivamente del calcio e del potassio.

Un particolare significato è stato attribuito alle modificazioni dei due ioni con l'età nei riguardi dell'equilibrio neuro-vegetativo. Poichè infatti secondo ZONDEK e KRAUS, RINGER, LOEB ed altri il calcio possiederebbe azione simpaticotonica ed il potassio invece azione vagotonica, si è avanzata l'ipotesi che l'aumento del rapporto K/Ca sia l'espressione di una più o meno spiccata tendenza dei vecchi al vagotonismo (LUCCHI, BASTAI, DOGLIOTTI).

Tale ipotesi non appare ancora sufficientemente chiara ove si tenga conto che altri autori (PENDE, DELLA VOLTA) ritengono viceversa che il sistema neuro-vegetativo sia nella vecchiaia orientato nel senso simpaticotonico. VIALE ritiene piuttosto che l'ipocalcemia dei vecchi sia da attribuire ad insufficienza paratiroidea e l'iperpotassiemia a probabile deficienza surrenale.

Sulla scorta di altri dati ci è sembrato più probabile (*Ormoni*, vol. I, pag. 513, 1939) che nella età senescente non esista un costante orientamento del sistema neuro-vegetativo e che bensì in

tale età siano da riscontrarsi atteggiamenti ora in senso vagotonico ora in senso simpaticotonico da ricollegarsi a ciò che è la caratteristica principale della senescenza, alla limitazione cioè delle capacità di adattamento funzionale, in conseguenza della quale l'organismo senile facilmente devierebbe dal suo equilibrio neuro-vegetativo. Le modificazioni della calcemia e della potassiemia rappresenterebbero l'espressione di uno di tali atteggiamenti.

Tecnica. — Le osservazioni, su cui si riferisce, riguardano soggetti di razza ariana, di carnagione bruna, nati e residenti in Campania. Tali soggetti sono stati scelti tra la popolazione che si è presentata al Consultorio per il collaudo della salute, funzionante presso il Centro di Assistenza Sanitaria dell'I.N.A. di Napoli. L'assenza di affezioni patologiche o di postumi di esse è stata accertata per ogni soggetto, oltre che da una visita medica, generale, circostanziata ed accurata anche dalle ordinarie indagini di laboratorio.

Le ricerche sono state condotte negli individui appartenenti ai seguenti 4 gruppi di età: 20-24 anni, 35-39 anni, 50-54 anni, 65-69 anni.

Sono stati scelti gli indicati 4 gruppi di età, seguendo il criterio di ROMANELLI, non perchè essi rappresentino delle tappe di particolare rilievo nella vita dell'uomo, ma per avere dei termini che per la loro relativa distanza, paragonati tra loro, possano più chiaramente far risaltare le eventuali variazioni esistenti in rapporto all'età.

Nei riguardi della costituzione somatica ci siamo limitati a dividere i soggetti in osservazione in tre gruppi secondo il loro sviluppo ponderale in confronto a quello in altezza.

Nel primo gruppo sono stati compresi gli individui il cui peso oscillava, con variazioni massime in più od in meno di 5 kg., intorno al valore dell'altezza espressa in centimetri meno cento.

Nel secondo gruppo sono stati compresi i soggetti in sottopeso, il cui peso cioè era inferiore al valore dell'altezza meno cento, di almeno 10 kg., ma non più di 20 kg.

Nel terzo gruppo sono stati raggruppati i soggetti in sovrappeso, il cui peso cioè era nei confronti del sopraindicato valore dell'altezza superiore di almeno 10 kg. ma non oltre i 20 kg.

Relativamente all'altezza sono stati presi in esame soltanto gli individui di altezza media oscillante cioè tra 150-190 cm.

Con la suddivisione sopraindicata non si è voluto evidentemente indicare tre tipi costituzionali diversi, che il criterio adottato sarebbe invero impreciso e troppo semplicistico, ma si è inteso stabilire tre differenti classi di soggetti in modo da rendere possibile il paragone di eventuali variazioni esistenti in rapporto allo sviluppo somatico.

Le ricerche sono state effettuate nei soggetti a digiuno da almeno 12 ore e che precedentemente si erano mantenuti ad una dieta costante mista.

Il peso fu controllato con bilancia di precisione a soggetto vestito, senza cappello e soprabito; l'altezza fu misurata con le scarpe, tenendo in conto per le donne che i tacchi non superassero i due centimetri.

Le determinazioni del potassio e del calcio sono state eseguite in doppia prova sul siero di sangue secondo la tecnica di KRAMER e TISDALL.

Osservazioni sui soggetti di peso normale. — Le ricerche in proposito riguardano 118 soggetti, di cui 70 uomini e 48 donne; di essi 30 appartengono al gruppo d'età dai 20 ai 24 anni, 32 a quello dai 35 ai 39 anni, 28 a quello dai

50 ai 54, 28 infine a quello dai 65 ai 69 anni.

(I risultati dei protocolli sono riportati negli estratti).

Dall'esame dei dati riportati si rileva che nei soggetti normali, aventi uno sviluppo ponderale proporzionato a quello in altezza, i valori della potassiemia oscillano da 18,4 a 30 mgr. % con una media di circa 21,86 mgr., quelli della calcemia da 8,0 a 12,9 mgr. %, con una media di circa 10,66 mgr. e che il rapporto K/Ca varia da 1,78 a 2,52 con una media di circa 2,05.

Relativamente ai gruppi di età considerati si osserva in linea generale una prevalenza con il crescere dell'età dei valori più elevati per la potassiemia, una prevalenza invece dei valori più bassi per la calcemia, ed una tendenza pertanto alle cifre più alte del rapporto K/Ca.

Nella tabella I, sono riportati accanto ai valori minimi e massimi riscontrati per ciascun gruppo d'età, quelli medi aritmetici calcolati.

TABELLA I

Gruppo d'età	Potassiemia mgr. %			Calcemia mgr. %			Rapporto K/Ca		
	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio
20-24 a.	18,5	23,6	20,97	9,1	12,9	11,03	1,78	2,16	1,90
35-39 a.	18,4	24,2	21,29	8,9	13,0	10,80	1,80	2,24	1,97
50-54 a.	18,6	26,1	22,04	8,9	13,1	10,63	1,80	2,35	2,07
65-69 a.	18,8	30,0	23,14	8,0	12,8	10,18	1,85	2,52	2,27

Appare evidente dalle cifre relative ai valori medi come il tasso ematico del potassio aumenta con l'età con scarti medi man mano maggiori tra un gruppo d'età e l'altro, quello del calcio viceversa diminuisce costantemente con scarti medi evidenti, se pure di minore grandezza; il rapporto K/Ca in conse-

guenza aumenta gradatamente con l'età ed in specie nel gruppo d'età più anziana (65-69 anni) in confronto al precedente (50-54 anni).

Esaminando i valori minimi e massimi si osserva che gli scarti tra essi aumentano progressivamente con l'età sia nei riguardi della potassiemia che

TABELLA II

Gruppo d'età	Potassiemia mgr. %			Calcemia mgr. %			Rapporto K/Ca		
	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio
20-24 a.	18,6	24,2	21,56	8,8	13,0	11,20	1,78	2,21	1,92
35-39 a.	18,8	25,6	22,77	8,4	12,8	11,01	1,86	2,47	2,06
50-54 a.	18,2	27,5	23,16	8,3	12,9	10,68	1,97	2,32	2,16
65-69 a.	18,0	30,2	24,26	7,9	13,0	10,13	1,96	2,59	2,39

della calcemia, in quanto per la prima sono solamente le cifre massime che tendono ad aumentare mentre le minime sono quasi costanti nei vari gruppi d'età, per la seconda sono invece le cifre minime che diminuiscono, le massime restando pressochè uguali.

Ne deriva da ciò il rilievo che, parallelamente allo spostamento medio costante in diverso senso del calcio e del potassio ematico, donde il costante aumento del rapporto K/Ca, con il crescere dell'età deve anche verificarsi una maggiore variabilità di reperti, nel senso cioè che i risultati rilevati nei soggetti appartenenti ad un gruppo di età più anziana, in confronto a quelli rilevati in un gruppo d'età meno anziana, oscillano entro limiti relativamente più ampi.

Allo scopo di valutare l'entità di tale fenomeno ed in considerazione che il rilievo dei valori massimi e minimi è insufficiente a poter dare un'esatta visione della variabilità dei reperti in rapporto all'età, si è calcolato per ogni gruppo d'età lo scostamento quadratico medio dalla media aritmetica relativamente ai dati della calcemia e della potassiemia riscontrati.

Si sono ottenute le seguenti cifre:

	Potassiemia	Calcemia
20-24 anni .	± 1,59	± 0,79
35-39 anni .	± 1,98	± 1,32
50-54 anni .	± 2,65	± 1,32
65-69 anni .	± 3,27	± 1,50

Esse mostrano chiaramente come con il crescere dell'età i soggetti presentano una variabilità sempre più marcata dei tassi ematici del calcio e del potassio. In altri termini mentre tali tassi sono più o meno costanti tra un soggetto e l'altro nei giovani, nelle età via via più anziane, oltrechè modificarsi quantitativamente, aumentando (potassio) o diminuendo (calcio), diventano sempre meno costanti presentando tra un soggetto e l'altro oscillazioni più ampie.

Osservazioni sui soggetti in sottopeso. — Riguardano 99 soggetti, 60 uomini e 39 donne; di cui 24 dai 20 ai 24 anni, 28 dai 35 ai 39 anni, 25 dai 50 ai 54 e 22 dai 65 ai 69 anni. (I risultati dei protocolli sono riportati negli estratti).

Appare dai risultati conseguiti che nei soggetti in sottopeso la potassiemia oscilla da 18,0 a 30,2 mgr. % con una media di circa 22,93 mgr. %; la calcemia da 7,9 a 13 mgr. % con una media di circa 10,75 mgr. %, il rapporto K/Ca varia da 1,78 a 2,59 con una media di 2,13.

I valori medi calcolati, unitamente a quelli massimi e minimi riscontrati, per ogni gruppo d'età sono riportati nella tabella II.

Il calcolo degli scostamenti quadratici medi dalla media aritmetica ha dato le seguenti cifre:

	Potassiemia	Calcemia
20-24 anni .	± 1,93	± 1,12
35-39 anni .	± 2,04	± 1,29
50-54 anni .	± 2,99	± 1,46
65-69 anni .	± 3,33	± 1,59

I dati riferiti mostrano :

1) la potassiemia, la calcemia ed il rapporto K/Ca presentano nei soggetti in sottopeso un comportamento in linea generale analogo a quello osservato nei soggetti normali nel senso cioè che il potassio tende con l'età ad aumentare ed il calcio a diminuire, sicchè il rapporto K/Ca tende ad alzarsi. Si osserva però che nei soggetti in sottopeso, in confronto ai normali, i valori medi del tasso potassiemico sono in ogni gruppo d'età più elevati in misura maggiore e proporzionata al crescere dell'età, mentre i valori medi del tasso calcemico non mostrano variazioni di rilievo. Ne consegue che il rapporto K/Ca nei soggetti in sottopeso presenta in ogni gruppo d'età, ed in misura maggiore nei gruppi via via più anziani, valori più alti, e ciò per il maggior contenuto medio potassiemico di tali soggetti e per il prevalente aumento di tale

contenuto con l'età rispettivamente alla diminuzione della calcemia;

2) la variabilità dei tassi potassiemico e calcemico tra un individuo e l'altro appartenenti allo stesso gruppo di età è nei soggetti in sottopeso, in confronto ai normali, quasi costantemente più marcata, pur presentando un andamento pressochè analogo nel senso cioè che essa aumenta con il crescere dell'età.

Osservazioni sui soggetti in sovrappeso. — Sono stati presi in esame 84 soggetti, 54 uomini e 30 donne, di cui 22 dai 20 ai 24 anni, 22 dai 35 ai 39 anni, 21 dai 50 ai 54 anni, 19 dai 65 ai 69 anni. (I risultati dei protocolli sono riportati negli estratti).

Dai risultati ottenuti si rileva come nei soggetti in sovrappeso la potassiemia oscilla da 17,8 a 30,2 mgr. % con una media di circa mgr. 22,20, la calcemia da 7,8 a 12,8 mgr. % con una media di circa 10,28 mgr., il rapporto K/Ca da 1,71 a 2,59 con una media di 2,17.

I valori medi calcolati, insieme a quelli massimi e minimi, sono riportati nella tabella seguente (Tab. III).

TABELLA III

Gruppo d'età	Potassiemia mgr. %			Calcemia mgr. %			Rapporto K/Ca mgr. %		
	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio
20-24 a.	18,5	24,0	20,86	8,5	12,7	10,72	1,71	2,23	1,94
35-39 a.	18,4	25,0	21,18	8,2	12,5	10,34	1,72	2,33	2,04
50-54 a.	18,3	26,2	22,79	8,0	12,6	10,21	1,91	2,44	2,23
65-69 a.	17,8	30,2	24,00	7,8	12,8	9,90	1,97	2,59	2,42

Il calcolo degli scarti quadratici ha dato i seguenti valori :

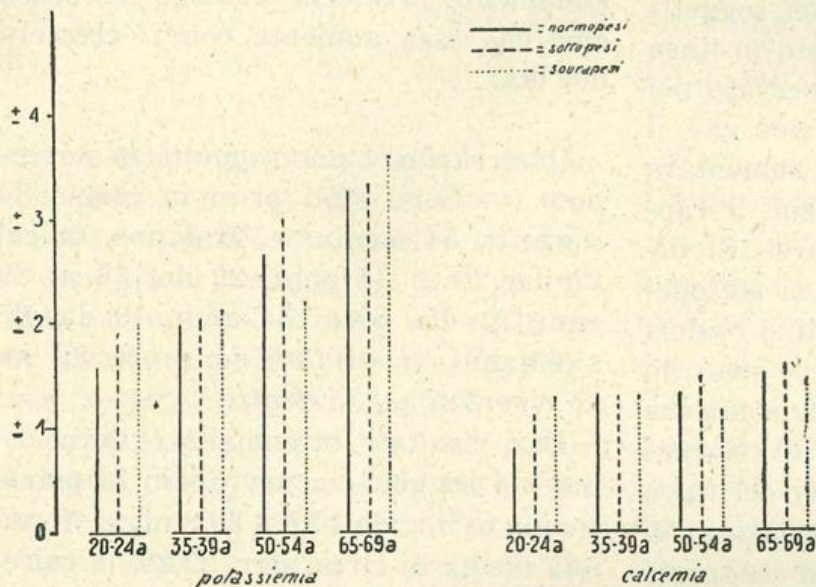
	Potassiemia	Calcemia
20-24 anni	± 1,93	± 1,27
35-39 anni	± 2,11	± 1,28
50-54 anni	± 2,20	± 1,15
65-69 anni	± 3,59	± 1,45

I dati riferiti mostrano :

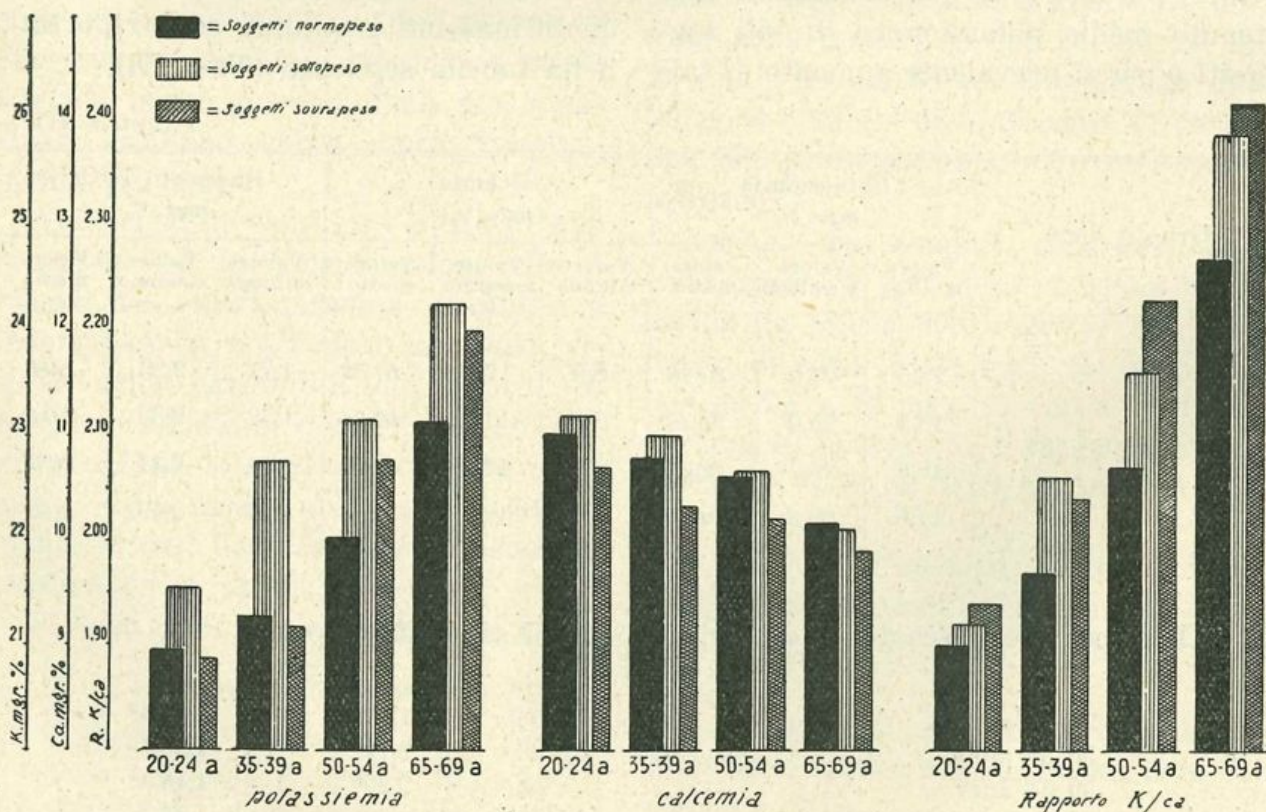
1) i soggetti in sovrappeso, analogamente a quelli normali ed in sottopeso presentano con l'età un aumento del contenuto ematico del potassio e una diminuzione di quello calcico ed in conseguenza un costante innalzamento del rapporto K/Ca.

sottopeso, è il tasso calcemico che subisce con il crescere dell'età una diminuzione relativamente più marcata, il tasso potassiemico presentando dei valori medi pressochè uguali od appena più elevati di quelli dei corrispondenti gruppi d'età dei normali. Il rapporto K/Ca si presenta in ogni gruppo d'età più elevato, relativamente ai normali e tale valore più alto è dato dal minore contenuto medio del calcio nel sangue e dalla prevalente diminuzione di esso con la età, in confronto della potassiemia;

2) la variabilità dei valori della potassiemia e della calcemia tra un soggetto e l'altro dello stesso gruppo d'età, si presenta, specie per la prima, sensibilmente più marcata, in



In tali soggetti però, in confronto ai normali ed in contrasto con i soggetti in confronto ai normali, nelle età estreme, mentre nelle intermedie è pressochè



uguale. Essa però in linea generale aumenta, come nei normali e negli individui in sottopeso, con il crescere dell'età.

Conclusioni. — I risultati delle osservazioni riferite (v. grafiche I e II) mostrano che la potassiemia e la calcemia in rapporto all'età presentano in tutti i soggetti, siano essi di peso proporzionato all'altezza, che in sotto e sovrappeso, un comportamento di massima uguale consistente nell'aumento del potassio e nella diminuzione del calcio. Quale espressione delle modificazioni del contenuto ematico dei due ioni il rapporto K/Ca, tende con l'età ad elevarsi e tale innalzamento è dovuto allo spostamento sia dell'uno che dell'altro ione, con una prevalenza maggiore del potassio.

Le modificazioni indicate mettono in rilievo il comportamento medio, ed in tal senso possono essere considerate sufficientemente chiare, ma non esprimono il comportamento singolo in quanto questo, come appare dall'esame dei valori massimi e minimi ottenuti, può essere vario. Appare anzi che in linea generale col crescere degli anni pur restando imm modificata la tendenza all'aumento del potassio e alla diminuzione del calcio, aumenta la variabilità dei reperti, nel senso cioè che i soggetti più anziani, l'uno dall'altro, presentano valori del contenuto ematico potassico e calcico più oscillanti dalla media di quanto non si verifichi nei soggetti più giovani.

Nei riguardi della costituzione somatica i risultati ottenuti mostrano l'esistenza nei soggetti in sottopeso ed in sovrappeso, in confronto ai normali, di modificazioni a carico dei due ioni rilevabili, in entrambi i due gruppi di soggetti, dal valore del rapporto K/Ca, che in ogni età è costantemente superiore a quello medio dei soggetti normali presi alla stessa età, e tende sempre più ad ele-

varsi nei confronti di questo con il crescere degli anni. In altri termini nei soggetti aventi uno sviluppo ponderale non proporzionato a quello in altezza il rapporto tra i due ioni ad una data età presenta valori corrispondenti a quello di soggetti normali di età più elevata; tale caratteristica si accentua con il crescere degli anni.

Lo spostamento del rapporto K/Ca nei soggetti con peso non proporzionato all'altezza non è però dovuto alla stessa causa: bensì nei sottopesi è prevalentemente dovuto al maggior contenuto ematico del potassio ed al suo aumento con l'età, nei sovrappesi prevalentemente al minor contenuto ematico del calcio ed alla sua diminuzione con l'età.

Altra caratteristica dei soggetti in sottopeso e sovrappeso è l'esistenza in essi tra i reperti riscontrati, di un indice di variabilità in linea generale, particolarmente per la potassiemia, più elevato rispetto a quello rilevato nei soggetti normali presi alla stessa età. Poiché, come si è visto, la variabilità dei risultati tra un individuo e l'altro aumenta con l'età, anche da questo punto di vista si potrebbe desumere che gli individui a sviluppo ponderale in eccesso od in difetto presentano nei confronti della calcemia e della potassiemia le caratteristiche medie proprie dei soggetti normali di età più avanzata.

Le considerazioni esposte mostrano come negli individui in sottopeso od in sovrappeso, nei portatori cioè di una tara che, per quanto lieve, importa un giudizio pronostico meno favorevole rispetto ai normali e, dal lato assicurativo, un aggravamento del rischio, il comportamento dei tassi ematici del potassio e del calcio e del loro rapporto manifesta la deviazione dal normale di tali soggetti mediante il riscontro di modificazioni che tenderebbero a fare attribuire a questi soggetti un'età biologica superiore a

quella anagrafica, e più elevata di quella attribuibile agli individui normali della stessa età.

Per quanto si riferisce al significato dei risultati esposti, appare evidente che con il crescere dell'età il comportamento della potassiemia e della calcemia tendono ad assumere un orientamento pressochè costante, che presumibilmente deve essere messo in rapporto con le modificazioni di ordine funzionale ed anatomico verificantesi contemporaneamente con l'età nei vari organi ed apparati e più specialmente nelle ghiandole a secrezione interna, che rappresentano gli organi più specificatamente deputati all'equilibrio elettrolitico del sangue.

Il rilievo dell'aumento della variabilità dei risultati con l'età può essere messo in conto della limitazione delle capacità di adattamento funzionale che va manifestandosi con l'età: per essa infatti, pur rimanendo immodificata la tendenza all'aumento del rapporto K/Ca, i dati relativi ai vari soggetti subirebbero delle oscillazioni sempre più marcate con il crescere degli anni.

La variabilità ancora maggiore dei reperti rilevata nei soggetti in sotto e sovrappeso, in confronto a quelli normali della stessa età, starebbe allora ad indicare una minore capacità di adattabilità funzionale in questi soggetti, una tendenza cioè in essi ad un equilibrio funzionale equivalente a soggetti normali più anziani.

RIASSUNTO.

L'A. con una serie di ricerche condotte su soggetti normali, in sotto e sovrappeso, divisi in gruppi di età dai 20 ai 69 anni, mette in evidenza che con il crescere dell'età va manifestandosi una tendenza all'aumento del rapporto K/Ca ed alla variabilità dei reperti relativi alla calcemia ed alla potassiemia rilevabili dal calcolo dell'indice di variabilità; che

i soggetti in sotto e sovrappeso presentano valori sia del rapporto K/Ca che dell'indice di variabilità in ogni età più elevati di quelli relativi ai normali di età uguale. Considerando i due dati come indici delle modificazioni anatomiche e funzionali dell'organismo in rapporto all'età, si rileva come pertanto i soggetti con sviluppo ponderale in eccesso od in difetto, aventi cioè una tara che, per quanto modicamente, aggrava il rischio assicurativo, presentano nei riguardi della calcemia e della potassiemia caratteristiche equivalenti ed attribuibili a soggetti di età superiore, caratteristiche tali cioè da far presumere per essi una età biologica più elevata di quella relativa a individui normali della stessa età anagrafica.

BIBLIOGRAFIA

- BASTAI e DOGLIOTTI, *Rel. 43° Congresso Soc. It. Med. Int.*, Ed. Pozzi, Roma, 1937.
 ID., *Riforma Med.*, 1937, vol. 53, pag. 1937.
 BIASIOTTI, *L'Assistenza Sanitaria*, 1935, n. 6, pag. 370.
 ID., *L'Assistenza Sanitaria*, 1939, n. 6, pag. 407.
 CAPO, *Gazz. Intern. Med. Chir.*, 1928, pag. 389.
 DELLA VOLTA, *Boll. Soc. It. Biol. Sperim.*, 1928, fasc. 9, pag. 818.
 FIANDACA, *Ormoni*, 1939, vol. I, pag. 513.
 ID., *Atti Congresso Med. Leg. e Ass.*, Napoli, maggio 1940 (in corso di stampa).
 GREISHEIMER, JOHNSON e RYON, *Amer. Journ. Med. Soc.*, 1929, vol. 177, pag. 704.
 KYLIN, *Klin. Woch.*, 1924, n. 38.
 ID., *Klin. Woch.*, 1925, n. 17.
 JANSEN, *Klin. Woch.*, 1924, pag. 707.
 LEVI, PEPERE e VIALE, *Fisiopatologia della vecchiaia*, Ed. I.S.M., Milano, 1933.
 LUCCHI, *Fisiol. e Med.*, 1931, vol. 2, pag. 843.
 PARHON e KAHANE, *C. R. Soc. de Biol.*, 1927, vol. 792.
 PARHON e WERNER, *C. R. Soc. de Biol.*, 1932, vol. 109, pag. 1392.
 PENDE, *Scintia*, 1927.
 ID., *Acc. Med.*, Genova, 1931.
 PIERRET, BRETON e CHRISTIANS, *Presse Méd.*, 1939, n. 31.
 ROMANELLI, *L'Assistenza Sanitaria*, 1938, n. 4, pag. 295.
 ID., *Atti XVIII Riunione Soc. It. Prog. Scienze*, Pisa, 1939.
 ID., *Atti Congresso Med. Leg. e Ass.*, Padova, 1939.
 SIRONI, *Gazz. degli Osped. e delle Clin.*, 1936, vol. 42, pag. 184.
 VIALE, *Riv. di Biol.*, 1928.

Valore prognostico della ipercolesterolemia

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

La colesterina, detta con termine più rigorosamente chimico colesterolo, è la sostanza più importante tra i lipoidi del sangue; dal punto di vista chimico è un alcool politerpenico della serie degli steroli suscettibile di combinarsi cogli acidi grassi formando degli eteri, la sua formula è $C_{27} H_{45} OH$.

Il colesterolo si trova in tutti i liquidi e in tutti i tessuti dell'organismo umano sotto due forme:

a) colesterolo fisso che è un vero e proprio costituente plastico del citoplasma degli elementi cellulari;

b) colesterolo circolante o colesterolo del plasma che trovasi disciolto nel plasma circolante.

In condizioni fisiologiche il tasso del colesterolo disciolto nel plasma circolante oscilla tra gr. 1,30 e 1,80 ‰ con un valore medio di gr. 1,50 ‰.

Essendo il colesterolo insolubile nell'acqua una tale concentrazione in un liquido acquoso, quale è il plasma, dovrebbe determinare una opacità del liquido stesso paragonabile a quella del latte; invece la limpidezza del plasma dimostra che il colesterolo non è semplicemente sospeso nel plasma, perchè se così fosse il plasma sarebbe opaco, ma vi si trova in un particolare stato che vedremo meglio in seguito e che è tale da non turbare affatto la limpidezza del plasma.

Nel sangue il colesterolo si trova sia nel siero che negli elementi corpuscolari.

Nei globuli rossi e nei leucociti il colesterolo si trova quasi totalmente allo stato libero (colesterolo non combinato o non eterificato) e può pertanto facilmente passare dai globuli al plasma; il tasso

ematico di questo colesterolo è di circa gr. 1,50 ‰ e questo tasso è fisso.

Nel siero invece la maggior parte del colesterolo (circa il 60 %) si trova non già libero ma combinato con gli acidi grassi sotto forma di eteri del colesterolo e per lo più sotto forma di etere oleico (oleato di colesterolo), mentre la altra parte (circa il 40 %) si trova allo stato di colesterolo libero da ogni legame chimico.

In condizioni normali si ammette come valore medio del tasso del colesterolo nel siero quello di gr. 1,50 ‰.

Mentre come abbiamo già detto il tasso del colesterolo contenuto negli elementi corpuscolari del sangue può essere considerato come fisso, quello del siero subisce invece numerose ed importanti variazioni. Così LAROCHE e GRIGAUT hanno dimostrato che il rapporto $\frac{\text{eteri del colesterolo}}{\text{colesterolo totale del plasma}}$ che normalmente oscilla intorno al 60 %, si abbassa notevolmente nelle malattie epatiche e può arrivare fino quasi allo zero negli itteri gravi.

Anche interessante è il rapporto costante esistente in condizioni normali ed in certe malattie fra il colesterolo del plasma e i lipidi del sangue; tale rapporto $\frac{\text{colesterolo}}{\text{lipidi totali}}$ oscilla intorno al 21 % ed è costante; l'ipercolesterolemia di solito si associa ad aumento della lipemia perciò possiamo ritenere il dosaggio della colesterolemia indice abbastanza fedele della lipemia totale. Infatti l'aumento o la diminuzione del colesterolo sanguigno rappresenta solo una parte di un più vasto e complesso fenomeno interes-

sante il metabolismo di tutte le sostanze grasse.

GRIGAUT ha dimostrato l'esistenza di un parallelismo tra la curva della colesterolemia e quella della lecitinemia e della lipemia.

La esistenza di un così intimo rapporto tra colesterolo e sostanze grasse trova anche conferma nella grande facilità colla quale l'organismo umano fabbrica il colesterolo a spese dei grassi; il colesterolo infatti aumenta nel sangue dopo una dieta ricca di grassi, anche se totalmente priva di colesterolo.

Il meccanismo regolatore della colesterolemia è molto complesso ed ancora non del tutto chiarito. Molte ghiandole endocrine esercitano la loro influenza sulla colesterolemia e fra esse specialmente la sostanza corticale delle ghiandole surrenali ed i corpi lutei; infatti ambedue queste ghiandole presentano un netto aumento del loro contenuto in colesterolo durante gli stati morbosi che si accompagnano ad ipercolesterolemia e presentano invece una diminuzione del loro contenuto in colesterolo negli stati morbosi che si accompagnano ad ipocolesterolemia. Dobbiamo perciò ammettere senz'altro che queste ghiandole esercitano una certa influenza sul metabolismo del colesterolo, e ciò sia che si voglia ammettere con ASCHOFF e la scuola tedesca che esse abbiano solo la funzione di depositi del colesterolo dai quali esso viene mobilizzato secondo il bisogno dell'organismo, o che si voglia ritenerle con CHAUFFARD dei veri e propri centri di colesterologenesi o che infine si voglia sostenere che l'accumulo del colesterolo in queste ghiandole serva soltanto per la formazione di ormoni a struttura sterolica. E' degno di nota il fatto che il colesterolo presenta intimi rapporti tra la sua struttura chimica e quella di taluni ormoni secreti dalle capsule surrenali e dai corpi lutei, e con l'ergosterolo dal

quale, per azione dei raggi ultravioletti, deriva la vitamina D.

La milza ha pure una grande azione regolatrice sulla colesterolemia ed infatti l'asportazione della milza determina un durevole aumento del tasso del colesterolo e dei lipidi del siero sanguigno. Ma probabilmente tutto il sistema reticolo endoteliale e forse tutti i tessuti viventi hanno una certa influenza sul ricambio del colesterolo.

Al fegato spetta però la massima importanza regolatrice sulla colesterolemia; infatti il fegato, per ossidazione progressiva, trasforma il colesterolo prima in acido litocolico, poi in acido desossicolico ed infine in acido colalico che è uno degli acidi biliari, normali componenti della bile, attraverso la quale viene così eliminato.

Questa importante azione regolatrice del fegato sulla colesterolemia spiega il gruppo delle ipercolesterolemie da insufficienza epatica.

Il problema del ciclo biochimico della colesterolemia, cioè della colesterologenesi e della colesterolisi, è reso particolarmente difficile dal fatto che il colesterolo fisso, lipide costitutivo di ogni citoplasma, può in ogni momento, ed anche in condizioni normali, venir messo in circolazione grazie all'emolisi od alla citolisi, mentre per contro il colesterolo circolante disciolto nel plasma può venire depositato in vari organi e tessuti. La colesterolopessia diviene particolarmente importante nella diatesi artritica, perchè in questa forma morbosa esiste una più spiccata tendenza alla precipitazione del colesterolo circolante nel plasma sanguigno ed alla sua fissazione nei vari organi e tessuti e specialmente in quelli colpiti da determinate lesioni (arteriti e colecistiti) e che forse hanno un maggior potere fissatore nei confronti del colesterolo disciolto nel plasma.

Al problema della colesterolopessia si

ricollega il problema della solubilità del colesterolo nel plasma. E' noto che il colesterolo è insolubile nell'acqua e che il suo coefficiente di solubilità nel plasma è in rapporto coll'equilibrio lipoproteico del plasma stesso, mentre la capacità di un siero di mantenere disciolto il colesterolo viene chiamato « potere colesterolitico » e può essere positivo se il siero in esame riesce a disciogliere più colesterolo di quello contenuto nel siero stesso, o negativo se il siero tende invece a precipitare il colesterolo in esso disciolto.

Il potere colesterolitico del siero varia coll'età: così nel fanciullo tale potere è in genere positivo, nell'età adulta invece si trovano con maggior frequenza sieri a potere colesterolitico negativo ed infine dopo i sessanta anni, e cioè proprio nell'età nella quale più spesso si incontrano le malattie da eccesso di colesterolo e da abnorme precipitazione di colesterolo, aumentano sempre più i sieri a potere colesterolitico negativo (negli arteriosclerotici i sieri a potere colesterolitico negativo sono in forte maggioranza).

Ora non dobbiamo dimenticare che, corrispondente a questa maggior frequenza del potere colesterolitico negativo, un costante e notevole aumento della colesterolemia fu osservato nei vecchi da molti ricercatori ed attribuito ad una diminuita capacità di assimilazione dei tessuti verso il colesterolo, ad insufficiente eliminazione attraverso il rene, a meiopragia epatica, ad un rallentamento del metabolismo dei lipoidi, ad un fisiologico ispessimento tissulare per disidratazione, ecc.

Il comportamento del tasso colesterolemico nelle varie affezioni morbose è stato in questi ultimi anni studiato da molti autorevoli ricercatori ma i dati sinora ottenuti sono alquanto discordi specie per quel che riguarda il valore diagnostico e prognostico della colesterolemia stessa.

Credo perciò sia utile passare brevemente in rassegna quanto sino ad oggi si è potuto acquisire sul comportamento della colesterolemia in talune affezioni morbose a decorso cronico aventi maggiore attinenza colla medicina delle assicurazioni vita.

Nel diabete mellito è stato osservato abitualmente un aumento del tasso sanguigno dei lipoidi e nei diabetici gravi la iperlipemia costituisce per taluni Autori un indizio della gravità della malattia. Ora se il tasso dei lipoidi varia a seconda della gravità del diabete si può attribuire un certo valore prognostico al dosaggio dei lipoidi stessi.

Inoltre siccome sia nel diabete che in altre malattie i tre principali gruppi di lipoidi (acidi grassi, lecitina e colesterolo) aumentano in maniera del tutto parallela è chiaro che il dosaggio di uno di essi basta per indicarci il grado della lipemia; ed è opportuno praticare il dosaggio del colesterolo perchè questo lipide è il più stabile e il più facilmente dosabile.

Secondo i pareri della maggioranza degli autori che si sono occupati dell'argomento nel diabete mellito si riscontra, spesso, ma non costantemente una ipercolesterolemia e l'aumento della colesterolemia si accompagna ad un aumento dell'acidità del sangue, in quanto i diabetici più fortemente acetoneurici presentano una più spiccata ipercolesterolemia. Al contrario nelle forme lievi di diabete senza fenomeni di acidosi l'aumento del tasso del colesterolo sanguigno si incontra con minor frequenza e presenta una minore intensità.

Nel diabete complicato con alterazioni vasali, ipertensione ecc. questo aumento del colesterolo sanguigno è ancora più spiccato.

In fine la cura insulinica determina fra l'altro una diminuzione di questa

ipercolesterolemia e tale diminuzione rappresenta un indice fedele dell'efficacia della cura insulinica, specialmente nei casi di diabete con gravi fenomeni di acidosi.

Altri autori osservano però che all'infuori di questa intima correlazione esistente tra l'ipercolesterolemia e l'acidosi non esiste un rapporto costante tra grado di ipercolesterolemia e gravità del diabete.

Anche FIANDACA in un interessante studio sperimentale sull'argomento, pubblicato recentemente su questa rivista, dopo aver esposto i risultati da lui conseguiti nello studio del comportamento della colesterolemia nei diabetici ricercando non solo il contenuto colesterolico globale ma anche l'eventuale esistenza di alterazioni di natura qualitativa della colesterolemia e cioè le variazioni del rapporto $\frac{\text{colesterina libera}}{\text{colesterina totale}}$ allo scopo di poterne trarre eventuali deduzioni sul decorso e sulla prognosi di tale malattia così conclude:

« Il tasso colesterinamico è quasi costantemente aumentato nei diabetici, però il valore dell'ipercolesterinemia non è in rapporto costante colla gravità dell'affezione e pertanto non può avere valore prognostico; anche i valori della colesterina libera pur essendo costantemente aumentati nei diabetici non presentano però un aumento direttamente proporzionale alla gravità del diabete. Sembra però che esista un certo rapporto tra ipercolesterinemia e grado di acidosi. Infine nei diabetici il rapporto $\frac{\text{colesterina totale}}{\text{colesterina libera}}$ pur essendo più elevato che nei soggetti sani non presenta un netto parallelismo colla gravità della malattia. Durante il trattamento insulinico tale rapporto a differenza della glicemia, non subisce variazioni notevoli e può pertanto assumere un particolare valore

prognostico nel campo della medicina delle assicurazioni vita ».

RIZZI ha osservato che nei diabetici, e specialmente del diabete complicato coll'ipertensione, il siero sanguigno ha un aspetto lattiginoso ed un altissimo contenuto in colesterolo (da grammi 4 a 6 per mille). Questo stato di lipocolesterinemia potrebbe, secondo RIZZI, essere responsabile di certe complicazioni del diabete, quali la gangrena diabetica ecc.

La ipercolesterolemia dei diabetici va dunque considerata come indice dello stato di iperlipidemia che si riscontra con frequenza nel corso di questa malattia ed essa può, analogamente alla lipidemia raggiungere tassi particolarmente elevati.

Bisogna ricordare che nei diabetici compaiono talora dei noduli cutanei xantomatosi che sono l'espressione, nei confronti del tessuto sottocutaneo, dell'eccesso di colesterolo circolante nell'organismo; inoltre anche nei diabetici si riscontrano formazioni biancastre retiniche di natura lipoidea che sono da mettere in rapporto con la ipercolesterolemia.

* * *

Anche nelle nefropatie, e specialmente nelle nefriti croniche il tasso del colesterolo sanguigno è più o meno aumentato.

Nella nefrosi lipoidea, a causa dell'aumento delle sostanze grasse del sangue, anche il colesterolo aumenta in proporzione del tasso di questa sostanza, ed anche qui il dosaggio della colesterolemia è un indice fedele del tasso della lipidemia.

Nella nefrite acuta la colesterolemia giunge per lo più sino a grammi 2-3 ‰; essa tende a tornare alla norma con il miglioramento clinico della malattia, mentre si mantiene elevata nei casi in

cui il processo nefritico tende a diventare cronico.

Nelle nefriti croniche infine si ha una ipercolesterolemia più spiccata che si accompagna ad un contemporaneo aumento dei lipidi e sembra aver molta importanza nel determinismo delle lesioni retiniche. Questa ipercolesterolemia pur associandosi spesso all'albuminuria, alla ipertensione ed alla iperazotemia non si comporta sempre in modo parallelo ad esse: infatti spesso si osserva una diminuzione della colesterolemia in casi nei quali l'azotemia arriva a cifre molto elevate. Esistono inoltre nefritici cronici specie negli stati iniziali che presentano una colesterolemia normale o quasi.

Secondo l'opinione della maggioranza degli autori l'ipercolesterolemia quando esiste costituisce un elemento di un certo valore per il giudizio prognostico nelle nefriti croniche.

Alcuni autori ammettono anche che tale spiccata ipercolesterolemia riscontrabile nei nefritici cronici è per lo più proporzionale al grado dell'edema, pur esistendo casi di ipercolesterolemia senza edema; la persistenza dell'ipercolesterolemia dopo la scomparsa dell'edema sarebbe un segno di prognosi sfavorevole.

La ipercolesterinemia dei nefritici cronici è ben diversa da quella degli epatici perchè l'esame clinico e biologico non mette in evidenza alcuna disfunzione epatica, il rapporto $\frac{\text{eteri del colesterolo}}{\text{colesterolo libero}}$ è normale (mentre tale rapporto è notevolmente abbassato negli epatici e specialmente negli itterici gravi), ed infine le ghiandole surrenali sono aumentate di volume e la corticale è chiazzata di lipidi ricchi di colesterina (mentre negli epatici le surrenali sono di volume e di aspetto normale).

Nei nefritici gravi si vedono comparire nella retina delle chiazze bianche

formate da sostanze grasse e da lipoidi e molto ricche in colesterina che sono da mettere in diretto rapporto con la ipercolesterolemia.

* * *

La questione dei rapporti intercorrenti tra ipercolesterolemia ed ipertensione arteriosa è tuttora aperta. Alcuni Autori (PIERRET, BRODIN, ecc.) anche recentissimamente hanno sostenuto l'esistenza di un rapporto diretto tra ipercolesterolemia ed ipertensione arteriosa basandosi sul fatto da loro osservato che l'ipercolesterolemia è sempre più frequente nei vecchi ipertesi che nei normotesi tanto che la maggior parte degli ipercolesterolemici è costituita da soggetti ipertesi. Altri autori però negano l'esistenza di un netto e costante parallelismo tra l'aumento della colesterolemia e l'aumento della pressione arteriosa e sostengono che, come non tutte le ipercolesterolemie si accompagnano alla ipertensione arteriosa, così non tutte le ipertensioni arteriose si accompagnano forzatamente all'ipercolesterolemia ed inoltre che l'aumento della colesterolemia non è proporzionale all'aumento della pressione arteriosa nè alla gravità della fenomenologia clinica.

Nei riguardi dell'ipertensione essenziale quasi tutti gli Autori però ammettono concordemente una più o meno spiccata ipercolesterolemia che secondo ZOIA sarebbe espressione di uno squilibrio neuro-vegetativo con ipersimpaticotonia. Secondo alcuni Autori l'ipercolesterolemia sarebbe più spiccata negli ipertesi giovani che nei vecchi, fatto questo che deporrebbe in favore di una certa indipendenza della colesterolemia nei confronti delle età e concorderebbe con l'opinione degli Autori che ritengono non dimostrata l'esistenza di un aumento progressivo della colesterolemia col l'avanzar degli anni e quindi negano la

esistenza di un parallelismo tra l'età e la colesterolemia. E' noto inoltre che altri Autori (BRODIN ecc.) ritengono che la colesterolemia non aumenta più a partire da una certa età dopo la quale si verificherebbe anzi coll'avanzar degli anni verso l'estrema vecchiezza una progressiva diminuzione del tasso del colesterolo sanguigno.

FIANDACA nel suo già citato studio sul valore prognostico della colesterinemia dopo avere esaminato il comportamento di tale sostanza negli ipertesi così conclude: « Il tasso colesterinamico totale è costantemente aumentato negli ipertesi e così pure il valore della colesterina libera; entrambi tali valori però non sono in rapporto costante con la gravità della malattia e non hanno perciò valore prognostico; invece il rapporto $\frac{\text{colesterina libera}}{\text{colesterina totale}}$ si presenta negli ipertesi costantemente aumentato in misura quasi proporzionale alla gravità dell'affezione e può pertanto rappresentare un elemento di un certo valore per il giudizio prognostico ».

RIZZI ha notato negli ipertesi senili (di età superiore ai 50 anni) un costante aumento della colesterolemia: tale ipercolesterolemia va da due a cinque grammi per mille, è indipendente dall'entità dell'ipertensione e sembrerebbe piuttosto in rapporto coll'età degli infermi in quanto coll'aumentare degli anni aumenta la colesterolemia.

Dal punto di vista prognostico quindi la colesterolemia pur non presentando un comportamento costante, e pur non essendo il suo aumento direttamente proporzionale all'aumento della pressione arteriosa ed alla gravità della fenomenologia clinica, ha un certo valore come elemento di giudizio prognostico e se considerato unitamente agli altri segni

clinici e di laboratorio può avere una certa importanza.

* * *

Anche nell'arteriosclerosi la maggioranza degli Autori ammette l'esistenza di una ipercolesterolemia, ma si discute tuttora se esista o no un rapporto da causa ad effetto tra queste due condizioni. Tale ipercolesterolemia si accompagna spesso ad arteriosclerosi, ad aortiti e ad arteriti croniche obliteranti; essa è irregolare nell'ateroma aortico e nella ipertensione forse perchè evolve a periodi di acme alternati con periodi di remissione. Nell'arterite obliterante invece M. LABBÈ e HEITZ hanno dimostrato la esistenza di una ipercolesterolemia quasi costante stabilendo così un rapporto di causalità tra l'eccesso del colesterolo circolante nel sangue e l'eccesso del deposito di colesterolo nelle arterie trombotate, forse con un meccanismo di produzione analogo a quello dell'ateroma aortico. Questi Autori hanno perciò giustamente richiamato l'attenzione degli studiosi sul valore prognostico dell'ipercolesterolemia negli arteriosclerotici e nei diabetici con complicanze vasali perchè essa può permetterci di prevedere e talora anche di evitare l'insorgenza della arterite stenosante.

Dobbiamo perciò ritenere che la ipercolesterolemia riscontrabile nell'arteriosclerosi avrebbe scarsa importanza prognostica solo se tale aumento del colesterolo sanguigno restasse un semplice fatto circolatorio e non fosse invece spesso accompagnato da depositi di colesterolo nella parete delle arterie con conseguente produzione di arteriti obliteranti.

* * *

Altro gruppo importante è quello delle ipercolesterolemie di origine epatica, gruppo numeroso e particolarmente omo-

geneo fra le varie condizioni patologiche che si accompagnano all'aumento del colesterolo sanguigno. Sembra che nelle malattie del fegato e delle vie biliari la ipercolesterolemia debba riportarsi ad un fenomeno di ritenzione per alterazione funzionale della cellula epatica conseguente alla soppressione dell'eliminazione della bile attraverso l'intestino. Infatti questa ipercolesterolemia si osserva costantemente in tutti gli itteri da ritenzione, qualunque sia la loro natura (infettiva, tossica o meccanica) cioè in tutti i casi in cui un qualsiasi ostacolo impedendo il regolare deflusso della bile determina una difettosa formazione degli acidi biliari ed un conseguente accumulo nel sangue del colesterolo non più trasformato ed eliminato sotto forma di acidi biliari. Ed inoltre questa ipercolesterolemia va gradualmente scomparendo non appena, per il ristabilito flusso della bile nell'intestino, si ritorna al normale metabolismo del colesterolo.

Anche nella insufficienza epatica senza ittero oltre all'aumento dei pigmenti biliari nel sangue si ha spesso una ipercolesterolemia che si accompagna ad una notevole diminuzione del valore del rapporto $\frac{\text{eteri del colesterolo}}{\text{colesterolo totale}}$ tale rapporto dal valore normale del 60 % diminuisce tanto da arrivare fino allo zero nelle più gravi forme di ittero. La diminuzione del valore del rapporto $\frac{\text{eteri del colesterolo}}{\text{colesterolo totale}}$ negli itteri gravi è determinato dalla scarsa quantità di eteri del colesterolo in confronto della notevole quantità del colesterolo totale.

Negli itteri emolitici invece non vi è ipercolesterolemia; questo fatto è così costante da poter essere utilizzato per distinguere gli itteri da ritenzione da quelli emolitici.

Nella colelitiasi l'ipercolesterolemia pur essendo frequente non è così costan-

te e così evidente da costituire elemento patognomonico.

Nelle malattie del ricambio si riscontra sovente una ipercolesterolemia che si accompagna ad un parallelo aumento della lipidemia ed è l'espressione dell'insufficienza delle combustioni organiche; talvolta a questo elemento metabolico si aggiunge un elemento epatico il quale, sebbene con diverso meccanismo contribuisce all'aumento della colesterolemia. Infatti nell'obesità, nella gotta e in tutte le forme di diatesi artritica è quasi costante una ipercolesterolemia più o meno spiccata, indice del rallentamento dei processi nutritivi. Il ritorno verso la norma del tasso colesterolemico sotto la influenza della cura rappresenta un elemento di prognosi favorevole. Anche nel mixedema e nelle varie forme di insufficienza tiroidea si osserva una modica ipercolesterolemia dovuta alla diminuzione delle ossidazioni organiche.

Nell'alimentazione, infine, ricca di grassi o di bevande alcoliche, si determina una ipercolesterolemia che può essere temporanea o durevole a seconda della persistenza del regime alimentare; come abbiamo già detto prima l'ipercolesterolemia alimentare si può avere anche con un'alimentazione priva di colesterina ma ricca in grassi, a causa della estrema facilità colla quale l'organismo fabbrica la colesterina a spese dei grassi.

* * *

Dall'esame dei risultati ottenuti dai vari ricercatori che hanno voluto studiare il comportamento della colesterolemia nelle malattie cosiddette « da eccesso di colesterina » o « da abnorme deposizione di colesterina dei tessuti » risulta in maniera evidente che, pur non avendosi ancora un completo accordo nei risultati conseguiti e sul valore da attribuire nei vari casi all'ipercolesterolemia, tali risultati nel loro complesso dimostrano che non è possibile trascurare del tutto que-

sto dato di laboratorio nel giudizio prognostico di tali malattie.

L'importanza prognostica dell'ipercolesterolemia è certamente più grande di quanto non possa sembrare ad un superficiale esame della letteratura che è controversa più in apparenza che in realtà, bisogna d'altronde non dimenticare la grande complessità del metabolismo del colesterolo e la influenza su esso esercitata da molteplici fattori, quali le ghiandole endocrine, l'età, l'alimentazione abituale, ecc.

Per accertare colla massima precisione possibile quale valore prognostico si possa attribuire al dato « ipercolesterolemia » e se esso meriti di venire introdotto nella pratica medica delle assicurazioni-vita fra gli altri dati clinici e di laboratorio capaci di permettere nel loro complesso una più esatta valutazione del rischio, sarebbero molto utili ulteriori sistematiche ricerche nelle quali, unitamente al tasso del colesterolo ematico, si studiasse anche il potere colesterolitico del siero. Tuttavia allo stato attuale delle nostre conoscenze su questo importante argomento possiamo già ritenere che l'aumento del colesterolo sanguigno riscontrato dalla massima parte degli autori con particolare costanza ed intensità nel diabete mellito, nelle nefropatie croniche, nell'ipertensione essenziale e nell'arteriosclerosi debba avere un certo valore prognostico anche nel campo della medicina dell'assicurazione vita.

Nel diabete mellito infatti tutti gli autori concordemente ammettono una ipercolesterolemia che, pur non avendo alcun costante rapporto colla gravità del diabete, sembra però corrisponda allo stato acidotico del diabetico ed è certamente più spiccata nel diabete complicato ad ipertensione o ad alterazioni vasali, nei quali casi si hanno spesso valori elevatissimi del tasso sanguigno del colesterolo; sembra inoltre che l'arterio-

sclerosi e l'ipercolesterolemia e non già l'iperglicemia siano le cause di certe complicazioni particolarmente frequenti nei diabetici quali la gangrena, l'apoplessia, ecc.

Anche nelle nefropatie croniche l'esistenza di una ipercolesterolemia rappresenta un elemento di un certo valore per il giudizio prognostico, pur non essendo un fenomeno costante e direttamente proporzionale alla gravità della malattia.

Nell'ipertensione arteriosa essenziale tutti i ricercatori concordano nell'ammettere l'esistenza quasi costante di una ipercolesterolemia, sebbene anche qui non esista un rapporto diretto tra grado di ipercolesterolemia e gravità della malattia.

Nell'arteriosclerosi infine l'aumento del colesterolo sanguigno s'incontra con una frequenza ancora maggiore e non costituisce un semplice fatto circolatorio ma è spesso accompagnato da depositi di colesterolo nella parete delle arterie con conseguente facile produzione di arteriti obliteranti.

Dobbiamo perciò attribuire all'ipercolesterolemia un particolare valore prognostico anche in medicina dell'assicurazione vita nei casi di arteriosclerosi e di diabete con ipertensione nei quali ci può permettere di prevedere le maggiori probabilità di insorgenza dell'arterite stenotica e di altre complicanze cardiovascolari (angina pectoris, emorragie cerebrali ecc.) che hanno grande importanza per la prognosi lontana di tali malattie.

BIBLIOGRAFIA

- BIASIOTTI, *Assistenza Sanitaria*, 1939, n. 6.
 CASTAIGNE, *I. Journ. Med. Français*, 1935, n. 2.
 CHAMBERLAIN N., *Brit. Med. Journ.*, 1929, nov.
 FIANDACA S., *Assistenza Sanitaria*, 1937, n. 1.
 GRIGAUT E LAROCHE, *J. Med. Fr.*, 1935, n. 2.
 PICARDI G., *Pol. Sez. Prat.*, 1934, n. 38.
 RIZZI C., *Ospedale Maggiore*, 1939, n. 2.
 RONDONI, *Biochimica U.T.E.T.*, 1928.
 STIRPE G., *Pol. Sez. Prat.*, 1930, n. 45.
 TANHAUSER, *Klin. Woch.* 1934.
 WIDAL, WEIL E LAUDAT, *Sem. Med.* 1912, nov.

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 e fine - V. fascicolo n. 1, 1940)

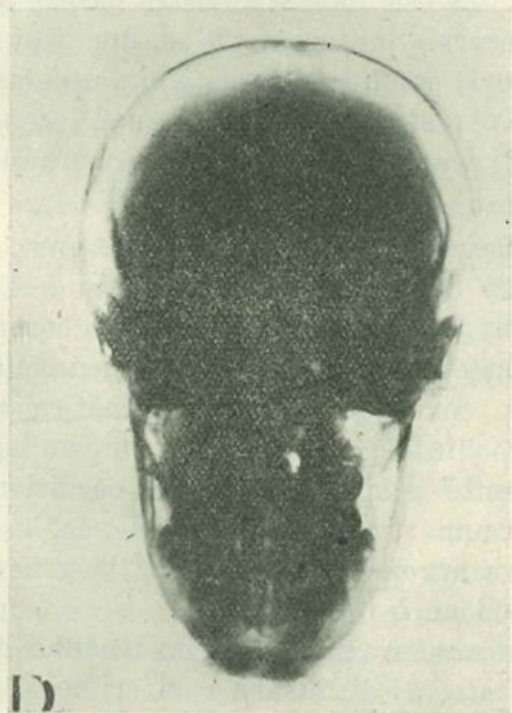
Lo stesso Ciampolini, che nella pratica infortunistica lamenta come troppo spesso vengano dagli interessati accusati i traumi come causa del tumore, non può affatto dimostrare che sempre si tratti di semplici coincidenze. E' ben vero che la successione morbosa e la corrispondenza topografica non costituiscono elementi scientifici positivi; ma tali fatti rendono perplesso ogni perito in argomenti ove le conoscenze mediche sono ancora oscure.

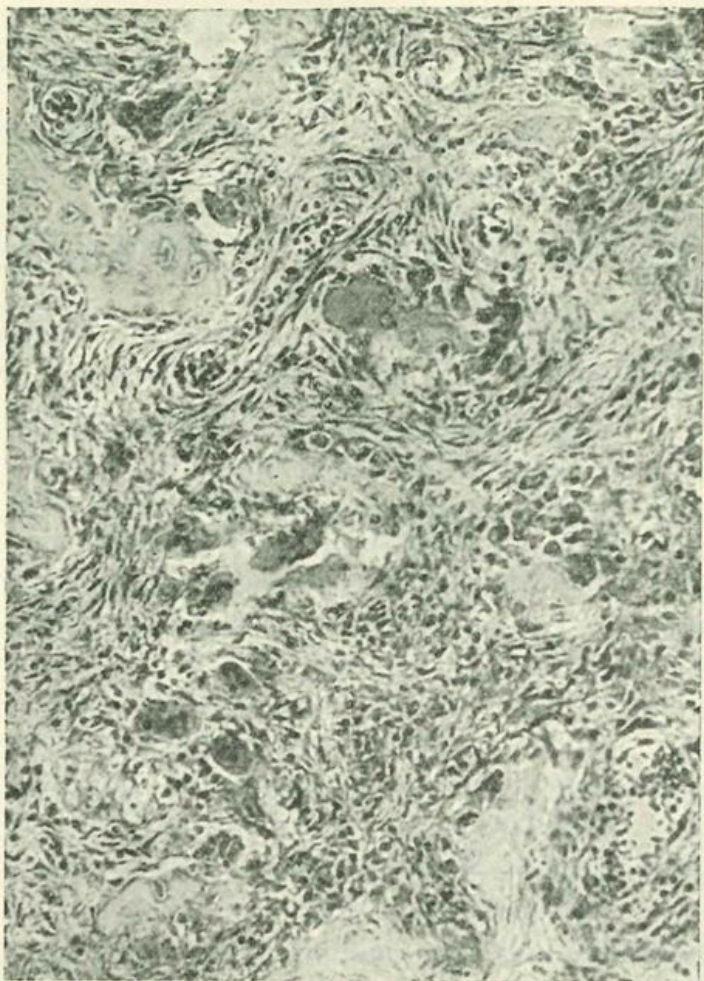
Lo stesso dobbiamo ripetere per altri tumori quali i *sarcomi* e gli *osteosarcomi* specialmente quando si svolgono in giovane età. Bobbio, riferito dal Ciampolini, sopra 45 sarcomi ossei ne ha repertati 5

in connessione sicura col trauma e 2 probabili. Ciò vale per qualunque localizzazione nel sistema osseo; Kaufmann non esclude che talvolta possa aversi la genesi traumatica nei sarcomi come per qualche altro tumore misto quale l'osteochondroma.

A tal proposito ricordo un caso personale non pubblicato per la difficoltà della classificazione istologica, caso che ebbi occasione di osservare vari anni fa. Si trattava di una bambina di nove anni violentemente colpita da un coetaneo alla regione zigomo-nasale destra per cui si sviluppò in situ una contusione con ecchimosi durata qualche settimana. Dopo oltre sei mesi venne da me per imponente epistassi; trascorso il primo tamponamento potei alla rinoscopia destra riscontrare che il meato medio ed inferiore erano invasi da una massa ossea irregolare fortemente congestizia; esternamente la corrispondente parete nasale era sollevata ed il solco nasogenieno appiattito. Un'indagine radiografica dimostrò come l'apertura piriforme di destra era invasa dalla neoplasia; liberi invece risultarono i seni (vedi radiografia).

Tale soggetto venne operato all'ospedale del Littorio in Roma (febbraio 1932 - Operatore Prof. Antonucci). L'intervento per via esterna permise una ampia asportazione della mucosa e trabecole ossee neoformate. L'esame istologico dimostrò (v. microfotografia) che la neoformazione era costituita da uno





stroma connettivale fibroso con numerose trabecole osteoidi circondate in gran parte da un orlo di osteoplasti; si notano anche cellule giganti con numerosi nuclei piccoli raccolti nella parte centrale del protoplasma. Queste cellule giganti del tipo degli osteoclasti, come si vede, sono addossate alle trabecole; ma altre rimangono isolate nello stroma connettivale ed istologicamente devono ritenersi epulidi. Pertanto la diagnosi istologica è quella di sarcoma osteogenico con cellule giganti.

In base a tale reperto fu eseguito un trattamento radioterapico, dopo di che la malata fu dimessa. Dopo circa 9 mesi nel controllo periodico che praticavo riscontrai l'insorgenza di nuove trabecole sospette per cui fu praticato un secondo trattamento radioterapico protratto. Attualmente a distanza di oltre 7 anni la

giovinetta gode buona salute e non si è avuta nessuna ulteriore riproduzione.

Casi meno fortunati sono quelli riferiti da Becchini il quale descrisse osteosarcomi in due ragazzi di sette e di otto anni che alcuni mesi dopo un trauma presentarono lo sviluppo di questo tipo di tumore con diffusione al polmone.

Come possiamo escludere la possibilità che il trauma abbia contribuito allo sviluppo del tumore del quale altri elementi ignoti erano già insiti in soggetti come nei casi surricordati? Ecco perchè nei riguardi dei tumori, in mancanza di una dimostrazione positiva, la medicina infortunistica si trova combattuta fra opposte tendenze e le sentenze giudiziarie sono ugualmente contrastanti a seconda le opinioni dei periti le quali costituiscono il maggior elemento per il giudizio.

La clinica ci consiglia comunque di essere cauti prima di affermare il rapporto patogenetico fra il trauma ed il cancro; una tale ipotesi a nostro parere può avanzarsi limitatamente a due tipi di tumori: quelli in cui esiste una neoplasia ossea (osteoma, osteosarcoma, ecc.) e quelli cerebrali soprattutto di natura gliomatosa.

Pisenti, che l'anno scorso ha preso in esame tale argomento riferendo casi di cancri polmonari, sarcomi della corioide ed un epitelioma cicatriziale denunciati come complicanza post-traumatica nel campo infortunistico, non poteva logicamente riconoscere alcun coefficiente al trauma tranne nell'ultima neoplasia. Sopra argomenti così incerti la generalizzazione è infatti infida.

Le assicurazioni infortuni hanno aumentato a dismisura i riferimenti al

trauma nella determinazione dei tumori il che fa argutamente dire a Pisenti che tali assicurazioni sembrano dotate di insospettite proprietà oncogene. In proposito lo stesso A. ricorda due antiche relazioni di Lubarsch e di Theim che già 25 anni fa mettevano nel giusto punto tale problema.

Il primo A. affermava che « non abbiamo alcuna prova scientifica, alcun argomento probativo che consenta di affermare che un trauma unico possa produrre un tumore ». Affermazione che può, a distanza di tanti anni, essere perfettamente mantenuta. Ma nelle assicurazioni per quanto riguarda i tumori si richiede non già la prova determinante, bensì occorre comprovare la probabilità che il trauma costituisce una causa coadiuvante. Questa nel campo medico-legale non deve essere solo possibile ma anche probabile ed è questo il punto cruciale delle perizie.

Theim nella relazione sopra accennata riteneva che occorrono per affermare il rapporto « alte probabilità »; criterio però prevalentemente subiettivo che con le attuali cognizioni nel campo oncologico può ricavarsi solo in via negativa con la esclusione della semplice occasione. Questa, a nostro parere, può escludersi quando si verificano le seguenti circostanze:

a) in precedenza la regione malata risultava sana (per visita medica, testimonianza o per funzionalità comprovata certamente integra);

b) esista un rapporto topografico fra trauma e sede di insorgenza del tumore;

c) sia trascorso un tempo sufficiente ma non eccessivo tra la lesione determinante ed il tumore;

d) esista infine una certa entità lesiva del trauma chiamato in questione.

La possibilità che esista una coincidenza, dopo aver accertata l'esistenza

delle suddette circostanze diventa, per le leggi della probabilità, difficilissima ed in pratica quasi impossibile.

Purtroppo tali criteri costituiscono soltanto elementi per negare l'occasione e non costituiscono scientificamente elementi positivi della dipendenza trauma-tumore. A ciò aggiungasi che è molto arduo determinare il limite quantitativo sufficiente di alcuna delle suddette circostanze.

Infatti il periodo di latenza (comma c) per cui un trauma, in unione ad altri elementi insiti nel soggetto, determina lo sviluppo del tumore è piuttosto arbitrario nel campo medico. Carpi, in base alla letteratura ad es. per i tumori cerebrali, stabilisce per il sarcoma un periodo di latenza compreso tra tre settimane e due anni, periodo quasi identico a quello calcolato da Thiern per il carcinoma. Il periodo minimo di appena qualche settimana mi sembra troppo breve; esso potrà essere preso in considerazione soltanto quando un primo esame subito dopo il trauma sia stato negativo e solo successivamente siano comparsi segni iniziali della malattia.

Anche l'entità del trauma (comma d) è un elemento quantitativo da determinarsi piuttosto soggettivamente poichè dobbiamo riconoscere come le delicate mortificazioni e alterazioni cellulari non possono essere determinate dal semplice esame della cute e della dolorabilità locale.

Nel campo delle MALATTIE OSTEO-ARTICOLARI non esistono affezioni che a noi interessano perchè gli esiti dei traumatismi in tali sedi non hanno importanza sulla sopravvivenza del soggetto nè costituiscono vere malattie insorte a distanza dal momento traumatico.

Fa eccezione il *morbo di Kummel* che consegue a trauma della colonna vertebrale, trauma giudicato dapprima di prognosi molto benigna; ma dopo qual-

che mese compare in tali soggetti la sindrome tipica con nevralgie, paraparesi e cifosi. Oggi si ritiene che questa spondilite postraumatica sia dovuta ad un processo tardivo di decalcificazione secondaria ad una compressione vertebrale decorsa latente nel primo periodo. Questa forma morbosa dovrà essere differenziata, per le perizie medico-legali, dal volgare morbo di Pott nel quale al contrario il trauma costituisce un accidente rivelatore della malattia latente.

Non offre invece per noi importanza la *atrofia ossea del Sudeck* che può seguire ad un trauma e ciò sia per l'insorgenza acuta della malattia, cioè a distanza di appena qualche settimana dopo l'evento traumatico, sia perchè questa forma può regredire, sia perchè di solito colpisce le estremità e non mette in pericolo la vita. Ugualmente per le stesse ragioni non interessa al nostro tema la *atrofia post-traumatica delle dita* tipo Ledderhose-Secretan e le *artriti deformanti* che si sviluppano e si aggravano dopo un trauma poichè si tratta di evenienze rare e non incidono sulla sopravvivenza del soggetto.

Passando al campo delle MALATTIE ENDOCRINE riteniamo che sia fuori causa il diabete mellito abituale poichè, nè la glicosuria sperimentale provocata da Bernard con la puntura del quarto ventricolo trova riscontro nella pratica clinica, nè uno stato emotivo improvviso presunto provocatore della glicosuria, può essere assimilato ad un trauma.

Quest'ultimo invece potrà determinare *lesioni della ipofisi* e degli altri centri neurovegetativi della base del cervello quali il tubercolo cinereo ed in tal modo determinare un quadro di diabete mellito.

Casi del genere non mancano nella letteratura ed è merito di Andrea Ferrarini aver richiamato oltre 40 anni fa l'at-

tenzione dei clinici sull'importanza funzionale di questo organo.

Molto più dubbio appare il legame del trauma coll'*acromegalia* poichè non si comprende come un trauma cranico giunga a provocare ipersecrezione ipofisaria e contemporanea modificazione dell'increto genitale.

In questi ultimi anni nella patologia traumatica del diecefalo è stata descritta una *sindrome infundibolo-tuberiana*. Marinesco - Façon e Bruell riferirono in una Riunione Neurologica Internazionale del 1934 una sindrome insorta due mesi dopo un trauma cranico che aveva permesso, durante un miglioramento, la ripresa del lavoro. I disturbi stabilitesi gradualmente consistevano in una deficienza sessuale con caduta dei peli della barba, ingrassamento di 15 kg., diuresi, insonnia, abolizione dell'odorato e crisi di tremore. I disturbi genitali, l'alterato ricambio dei lipidi, dell'acqua e l'iposomnia costituiscono appunto questa sindrome. Gli studi di Rouxi e di Moringer riporterebbero la causa di tali disturbi a lesioni che colpiscono i nuclei della regione ipotalamica.

Non possiamo chiudere l'elenco delle malattie endocrine tardive postraumatiche senza ricordare i non rari casi di *m. di Addison* insorti dopo un trauma. Sinchler ha descritto recentemente il caso di un uomo che subì la rottura della 10^a costola destra per un colpo di stanga; dopo alcuni mesi dimagrì di 14 kg. e in capo a qualche anno la pelle si fece bronzina. Ewin, riferito da Carpi, sopra 684 casi di Addison riscontrò traumi nell'anamnesi in 25 casi. Classico rimane il caso di Bowmann nel quale si manifestò la malattia solo un anno dopo l'infortunio e condusse a morte il soggetto dopo altri tre anni.

Quanto alla TBC. POLMONARE cosiddetta TRAUMATICA non ci sentiamo di ricono-

scere un fattore determinante nel trauma per lo sviluppo della malattia di cui conosciamo bene l'etiologia, l'importanza della ereditarietà e della costituzione. Il periodo di latenza nelle forme traumatiche, fissato da Zollinger entro il limite di 1-16 settimane, può solo determinare il risveglio di vecchi processi che possono interessare l'infortunistica.

Potrebbe fare eccezione il trauma cronico professionale (battellieri) e quello unico che abbia fortemente modificato, con la deformazione della cassa toracica, la dinamica respiratoria. Le stenosi del cingolo scapolare, ben note in fisiologia (anomalie morfologiche secondo le teorie di Freund e di Hart) potrebbero essere invocate per il raffronto; ma ben diversa è la condizione di un breve segmento parenchimale circoscritto ad un apice ostacolato nella ventilazione alveare e nella corrente linfo-ematica dalla prima infanzia, da quella di un parenchima costretto nella gabbia solo tardivamente.

D'altra parte nell'Assicurazione Vita gli esiti di una grave alterazione della gabbia toracica non potranno sfuggire alla visita medica.

Quanto all'*emottisi*, che insorge subito dopo il trauma, risulta in modo evidente come essa costituisca una semplice occasione della rottura degli aneurismi miliari di Rasmusseau e non sia se non una sindrome di una forma specifica già in atto.

In complesso questi casi di tbc. polmonare detti traumatici, come viene riconosciuto anche da Carpi, non sono che manifestazioni di una infezione tbc. latente. Pertanto se nell'infortunistica il trauma potrà essere invocato quale causa determinante, nell'Assicurazione Vita, in cui il rischio viene accettato più ampiamente, la malattia rientra nell'evento ordinario dell'alea assicurativa.

In questa nostra rassegna dovremo an-

cora comprendere le *cisti ematiche post-traumatiche* dei vari parenchimi (reni, milza, cervello, ecc.) che possono in speciali momenti provocare emorragie imponenti, sebbene per alcuni AA. siano tali forme assimilabili per la proliferazione dell'epitelio di rivestimento a forme neoplastiche.

Come si vede, in linea di massima, tranne per i tumori, i traumi provocano di preferenza complicanze e successioni morbose a carico dell'asse cerebro-spinale oppure affezioni la cui patogenesi è legata a disturbi neurovegetativi. Ciò non sorprende quando teniamo presente come la delicata costituzione istologica del sistema nervoso e la sua complessa fisiopatologia possono trovare nel trauma un fattore determinante lesioni ad evoluzione molto lenta i cui effetti sommati alle disgenesie costituzionali del sistema possono riscontrarsi solo dopo parecchi anni. Invece sopra gli altri sistemi il trauma non può determinare che disturbi meccanici (anchilosi, stenosi) i cui esiti solo raramente determinano l'aggravarsi del disturbo iniziale ciò che si verifica specie nell'infortunistica ma quasi mai comportano un rischio mortale.

* * *

Da quanto abbiamo visto possiamo concludere che il trauma remoto può costituire uno dei fattori più importanti nel determinismo di alcune malattie soprattutto nervose. Però questo elemento etiologico, del resto non indispensabile nella patogenesi della malattia, non deve essere da solo ritenuto sufficiente allo sviluppo della stessa. Vi devono entrare in giuoco, come abbiamo visto, eredità morbose o costituzionali latenti aggravate da intossicazioni esogene (alcolismo) o infezioni (lue, tbc.) spesso alterazioni vasali subdole (degenerazione dell'endotelio capillare, calcificazioni del-

le arterie) o disgenesie involutive nervose (atrofia spinale) od altre debilitazioni organiche di natura più o meno oscura.

Per tali ragioni il trauma remoto non può essere considerato quale causa della malattia che sopravverrà; ma solo quale elemento concausale morbigeno predisponente o determinante il meccanismo patologico delle reazioni biologiche. Una valutazione in genere del complesso determinante il fatto morboso è costituita dalla teoria del condizionismo di Herzberg secondo la quale ogni processo o condizione morbosa è alla dipendenza di altri processi e condizioni: teoria che non ammette la causa unica e che intesa in modo assoluto ci allontanerebbe dalla realtà per condurci in un campo astratto di relatività.

Nell'ambito dell'assicurazione sulla vita ci dobbiamo ora domandare quale debba essere l'interpretazione medico-legale che si deve dare alla omissione all'ingresso, da parte dell'assicurando, di un trauma remoto che solo successivamente provoca complicanze o successioni morbose.

Anzitutto il Codice di Commercio prevede nel primo comma dell'art. 429 la nullità nei casi di « reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato » e « quando la dichiarazione e la reticenza sia di tale natura che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso al contratto, o non l'avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose ». Orbene la rarità di queste complicanze in esame è notevole e pur non essendo sicuro il loro avverarsi, la loro possibilità esiste. Per questa circostanza pertanto l'Ente assicuratore può appellarsi al suddetto articolo.

Ci si potrebbe obiettare che nei casi in cui la denuncia dell'antico trauma è stata fatta il rischio viene accettato qua-

si sempre senza che l'assicuratore abbia tenuto questo fatto in conto speciale; ma tale giudizio esorbita dal diritto dell'assicurando e rientra invece nelle facoltà insindacabili dell'assicuratore; per tanto quest'ultimo non è impegnato a considerare sanata una evidente irregolarità contrattuale.

E' ben vero che il coefficiente di concausalità traumatica può essere modesto, ma bisogna ricordare che la valutazione di tale coefficiente è subbiettivo e comunque in alcuni casi può al contrario costituire una notevole percentuale nella determinazione morbigena susseguente. A tal proposito, come osserva il Borri, il coefficiente ideale di concausalità sarebbe rappresentato dal 50% per il trauma e da un altrettanto 50% per l'intervento del coefficiente medico. In pratica la concausalità lesiva può scendere al 5% e anche meno, il che sembra trascurabile rispetto al 95% fornito dall'altro fattore morbigeno.

Si sarebbe tentati quasi di parlare di concausalità spuria; ma purchè il fattore rivesta i caratteri di qualcosa di ben precisabile, come dice Borri, « in ordine ad un effettivo valore etiologico e patogenetico » l'elemento concausa è indiscutibile. Quindi più che l'elemento quantitativo (valore effettivo più che valore aritmetico) è l'elemento qualitativo che interessa poichè quest'ultimo, per modesto che sia, è la causa ultima determinante il sinistro e l'invalidità, stati questi che, in mancanza del trauma, non si sarebbero verificati o sarebbero stati latenti ancora a lungo.

E' per tali ragioni che la proposta avanzata nel campo infortunistico di stabilire dei valori proporzionali nel risarcimento del danno a seconda della entità lesiva non risponde alla giustizia poichè qualunque sia l'entità del danno ne consegue una uguale inabilità nel lavoro esercitato dal soggetto. La legge « del

tutto o del niente » per il riconoscimento dell'invalidità, secondo la terminologia di Pellegrini, è la conferma di tale fenomeno.

Ugualmente nell'Assicurazione Vita una concausa traumatica remota effettiva, anche modesta, può essere la sola, in certe condizioni, e sufficiente a provocare un sinistro. Quindi dovremo ammettere che tali soggetti, antichi traumatizzati, presentano, oltre al rischio ordinario di morte cui vanno incontro tutti i soggetti di uguale età e sesso, un soprarischio che importa un aumento dell'alea da parte dell'Ente Assicurativo. Ciò è tanto vero che nell'infortunistica esiste l'istituto della revisione, il quale fissato una volta nei limiti di due anni, con la nuova legge del 1935 (art. 25), è stato esteso, con alcune modalità, a 10 anni.

Quindi, in tale campo, accanto al danno concreto indennizzato con la pensione, è stata contemplata la possibilità di un danno aleatorio sebbene di fatto questo, abitualmente limitato ad un aggravamento funzionale dell'organo già leso, talvolta possa consistere in una malattia postraumatica che insorga a distanza di anni. Questo danno dagli infortunisti è stato chiamato indifferentemente come danno in potenza o danno futuro; ma ciò impropriamente perchè, in realtà, si tratta di evenienze patologiche diverse.

Come ha osservato Cazzaniga, e su ciò Canuto ha richiamato l'attenzione, mentre il *danno futuro* è dovuto ad una menomazione dannosa che per la sua presenza porterà fatalmente a certe prevedibili conseguenze (ad es. difficoltà al parto o impossibilità ad allattare in casi di gravi cicatrici perineali o mammarie nella donna); il *danno in potenza* invece è un fatto nuovo che può solo talora insorgere per la presenza di menomazioni precedenti, il che corrisponde appunto ai casi che noi abbiamo passato in rassegna.

Possiamo quindi dire che danni potenziali negli antichi traumatizzati sono un fatto non solo biologicamente accertato ma ammesso nella legislazione infortunistica. Anzi questi rivestono una caratteristica di alea e giustamente Canuto ha proposto che essi vengano non già risarciti allo stato potenziale a tutti gli infortunati e conglobati nella pensione; ma che il valore corrispondente sia accantonato e gestito da un Ente assicurativo il quale dovrebbe passare una equa pensione a coloro che vedranno tradotta in triste realtà la lesione in potenza.

Ma se nell'infortunistica le estreme conseguenze del danno hanno trovato una corrispondenza regolamentare, nell'assicurazione sulla vita l'esistenza di tale rischio può sfuggire per il silenzio anamnastico dell'Assicurando. E' precisamente il rischio di un tale danno potenziale post-traumatico il quid mal ponderabile che si presta alle discussioni medico-legali.

Poichè il contratto di assicurazione è fondato sulle dichiarazioni dell'assicurando, e poichè egli è stato reticente proprio in ciò che risulta modificare il vero stato delle cose, si potrebbe invocare il sopracitato primo comma dell'art. 429 del C. C.

V'è poi da rilevare che il secondo comma dello stesso articolo 429 è più estensivo e non fa discriminazioni circa il danno che può avere prodotto la circostanza taciuta. Esso dice: « L'assicurazione è nulla, sebbene la dichiarazione o la reticenza riguardi circostanze che in effetti non hanno influito sul danno o sulla perdita della cosa assicurata. Se da parte dell'assicurato vi è stata mala fede, l'assicuratore ha diritto al premio ».

Risulta evidente come, in linea di diritto, il danno conseguente a tale omissione debba essere a carico della parte

in colpa o comunque negligente, cioè a carico dell'assicurato. In pratica l'Ente segue liberamente nel singolo caso un criterio più largo, il che dimostra quanto lo spirito della legge assicurativa sappia superare la lettera purchè sia dimostrata la sanità fisica e la buona fede dell'assicurato all'atto dell'ingresso. Resta comunque impregiudicato il diritto dello Ente di mancata copertura del rischio per la omessa denuncia.

Da quanto siamo venuti esponendo sopra possiamo concludere che può costituire un grave imperdonabile errore per l'assicurato sulla vita una incompleta denuncia dei disturbi subiti in passato e dei traumi cui è andato incontro, anche se ritiene di esserne completamente guarito. La neurologia, l'endocrinologia e la oncologia presentano numerosi casi di insorgenze di malattie a grande distanza di tempo dal trauma il quale viene a costituire un danno in potenza. La scrupolosa denuncia di questo mette, anche di diritto, al sicuro l'assicurato per ogni dolorosa sorpresa che può riservare l'incertezza del futuro.

Perciò giustamente nel modulo di visita degli Istituti di assicurazione viene specificatamente rivolta la domanda sull'esistenza di regressi traumi o lesioni accidentali come pure se ad essi sono residuati postumi.

Abbiamo già chiarito in precedenza come la mancanza di postumi non escluda successioni morbose nè liberi l'assicurando dalla denuncia del trauma. Con ciò naturalmente non si vuol richiedere la elencazione di traumi che per la lieve entità, per la sede colpita e per il decorso presentato fanno escludere ogni possibile successione morbosa o l'occasione per l'impianto di ogni altra affezione. La collaborazione del medico nella raccolta dell'anamnesi deve appunto permettere di accertare per i traumi, come per ogni altro disturbo, quali di

essi possono costituire un pericoloso precedente.

A proposito della raccolta dell'anamnesi non possiamo passare sotto silenzio la responsabilità morale, essendo quella legale esclusivamente dell'assicurando, che compete al medico fiduciario. Questo ultimo deve verbalmente chiarire il significato delle domande esistenti nel modulo di visita e richiamare l'attenzione del candidato sulla loro importanza. Molto opportunamente il Romanelli al Congresso di Medicina Legale e Generale nel giugno 1933 trattando dei problemi della medicina legale dell'assicurazione vita richiamava l'attenzione dei convenuti sopra questo dovere morale osservando giustamente che « nell'assicurazione vita la raccolta della anamnesi è ancora più difficile, poichè la mentalità dell'assicurando non è orientata nel senso di dover raccontare al medico tutti i disturbi passati ».

Purtroppo, come abbiamo visto, tra questi vanno compresi i traumi remoti che per essere ormai lontani possono indurre nei profani la falsa illusione di essere completamente guariti e di non costituire alcun pericolo di complicanze o di successioni morbose per il futuro. I gravi inconvenienti ai quali in tal modo l'assicurato può andare incontro saranno evitati dagli scrupolosi avvertimenti dati dal medico fiduciario al candidato all'assicurazione il quale spesso ignora l'importanza per il futuro di queste nozioni anamnestiche ritenute di nessun valore.

AUTORIASSUNTO

L'A. prospetta la possibilità che l'assicurato sulla vita abbia omissa, alla visita medica all'ingresso, la denuncia di un trauma il quale per complicanze o successioni morbose costituisca successivamente elemento determinante o casuale di sinistro. Passa poi ad esami-

nare quali siano le malattie nervose, endocrine, osteoarticolari e neoplastiche che devono essere prese in considerazione per simile evenienza, descrivendo alcuni casi personali di epilessia traumatica e di osteoangioma.

Esamina quindi la questione dal punto di vista medico-legale assicurativo assimilando la suddetta possibilità al danno in potenza e conclude affermando come queste reticenze possano costituire elemento sufficiente per la nullità del contratto assicurativo.

BIBLIOGRAFIA

- BECCHINI, *Sarcoma costo-polmonare e trauma*, « La Riforma Medica », 1932, n. 18.
- BERMER, *Emorr. cerebr. traumatiche parcel. a decorso letale*, « Virchows Arch. », 1931.
- CARPI, *Malattie da infortunio*, in « Medicina interna » del Ceconi, vol. IV, 1938.
- CANUTO, *Nuove vedute sul risarcimento del danno alla persona*, « Zacchia », S. 2°, vol. II, fasc. 4, 1938.
- CIAMPOLINI, *La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge*, Ed. Pozzi, Roma, 1926.
- CIAMPOLINI, *Il trauma nella etiogenesi delle malattie*, Ed. Pozzi, 1932, Roma.
- CLAUSI-SCHETTINI, *I traumatizzati del cranio in Assicurazione Vita*, « Ass. Sanitaria », n. 5, 1938.
- DI PRISCO, *Sindrome commozionale tardiva nei traumatismi chiusi del cranio*, « Folia Medica », n. 2, 1933.
- LAPIDARI, MUCCHI e PORTA, *Traumi cranici*, Belluno, 1938.
- LEONCINI, *Sulle contusioni encefaliche da contraccolpi*, « Gazz. intern. di Med. e Chir. », luglio 1938.
- MARINESCO, FAÇON e BRUELLE, *Sindrome infundibolo-tuberiana in seguito a trauma cranico*, Riun. Neur. Int. 5 giugno 1934, in « Rev. Neur. », 1935.
- MATEI, *L'arcnoidite spinale adesiva*, Tesi Bucarest rec. in « Rev. Neurol. », vol. I, 1937.
- PETROSELLI, *Sopra un caso di Parkinson post-traumatico*, « Il Cervello », n. 2, 1938.
- PILATI, *Pachimeningite interna emorragica*, « Zacchia », S. 2, n. 1, 1939.
- PISENTI, *I tumori degli infortunati*, « L'Ass. Sociale Agricola », n. 5, 6, 7, 8, 1938.
- PROCA BANESCU, *Le conseguenze immediate e tardive dei traumatismi vertebrali*, Tesi Bucarest rec. in « Rev. Neurol. », vol. I, 1937.
- ROMANELLI, *La medicina legale nelle assicurazioni vita*, « Archivio di Antrop. crim., psichiatria e med. legale », fasc. suppl. 1933.
- STARNA, *Circa l'invalidità sopravvenuta a trauma precedente l'ingresso assicurazioni vita*, « Ass. Sanitaria », n. 1, 1935.
- TARGOWLA, *Le sindromi comiziali assai tardive negli antichi traumatizzati cranio-cerebrali della guerra*, « Presse Méd. », n. 61, 1937.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Annali d'Igiene, n. 3, 1940, Roma.

MARTELLI, *Ricerca su un tipo di vaccino antitifico preparato mediante l'azione battericida dell'argento e del rame*.

L'A. studia le proprietà immunizzanti di un vaccino antitifico preparato come sopra da cui risulta la sua superiorità rispetto all'ordinario vaccino formolato.

G.

Azione Antitubercolare (L'), n. 2, 1940, Pineta di Sortenna.

B. T., *La struttura fisica dei bambini tubercolosi e i suoi rapporti con la forma tubercolare*.

Viene riportato da « Beitr. Klin. Tbk. v. 92 », fasc. 8, 1939, un lavoro di Pothkoff, in cui

viene studiata l'esistenza di eventuali rapporti tra tipi somatici di bambini malati e decorso del processo tubercolare. Raggruppati, i bambini tubercolotici, in tre grandi gruppi somatici, leptozomi, mesozomi ed eurizomi, è risultato che circa 2/3 erano mesozomi e solo una piccola percentuale eurizomi. Degno di rilievo il fatto che i bambini affetti da tisi puberale erano leptozomi o eurizomi che rappresentano i tipi estremi.

G.

Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia, fasc. III, 1940, Milano.

GASPARINI, *Le varianti psichiche razziali*.

L'A. riferendosi ai principi biotipologici dettati dal Pende riferisce i risultati di uno studio

psicologico eseguito su 100 militari della R. Aeronautica divisi nelle 5 varianti, stimate razzialmente pure in base a rilievi antropometrici. Attraverso tale studio si desume che, pur ammettendo qualche trascurabile sfumatura, la razza italiana presenta note caratterologiche equilibrate, armoniche, delle quali l'espressione sintetica e più pura è il tipo ariano mediterraneo, che è quello preponderante. G.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. 1-2, 1940, Roma.

ANDRUZZI, *Storia, sviluppo e stato attuale della vaccinazione contro il tifo esantematico*.

L'argomento è di attualità in A. O. I. e però l'A. ricordando che il tifo esantematico è stato oggetto di accurato e costante studio per tutti i laboratori nell'intento di potere trovare opportuni metodi di immunizzazione, passa in rassegna le numerose esperienze eseguite sugli animali e sull'uomo, adoperando il più svariato genere di materiale (organi di animali infetti, sangue umano, parassiti e microbi vari). Sono così esposti i diversi metodi, con i loro risultati. G.

Assistenza Sociale Agricola (L'), n. 1-2, 1940, Roma.

Sommario: MIORI, Casse mutue infortuni agricoli — DIEZ, La sindrome post-commozionale cerebrale — PETROCCHI, Bonifica integrale e latifondo. G.

Avvenire Ostetrico (L'), n. 2, 1940, Napoli.

A proposito dello zucchero delle urine delle donne gravide e puerpere — Le cinque sorelle omozigotiche Dionne.

Idem, n. 3, 1940, Napoli.

La febbre in ostetricia — La vitalità delle femmine e dei maschi. G.

Azione Antitubercolare (L'), n. 1, 1940.

LEONCINI, *Rapporti patogenetici tra pleurite idiopatica e tubercolosi e loro importanza ai fini della prevenzione e dell'assistenza*.

L'A. su un totale di 2876 ammalati di tubercolosi riferisce che circa il 33 % avevano sofferto di pleurite, con più frequenza di quella secca. Il sesso femminile risulta il più colpito da tbc polmonare ed extra polmonare concomitante a pleurite. L'età giovanile è più colpita dalla pleurite sierosa fibrinosa. Il massimo di mortalità si è avuto nei primi due anni dall'epoca di insorgenza della pleurite. Quasi sempre esiste coincidenza tra la localizzazione pleu-

rica e quella parenchimale; più frequente a destra. Si conclude che la pleurite idiopatica si deve quasi sempre ritenere di natura tubercolare dovendosi restringere a ben pochi casi quella di natura reumatica. G.

Africa Medica, n. 3, 1940, Lisbona.

SARMIENTO, *Impronte digitali negli indigeni di Angola* — ARIAS SCHEREIBER, *Il trattamento della blenorragia maschile con i derivati organici azoici.* G.

Archivio Italiano di Scienze Mediche, Coloniali e di Parassitologia, fasc. I, 1940, Roma.

CHIEFFI, *La diagnosi della lebbra*.

Dalla rassegna fatta dall'A. risulta chiaro come sia difficile giungere precocemente alla diagnosi della lebbra e come siano numerosissimi, ma non tutti decisivi, i mezzi suggeriti fino ad oggi a tale scopo. G.

Idem, fasc. 3, 1940, Roma.

BUSSOLESE, *Note sul comportamento della pressione del sangue sull'altopiano etiopico presso gli europei e sua influenza sugli sviluppi della colonizzazione*.

E' noto che le grandi altitudini provocano speciali difficoltà di acclimatamento dovute all'abbassamento della pressione atmosferica e al conseguente innalzamento della pressione del sangue.

In rapporto alla maggiore rarefazione dell'aria prodotta dai grandi calori gli effetti dell'abbassamento della pressione sono resi più gravi, che nelle corrispondenti altitudini dei climi temperati e freddi.

L'A. riporta una tabella che riguarda persone sane, giunte per la prima volta sull'altopiano e provenienti da località metropolitane o coloniali di altitudine trascurabile, da cui risulta un aumento quasi immediato della pressione del sangue, da mettersi in rapporto esclusivamente con la minore pressione atmosferica su quella endovasale, con fenomeni di ronzi, fischi alle orecchie, cefalea, ecc.

Progressivamente si stabilisce una diminuzione della pressione, che si stabilizza dopo 3 o 4 mesi, dovuta, secondo l'A., ad uno stato di ipotonia del miocardio. L'A. viene alla conclusione che le persone sane superiori ai 40 o 50 anni si adattano bene alle grandi altitudini; ciò, che non può dirsi per quelle che presentano alterazioni anche lievi del miocardio e dell'endocardio. Per quanto riguarda la colonizzazione, insiste sul concetto che superato l'attuale periodo di popolamento si dovranno

inviare in Etiopia coppie giovanili, che abbiano qui i loro figli. G.

Atnena, n. 3, 1940, Roma.

QUAGLIARELLO, *La vitamina K o vitamina antiemorragica.*

L'A. riportando le ricerche eseguite dal Dam, che portarono alla scoperta della vitamina antiemorragica, che va sotto il nome di vitamina K, estratta dall'erba medica e dalla farina di alfa-alfa sotto forma di un olio giallastro, solubile nei solventi organici, riporta le applicazioni favorevoli ottenute in casi di fistola biliare con ittero occlusivo in cui esiste grande tendenza alle emorragie per deficienze di protrombina, e nelle diatesi emorragiche dei neonati. Gli studi sono ancora in corso per determinare il valore della vitamina K nelle varie diatesi emorragiche. G.

Avvenire Sanitario (L'), n. 8, 1940.

La campagna antitubercolare dell'Anno XVIII.
BOCCHETTI, *Tappe di vittoria nella lotta contro la tubercolosi.* G.

Idem, n. 10, 1940.

SANGIORGI, *Direttive di marcia ed obiettivi del problema chimico-farmaceutico italiano.*

L'A. dopo aver ricordato i magnifici sforzi operati dall'industria italiana nel campo chimico-farmaceutico con la produzione di prodotti, una volta di marca straniera, ed avere esaltato la bontà e la purezza che si è raggiunta, specialmente nei sulfamidici, i sulfamido-piridinici, l'Aspirina, l'Atophan, l'Elmitolo, l'Urotropina, il Tiocolo, il Veronale, gli antimalarici sintetici, gli opoterapici, gli arsenobenzoli, le vitamine, vaccini e sieri, auspica il maggior incremento ora che costituito l'Impero l'Italia potrà disporre di risorse botaniche considerevoli nel campo delle piante medicinali. G.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, n. 2, 1940, Milano.

PATTARIN, *Il trattamento delle fratture di clavicola.* G.

Idem, n. 3, 1940, Milano.

BRUNI, *Tonsille e timo.* G.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, n. 4, 1940, Milano.

BIGNAMI, *Reazioni locali e generali da Roentgenterapia a 350 Kw.*

L'A. ricordato come per la cura radiologica di numerose neoplasie maligne situate profon-

damente e dotate talvolta di spiccata radioresistenza, sia necessario la somministrazione di forti quantità di raggi roentgen penetranti ha studiato una sessantina di pazienti affetti da ca. della portio e sottoposte a l'uso della roentgenterapia ad altissima tensione (300-1000 Kv) detta anche Gammaraentgenterapia (Grt). Egli è venuto alla conclusione che tale metodo, se applicato con tecnica corretta non espone gli ammalati a rischi maggiori di quelli della comune Roentgenterapia profonda e che le reazioni locali e generali sono molto inferiori a quelle abituali.

Biochimica e terapia sperimentale, fasc. 2, 1940, Milano.

TOTILE IPPOLITIS, *Sulla influenza di un trattamento chininico in coincidenza con un trattamento immunizzante.*

Gli AA. da ricerche condotte concludono che non si mettono in evidenza negli animali trattati modificazioni reattive favorevoli ad un elevamento di difesa immunitaria. G.

Idem, fasc. 3, 1940.

Azione della glicerinaldeide sui muscoli striati lisci e sull'utero — Cavalli occhialini — Equilibrio tra cationi monovalenti e funzione cortico-surrenale — PIGHINI, *Modificazioni endocrine.* G.

Critica medico-sociale, n. 2, 1940, Roma.

PROPEANO, *Contributo alla chiarificazione del problema dei minorenni anormali.* G.

Idem, n. 3, 1940.

CORRENTI, *Alcune considerazioni su due studi antropometrici regionali.*

L'A. riferendosi a due studi antropometrici pubblicati uno da Pratesi e Chira sulla costituzione morfologica in rapporto alla distribuzione geografica, metricamente studiata su 709 italiani adulti, in età fra i 24 e i 27 anni, appartenenti a 15 regioni del Regno, e l'altro, pubblicato dal Midulla che riguarda l'influenza dell'età, della regione e della professione sull'abito costituzionale per la determinazione del tipo medio sportivo, ha riscontrato l'interessante concordanza, tranne pochissimi valori discordanti, bene spiegabili, dei valori ottenuti, con le medie aritmetiche delle singole misure in tutti i soggetti componenti i due gruppi. G.

Cultura medica moderna (La), n. 2, 1940, Palermo.

La deviazione del complemento con il Fen Battaccin-Petragnani nella tbc cutanea.

L'A. in considerazione dell'alta sensibilità e dell'ottima specificità dell'antigene ne consiglia l'uso nella tbc cutanea per la reazione di deviazione del complemento. G.

Difesa Sociale, n. 1, 1940, Roma.

D'ELIA, *Mortalità per malaria e cachessia palustre.*

L'A. sulla base delle statistiche pubblicate per l'anno 1937 dall'Istituto Centrale di Statistica ha potuto rilevare che mentre la mortalità generale del Regno si è ridotta del 23,1 % per lo stesso periodo, la mortalità per malaria ha accusato una diminuzione pari al 37,7 %, e ciò in relazione alle opere di bonifica agraria e al risanamento dell'edilizia rurale attuate su vasta scala dal Regime Fascista. G.

Difesa sociale, n. 2 febbraio 1940.

GUALDI e D'ARGENIO, *Sulla sorte dei tubercolotici dimessi dai sanatori.*

Gli AA. portano un contributo statistico sugli esiti a distanza, da un minimo di 3 anni ad un massimo di 6 anni, dei tubercolotici assicurati della provincia di Siena dimessi dai sanatori ove vennero ricoverati dal 1929 ad oggi. Da esso si può trarre motivo di conforto poichè il 60 % degli individui a distanza di anni che talvolta raggiunge il decennio dopo il ricovero, sono viventi; di questi il 70 % conservano una capacità lavorativa normale e le ricadute non superano il 25 %.

Fisiologia e Medicina, fasc. 4, 1940, Roma.

COSTANZI, *Sul significato fisiopatologico delle cellule basofile dell'ipofisi con particolare riferimento ad alcune malattie del rene.*

PIROLI, *Il comportamento dell'azoto solubile e delle sue frazioni nella donna in menopausa e nell'uomo.* G.

Folia Medica, n. 5, 1940, Napoli.

GALDO, *Le applicazioni pratiche della psicologia sperimentale nella ricerca delle attitudini e del loro adattamento al nuovo ambiente lavorativo creato dalla Carta del Lavoro e dalla Carta della Scuola.*

E' una prelezione al corso di orientamento professionale tenuto in Napoli agli insegnanti delle Scuole Tecniche Industriali, dove l'A. sostiene che i diversi metodi psicotecnici, psicofisici, psicostatici e fisico-dinamici, riescono a

dare l'adeguato indirizzo ai giovani verso il tirocinio ed appropriare i lavoratori a quel lavoro che loro conviene e di poterli anche selezionare. G.

Folia Medica, n. 4, 1940, Napoli.

DE VINCENTIS, *Ricerche sperimentali sulle variazioni dell'equilibrio acido basico nei traumi.*

L'A. ha riscontrato dopo i traumi una caduta della RA mentre il pH del sangue e dell'urina o resta invariato oppure mostra tendenza a spostarsi verso l'alcalosi. G.

Folia Medica, n. 6, marzo 1940.

PACE, *Difendiamo il cuore.*

E' una conferenza che l'A. pronunciò il 30 giugno 1939 al Sindacato Medico Fascista di Napoli. Prendendo le mosse dall'allarme lanciato da Hofmann Vice Presidente di una grande Compagnia americana di assicurazione riferisce dati statistici prevalentemente italiani sulla mortalità per cardiopatie; passa poi ad esaminare quali possono essere i segni di allarme di una cardiopatia, dell'importanza della elettrocardiografia, delle cardiopatie infantili e del piano di lotta contro queste malattie, auspicando cliniche specializzate per la protezione di questi malati.

Giornale di Medicina Militare, fasc. 2, 1940, Roma.

BUCCIANTE, *Causa unica ed immediata concausa preponderante e necessaria di servizio nella medicina legale militare.*

L'A., accennando alla difficoltà di risolvere il problema medico-legale della dipendenza delle malattie da causa di servizio, quando si richieda anche per queste una causalità unica, diretta ed immediata, prospetta la necessità di introdurre nella giurisprudenza pensionistica il concetto della concausa, beninteso, di grado preponderante nel determinismo patogenetico delle malattie medesime. G.

L'Italia Medica, n. 181, 1940, Torino.

D'AMICO, *In tema di organizzazione bellica — MAZZI, Interessi professionali — BONANNI, Pseudo pletora medica.* G.

L'Italia Medica, n. 178, 1940, Torino.

Autarchia e potenza della razza. Politica sanitaria sociale. Stampa medica e riviste mediche. I medici e l'Impero. Il nuovo Ospedale Italiano di Tunisi. G.

Lotta contro la tubercolosi, n. 3, 1940, Roma.

BOCCHETTI, *Il contributo dato all'assicurazione a cura della Federazione Fascista per la lotta contro la tubercolosi.*

L'A. dopo avere esposte le condizioni della lotta antitubercolare in Italia, prima che fossero state emanate ed attuate le provvide disposizioni del Regime, con il decreto 18 ottobre 1927, mette in evidenza i vittoriosi risultati di questa azione che si compendiano nelle seguenti cifre abbastanza significative: da 108 il numero dei dispensari è salito a 489 e molti altri sono prossimi ad entrare in funzione. Il numero complessivo delle visite eseguite nei Dispensari sale da 84.256 a 1.326.300; il numero dei posti letto da 13.769 a 48.378; il numero dei ricoverati negli Istituti di cura per tubercolosi, da 32.159 a 102.169; la mortalità per tubercolosi discende da 60.548 nel 1924 a 34.749 nel 1938.

Questi dati illustrano ampiamente gli immensi benefici arrecati dall'Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, gestita dal benemerito Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. G.

Il Maglio, n. 15, 1940, Torino.

BELLEI, *Preoccupazione - Leggi sociali - Il valore del cottimo.* G.

Milizia Sanitaria, n. 7, 1940, Roma.

21 aprile - *Aumento delle pensioni - Per un miglioramento igienico sanitario.* G.

I problemi del lavoro, n. 4, 1940, Milano.

La pace di Mosca - Intorno al materialismo storico - Materie prime e colonie - Il mercato dell'ideale - Osservatorio Internazionale. G.

Idem, n. 5, 1940, Milano.

La vera pace - La riforma penale in Italia - Il lavoro manuale - La scuola e la vita. G.

Il Progresso Sociale del Mezzogiorno, n. 3, 1940, Napoli.

MAZZEO, *Conferenza sull'igiene rurale - Agricoltura e autarchia - SANGIORGI, Opera igienico sociale del Regime in Puglia, con particolare riguardo alla bonifica del Tavoliere.* G.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 3, 1940, Roma.

GAUDINO, *La malattia dei cassoni dal punto di vista otorinologico.*

L'A. premesso come il sistema acustico vestibolare sia estremamente sensibile alle variazioni di pressione, espone la sintomatologia caratteristica che distingue la cosiddetta malattia dei cassoni, mettendone in evidenza le varie conseguenze dal punto di vista anatomicopatologico e proponendo una serie di provvedimenti atti a prevenire i gravi danni. G.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 4, 1940, Roma.

PENATI, *Il significato biologico del cobalto alla luce delle più recenti acquisizioni - VENASSI, Infortunio mortale per anossia - RUATA, Le medicazioni coagulanti nelle ustioni.* G.

Rassegna Sociale dell'Africa Italiana, n. 2, 1940, Roma.

BUSINCO, *Organizzazione Sanitaria e Imprese coloniali.*

L'A. passa in rassegna i diversi elementi che la costituiscono i quali non si limitano solo al territorio metropolitano con la semplice cura dei feriti e dei malati. In Colonia si è di fronte ad una complessa patologia indigena, all'esistenza di endemie sconosciute, alla scarsità delle disponibilità idriche che importano vasti servizi di profilassi, nè bisogna dimenticare la necessità inderogabile di tutelare il territorio metropolitano dal pericolo delle epidemie. G.

Rassegna Sociale dell'Africa Italiana, n. 3, 1940, Roma.

COSSIO, *L'ulcera tropicale.*

L'A. si oppone alla teoria dell'avitaminosi, finora sostenuta per spiegare l'etiopatogenesi dell'U. T. e ritiene che si tratti di una lesione banale microbica che trova le sue ragioni di diffusione e di persistenza cronica nello stato di alterata circolazione, con scarsa resistenza tissulare. G.

Rassegna sociale dell'Africa Italiana, n. 4, 1940, Roma.

LANDRA, *La patologia del meticcato.*

L'A. tratta i problemi relativi agli incroci fra elementi di razze diverse, che vanno sotto il nome di meticcato e fa rilevare l'importanza dello studio della patologia del meticcato come fattore di chiarificazione nei rapporti tra l'aspetto sociale e l'aspetto individuale del problema razziale.

Rassegna Medica, n. 4, 1940, Milano.

COTTINI, *Regressione di alcuni disturbi da sulfamidici in seguito a somministrazione di acido nicotinico.*

L'A. basandosi su una statistica di 29 casi, nei quali l'uso dei sulfamidici aveva provocato una netta cefalalgia spinta al vomito ha sperimentato la somministrazione di acido nicotinico ottenendone buoni risultati come se si trattasse di un'azione antidotica. G.

Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini (La), fasc. I, 1940, Roma.

SERONO, *Nota di terapia calcica.*

L'A. considera il meccanismo di azione dell'assorbimento del calcio da parte dell'organismo, a secondo del sale adoperato e della via di somministrazione usata. G.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del Lavoro, n. 2, 1940, Roma.

MAURELLI, *L'igiene e la sicurezza nell'industria del vetro* — FAGIOLI, *Dispositivi di sicurezza per pialle a filo.* G.

Rinascenza Medica, n. 8, 1940, Napoli.

DONDI, *Sulla cura degli igromi e delle cosiddette cisti sinoviali.*

L'A. ricordati i vari metodi proposti per la cura degli igromi e delle cosiddette cisti sinoviali articolari e tendinee, riferisce i buoni risultati ottenuti ricorrendo alla terapia obbliterante per mezzo del coaguleno. G.

Rivista della Assistenza, n. 1, 1940, Roma.

I problemi giuridico-sociali — La Giurisprudenza — L'assistenza nell'A. O. I. — Notiziario. G.

Rivista del Lavoro Commerciale, n. 1, 1940, Roma.

DE FRANCISCI, *Idee per un rinnovamento della scienza del diritto* — DANILLO, *Prezzi ed attività finanziaria in Regime corporativo.* G.

Rivista di terapia moderna e di medicina pratica, n. 3, 1940, Milano.

Per la difesa e il vigore della razza — La difesa della stirpe nei rapporti con la scuola — Coltivazione ed alberatura degli arenili — Il nuovo trattato di storia della medicina. G.

Rivista terapeutica alcaloidi, n. 53, 1940, Milano.

Stitichezza ed Aloina — La caffeina — Novità terapeutiche sulla atropina. G.

Semana Mèdica Española, n. 50, 1940, Madrid.

VANNI, *Recenti studi sulla leishmaniosi.*

L'A., studiando la trasmissione della leishmaniosi cutanea in Italia attraverso un ospite intermedio, che sarebbe il Phlebotomus, e la sua diffusione negli Abruzzi, consiglia agli scopi profilattici la protezione meccanica degli ambienti con fitti veli e la disinfezione e rimozione dei materiali di stalla, specialmente feci bovine ed altri escrementi sudici dispersi nella casa. L'A. esalta l'efficacia costante delle iniezioni di Atebrina nella leishmaniosi cutanea e quella delle iniezioni endovenose di tartrato antimónico di potassio nelle forme di leishmaniosi interne, cui seguono guarigioni definitive. G.

Idem., n. 58, 1940, Madrid.

NOGEN, *Revisione critica della patogenesi diagnostica e terapia della nevralgia del trigemino.*

Idem, n. 55, 1940, Madrid.

MORERA, *Quattro casi di ascesso polmonare trattati con onde corte.*

L'A. riferisce i risultati soddisfacenti di questo trattamento che dà luogo ad un'intensa reazione fibro-plastica per cui ritiene che tale metodo di cura vada preferito senza per altro perdere di vista le eventuali indicazioni chirurgiche, quando l'importanza del caso lo richiegga. G.

Settimana Medica (La), n. 7, 1940, Palermo.

SAVAGNONE, *Sul meccanismo di azione dei sulfamidici.*

L'A. proseguendo le sue ricerche tendenti a svelare il meccanismo dei preparati sulfamidici, avendo già studiato con esito negativo la loro azione sulla produzione delle agglutinine, ha ora esteso le sue indagini ad altri anticorpi e precisamente alle precipitine. E' venuto alla conclusione che la somministrazione dei sulfamidici non influisce sulla produzione delle precipitine. G.

Idem, n. 10, 1940, Palermo.

CIMINO, *Sull'estrazione per le vie naturali, delle*

guide minugie cadute in vescica durante la dilatazione dei restringimenti uretrali.

L'A. propone una nuova tecnica per l'estrazione attraverso le vie naturali delle guide minugie accidentalmente cadute in vescica.

G.

Idem, n. 15, 1940, Palermo.

LO MONACO, *La Roentgenfotografia.*

Esistono già le prime statistiche su un numero straordinario di casi osservati con questo metodo e che depongono favorevolmente sulla sua importanza nel campo sociale specialmente nella diagnosi precoce della tbc. Su 10.000 casi esaminati Holfelder ha riscontrato il 0,8 % sospetti di tbc. attiva, De Paoli e Benedetti su 10.080 casi hanno trovato il 3,1 % di tbc. e 5,8 % di cardiaci. La nuova conquista permette col tempo di realizzare la istituzione della cartella radiologica, così importante ai fini della preservazione e della integrità della razza.

Terapia, n. 249, 1940, Milano.

Ormoni femminili puri od estratti ovarici e di corpo luteo?

Lo studio dopo aver preso in esame tutte le disfunzioni sessuali della donna, e la parte che spetta al corpo luteo, nei casi di fecondazione o meno, istituisce un confronto tra le azioni determinate dagli estratti ovarici e dagli ormoni puri nei diversi stati morbosi (amenorrea primaria e secondaria, dismenorrea, insufficienza ovarica, menopausa, sterilità).

G.

Tubercolosi, n. 1, 1940, Roma.

LIBERTI, *La tubercolosi polmonare nei diabetici.*

L'A. dopo aver riassunto i dati statistici relativi alla frequenza della tbc. polmonare nei diabetici, mette in rilievo la sua notevole gravità, specialmente nei vecchi in cui il processo evolutivo assume un andamento estremamente progressivo.

G.

Idem, n. 2, 1940, Roma.

Il fascicolo, molto interessante, è dedicato all'aggiornamento delle conoscenze e giudizi emessi dai vari autori italiani e stranieri sul metodo dell'aspirazione endocavitaria delle caverne polmonari tubercolari, ideato dal Monaldi ed attuato nell'Istituto Forlanini sin dall'ottobre 1938. Tenuto presente che il me-

todo ha suscitato approvazioni e contrasti, il fascicolo riesce di particolare interesse. Con conclusioni diverse sono riportati i lavori pubblicati sull'argomento da V. MONALDI, BOTTARI e BABOLINI, E. MARAGLIANO, SCHUBERT, WEBER, GRASS, BOCCHETTI, COSTANTINI, PARODI, CHAUDURNE, ecc.

G.

Terapia, n. 251, maggio 1940, Milano.

Sul meccanismo di azione della sulfamide.

L'A. ha studiato l'azione del siero di sangue, dell'urina, della bile e degli estratti acquosi di fegato, rene e milza ottenuti da conigli trattati opportunamente con paraaminobenzene-sulfonamide, sul decorso e sulla evoluzione della infezione streptococcica sperimentale del coniglio. Ha osservato che solamente l'urina ed il siero di sangue prolungano la sopravvivenza degli animali infettati con germi virulenti.

Idem, n. 250, 1940, Milano.

BIZZARRINI, *La biotipologia umana individuale e sociale.*

L'A. ricordando l'importanza dello studio della personalità individuale quale mezzo di orientamento e di selezione del lavoratore, nonché di prevenzione delle malattie degli infortuni e dell'invalidità, pone in luce il grandioso contributo portato dalla scienza italiana a tali studi che ora hanno trovato la loro più completa espressione nel magistrale lavoro pubblicato dal Prof. Pende sotto il titolo « Trattato di biotipologia umana individuale e sociale ». In quest'opera di eccezionale valore i progressi della clinica, della politica biologica e della sociologia servono a creare il nuovo indirizzo individualistico della medicina nazionale ed a fissare le supreme finalità di bonifica umana, che stanno al fondo della politica biologica del Regime.

Tubercolosi, n. 3, 1940, Roma.

POZZI, *La virulenza del bacillo di Koch e sua patogenicità.*

L'A. dopo aver dimostrato quanto sia difficile definire il concetto di virulenza del bacillo di Koch basandosi sulla semplice composizione chimica del virus o sulla possibilità di esso di vegetare *in vivo* con abbondante riproduzione ritiene invece che l'azione patogena del bacillo di Koch sia in rapporto alle reazioni allergiche ed immunobiologiche che la stessa infezione tbc. provoca nell'organismo al suo ingresso.

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita**Valore diagnostico e prognostico dell'ombra dell'ilo polmonare
in Medicina Assicurazione Vita**

Dr. T. RICCIOTTI.

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

Nell'analisi di un radiogramma del polmone la regione dell'ilo presenta spesso notevoli difficoltà di interpretazione per cui il radiologo può rimanere perplesso nel decidere se un ilo è normale o no. Poichè questo avviene specialmente in quei casi che non rientrano nel patologico conclamato e che si presentano con discreta frequenza alla nostra osservazione mi sembra opportuno richiamare l'attenzione sull'argomento allo scopo di chiarire qualche concetto diagnostico.

In un primo tempo all'ombra dell'ilo nell'adulto si attribuì un valore patologico esagerato e tale tendenza pessimistica derivò in gran parte dalle incerte cognizioni anatomo-radiografiche sulla costituzione dell'immagine ilare. Le espressioni improprie « ilo ipertrofico », « aumento delle ombre ilari » e simili ricorrevano con tanta frequenza che successivamente il BUSI incluse l'ipertrofia dell'ilo con la falsa apicite e le false strie di STÜRTZ e RIEDER in quella « sindrome nefasta per la quale a troppi è venuta durante la passata guerra la salvazione dai servizi e dai pericoli del fronte ».

Oggigiorno dopo gli studi di numerosi autori italiani e stranieri si sa che l'ombra dell'ilo è data prevalentemente dalle prime diramazioni dell'arteria polmonare, in minor parte dalle vene polmonari e dai bronchi; le linfoglandole in condizioni normali non sono visibili sul radiogramma.

Data la grande variabilità degli ele-

menti costitutivi in rapporto ai diversi soggetti sia nei loro caratteri anatomici, sia nell'orientamento nello spazio, non è facile descrivere se non in forma schematica l'aspetto radiologico dell'ilo normale. Esso non è identico nei due campi polmonari. L'ilo di destra presenta tre corni corrispondenti alle tre grosse diramazioni dell'arteria polmonare. Il corno inferiore, sempre ben visibile, è dato dal ramo principale dell'arteria polmonare e si presenta come una grossa ombra che si origina dall'opacità cardiaca e si incurva ad arco verso il basso. Tra questa ombra e il cuore si scorge un'area trasparente che rappresenta il grosso bronco che segue il vaso il quale in tal modo viene ad essere epibronchiale. Esistono poi altri due corni, il medio e il superiore che corrispondono agli altri due rami dell'arteria polmonare di cui il primo è pure epibronchiale (si vede al disotto di esso la zona trasparente corrispondente al bronco medio) mentre il secondo è ipobronchiale poichè il bronco vi appare al disopra. L'ilo di sinistra presenta due soli corni: l'inferiore e il superiore di cui il primo è epibronchiale, il secondo ipobronchiale. Oltre questi elementi fondamentali vi sono nella regione dell'ilo piccole ombrette che corrispondono a vasi presi d'infilata e non a ghiandole come si credeva una volta poichè — come si è detto — nell'ilo sano le ghiandole linfatiche non danno contrasti appariscenti.

Se questa è l'anatomia radiografica

normale dell'ilo che si riscontra nella maggior parte dei radiogrammi, bisogna pure aggiungere che gli elementi costitutivi come sono stati descritti non sempre appaiono così evidenti. Ond'è che specialmente nell'adulto spesso è difficile dire se l'ilo è normale o è alterato. G. G. PALMIERI ritiene che l'ombra ilare sia da considerarsi patologica quando presenta uno o più dei seguenti caratteri: è sicuramente ingrandita; il suo contorno è incerto ai limiti col disegno polmonare; manca la zona trasparente che separa l'ombra ilare dall'ombra cardio vascolare; si distinguono elementi anomali sovrapposti. Per quello che riguarda quest'ultimo carattere occorre tenere presente la possibilità di errore dovuta ad effetti di proiezione per cui in un radiogramma sagittale può essere attribuito all'ilo una ombra che in realtà non gli appartiene essendo situata nel tessuto polmonare antistante o retrostante ad esso. Oltre ad una lastra nella proiezione standard dorso-ventrale sarebbe consigliabile secondo alcuni autori (WEBER) anche un radiogramma in proiezione laterale allo scopo di differenziare un'ombra pseudo-perilare da un'ombra perilare vera e propria.

Fino a qualche anno fa nei referti radiologici si faceva uso ed abuso della espressione « ili marcati ». Tale espressione che, sebbene in misura molto attenuata, ricorre tutt'oggi, molte volte è impropria poichè il disegno dell'ilo può apparire marcato negli stati enfisematosi, dato il maggior contrasto delle immagini; nell'ossificazione delle cartilagini bronchiali che si osserva nelle persone avanzate in età; infine nello spostamento del mediastino può apparire marcato quell'ilo rimasto più scoperto senza contare che l'ilo di destra appare sempre più marcato del sinistro poichè l'ombra cardiaca estrinsecandosi spe-

cialmente a sinistra copre più largo tratto di ilo da questo lato. Fattori questi di cui il medico di assicurazione deve tener conto per non incorrere in grossolani errori di giudizio.

Ma a parte ogni cosa esistono degli ili che si debbono considerare sicuramente patologici e sono quelli i cui caratteri sono stati già esposti in precedenza.

Volendo ora passare in rapida rassegna i particolari aspetti degli ili nelle principali malattie che interessano più da vicino il medico di Assicurazione Vita incomincerò con la tubercolosi polmonare. E' noto che la tubercolosi delle ghiandole dell'ilo nei bambini rappresenta la regola e negli adulti l'eccezione, all'opposto di quello che avviene nella tubercolosi apicale (BUSI). VIOLA ammette una forma di tubercolosi ghiandolare ilare dell'adulto associata ad una forma lenta interstiziale senza un quadro nosologico ben caratteristico. Nei bambini invece colpiti da tubercolosi polmonare si osservano delle ombre rotondeggianti od ovoidali grosse da un pisello ad un uovo a contorni polliciclici che ingrandiscono gli ili da entrambi i lati, maggiormente a destra. Potendo lo stesso quadro radiologico essere attribuito a malattie acute che non hanno nulla a che vedere con la tubercolosi (influenza, morbillo, pertosse) è opportuno ripetere l'esame radiografico dopo un certo tempo senza mai tralasciare le proiezioni laterali poichè i gangli intertracheobronchiali posti alla biforcazione della trachea e dei bronchi danno luogo ad ombre non molto grandi non visibili in proiezione dorso-ventrale ma solo nelle oblique e nelle laterali. Mentre il reperto di grosse ghiandole ilari e mediastiniche è un appannaggio dell'età infantile e fa difetto per solito nella tubercolosi polmonare cronica dell'adulto, spesso invece sono osservabili

nell'ilo dell'adulto gli esiti di una progressa infezione tubercolare sotto forma di ghiandole calcificate o di strie opache che vanno dall'apice all'ilo (strie di STÜRTZ e RIEDER).

Passando ora alle bronchiti, malattie abbastanza frequenti ad incontrarsi in Medicina Assicurazione Vita, ricorderò che la bronchite acuta non ha alcuna espressione radiologica mentre la bronchite cronica presenta sul radiogramma un rinforzo del disegno dell'ilo, oltre che della trama, soprattutto nelle ramificazioni che partono dal corno inferiore le quali a destra sono ben visibili mentre a sinistra possono essere coperte dall'opacità cardiaca e non distinguersi se non quando raggiungono una notevole intensità che le fa risaltare sui radiogrammi ben contrastati come strie d'ombra più dense. Le ramificazioni che si dirigono orizzontalmente e verso l'alto sono meno accentuate. Non è da tutti ammessa la visibilità delle linfo-ghiandole dell'ilo che V. FALKENHAUSEN afferma riscontrarsi nella bronchite.

Accanto alle bronchiti sono da considerarsi le bronchiectasie in cui l'aspetto dell'ilo è quasi identico: ilo allargato, fortemente opaco per l'infiltrazione e la congestione delle pareti vasali nonché per il ristagno del secreto nel lume bronchiale.

Nell'asma come nell'enfisema già accennato le ombre dell'ilo spiccano nettamente per l'iperluminosità dei campi polmonari.

Anche nel polimorfismo radiologico della sifilide polmonare le alterazioni ilari vanno prese in considerazione: si tratta di strie d'ombra spesse e ben delimitate che partono a raggiera dall'ilo, notevolmente aumentato di estensione, espressione di quei fenomeni infiltrativi interstiziali che sono propri delle localizzazioni viscerali della lue al terzo stadio. Questo aspetto predominante

nelle diramazioni medie e inferiori è stato paragonato a una scopa.

Nei tumori del polmone, sia che si tratti di carcinoma bronchiale sia che si tratti di sarcoma ilare e linfo-sarcoma, l'interessamento dell'ilo è frequente. L'epitelioma polmonare origina dall'epitelio bronchiale e procede dall'ilo in direzione eccentrica seguendo il decorso dell'albero bronchiale. Radiologicamente all'inizio si ha una travata intensamente opaca che parte dall'ilo e si spinge nel parenchima; in seguito col progredire del processo neoplastico per la successiva invasione dei bronchi si osserva un aspetto digitato che più tardi può diventare massivo.

Anche nel sarcoma l'ilo si presenta intensamente opaco ed aumenta di estensione procedendo a macchia d'olio; l'aspetto può non diversificare in modo sensibile da quello delle analoghe forme di carcinoma.

Anche nelle pneumoconiosi il disegno dell'ilo è fortemente accentuato e le piccole ombre nodulari disseminate su tutto l'ambito e corrispondenti non alle particelle di sostanza estranea inalata ma alla proliferazione reattiva che si produce intorno ad esse si presentano più numerose e addensate nella regione perilare e ilare ove possono pur riscontrarsi intense ombre calcifiche dovute, come oggi è dimostrato, non alla coniosi in sé ma alla tubercolosi che spesso vi si associa. Nelle persone molto anziane può riscontrarsi un ilo ingrandito per indurimento antracotico.

Importante è per noi conoscere l'aspetto radiologico dell'ilo dovuto a turbe circolatorie (stasi nel piccolo circolo): data la sua origine dai rami della polmonare tutto il disegno ilare si presenta accentuato il che si osserva specialmente nei vizi mitralici, nei vizi congeniti di cuore e anche nella miocardite e in tutti gli stati di insuffi-

ciencia cardiaca. Le ombre dell'ilo sono allargate regolarmente ossia tutto l'ilo è ingrandito e non una parte sola come si ha nelle bronchiti, bronchiectasie, ecc. e — carattere molto importante — pulsano sotto lo schermo (danza degli ili).

Per completezza di argomento mi limiterò infine a ricordare semplicemente altre condizioni patologiche che possono produrre un ingrandimento dell'ilo: pleurite mediastinica, mediastinite, bronco-polmonite parailare, ipertrofia del timo, gozzo retro-sternale, linfogranuloma e leucemia, cisti da echinococco, aneurisma, dilatazione e spostamento dell'esofago.

Orbene, in conclusione, quale importanza bisognerà assegnare all'ombra dell'ilo in Medicina Assicurazione Vita?

Avendo presente che le nostre osservazioni riguardano in massima parte soggetti normali o in condizioni patologiche iniziali su cui per le ragioni suesposte non è possibile emettere giudizi assoluti circa le condizioni dell'ilo e tenendo conto altresì che immagini simili e addirittura sovrapponibili possono essere l'espressione di stati patologici

profondamente diversi, si deduce che dal punto di vista diagnostico, tranne alcuni casi ad anamnesi reticente e con sintomatologia clinica muta, l'esame radiologico rappresenta un semplice complemento dell'esame clinico a cui aggiunge elementi assai scarsi per quello che riguarda l'ilo.

Va da sè che il giudizio prognostico sul rischio varia in relazione alla malattia di cui l'alterazione dell'ombra ilare costituisce il sintomo. Perciò l'indagine radiologica dell'apparato respiratorio che ci è di tanto aiuto nello studio dell'apice polmonare e nella ricerca di focolai obsoleti nel parenchima, non dà risultati altrettanto utili per ciò che concerne il valore semeiologico dell'ilo nei soggetti compresi nell'età assicurativa.

BIBLIOGRAFIA

- BUSI, *Sulla esplorazione radiologica del torace nella tubercolosi polmonare*. 1929.
 KÖHLER, *Limiti del normale e inizi del patologico in Roentgendiagnostica*. 1932.
 MARKOVITS, *Diagnostic radiologique des affections des organes internes*. 1931.
 VIOLA, PALMIERI, ecc., *Trattato di Semeiotica*. 1933.

Varie

LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE

La medicina preventiva è una delle branche più nobili della medicina generale. Tra i mali che possono essere prevenuti meritano il primo posto quelli da infortunio.

Infortuni. — Il « New York Times » del 13 marzo 1938 rilevava che quotidianamente si verificavano negli Stati Uniti 30.000 infortuni e l'Editoriale del « Journal of the American Medical Association » del 6 marzo 1938 riportava che in tutto l'anno 9.221.517 pazienti sono ricoverati negli ospedali con media di un paziente per ogni 3 decimi di secondo, giorno e notte.

L'Autore fin da parecchi anni aveva insistito su alcune norme per gli autisti, che spesso ca-

devano nello stesso errore per sbadataggine, per ubriachezza o per disturbi visivi.

Malattie di cuore. — Un'altra causa frequente di morte è dovuta alle malattie di cuore, endocarditi, miocarditi, coronariti, emorragie cerebrali.

Il prezzo della negligenza. — Le varie cause che influiscono ordinariamente sulla salute sono trattate dall'A. nell'opuscolo « Qualcuno deve pagare, sarete voi? » del quale opuscolo copiamo i seguenti ammonimenti.

Per gli adulti:

1° il dormire troppo poco, causa stanchezza nervosa.

2° il troppo fumare lede il sistema nervoso;

3° molti liquori o aperitivi guastano lo stomaco e più tardi il fegato e i reni;

4° troppo caffè eccita il cervello ed eleva la pressione arteriosa;

5° la dieta incongrua danneggia la nutrizione;

6° l'alimentazione deficiente provoca anemia;

7° l'alimentazione troppo abbondante genera sovrappeso, ostacola la digestione e lede gli organi di escrezione;

8° i troppi bagni di sole ledono le funzioni cutanee e possono turbare la crasi sanguigna;

9° l'eccessivo esercizio fisico eseguito consideratamente durante i giorni di vacanza di fine settimana nuoce al cuore;

10° troppa poca quiete in casa nuoce ed accorcia la vita.

Per la gioventù:

1° andare a letto troppo tardi turba il normale sviluppo intellettuale e fisico;

2° la ginnastica troppo pesante stanca il cuore, forse per la vita;

3° le troppe eccitazioni amorose provocano disturbi sessuali e nervosi;

4° fumare troppo e bere troppo influiscono sulla nutrizione e sull'apparato respiratorio.

Quanto ai bambini ed ai ragazzi penseranno i genitori a far rispettare le norme igieniche per un sano sviluppo.

Appendicite. — E' sconcertante che ad onta del perfezionamento della tecnica chirurgica, l'appendicite possa ancora causare molte vittime. Infatti pochi casi arrivano al chirurgo entro le prime 12 ore quando non sono ancora sopravvenute complicanze.

Occhi. — Molti ragazzi e giovani devono la loro emicrania a disturbi visivi e ne guariscono mediante applicazione di lenti.

Trichinosi. — Negli Stati Uniti si contano 48.000.000 di pazienti con trichinosi.

Flogosi croniche. — I denti e le tonsille sono le sedi più frequenti di infezioni focali croniche. Altra localizzazione frequente è la cistifellea.

Contagio. — Il contagio di molte malattie infettive è trasmesso facilmente coi mezzi più comuni, biancheria, utensili, ecc. e spesso coi contatti, baci, ecc.

Assorbimento cutaneo. — Molte sostanze chimiche ottenute da olii volatili o essenziali sono facilmente assorbite attraverso la pelle sana. Così la nicotina è rapidamente assorbita dalla mucosa sana.

Veleni. — L'arsenico ed il piombo possono in piccole dosi essere ingeriti quotidianamente, con l'ingestione di frutta e verdure precedentemente spruzzate con liquidi insetticidi.

Clorina. — L'ingestione di acqua sterilizzata con cloro provoca disturbi gastro-intestinali.

Sulfanilamide. — L'abuso di questo medicamento nelle più svariate malattie infettive, lede la capsula surrenale e prolunga la convalescenza.

Bagni di sole. — L'esposizione incauta e prolungata al sole provoca disturbi gastro-enterici, nonché alterazioni delle ghiandole endocrinali; occorre sempre consultare il medico.

Esame medico. — Chiamare sollecitamente e frequentemente il medico durante le malattie croniche e gravi e consultarlo pure dopo la guarigione. Le grandi ditte debbono sottomettere a visite mediche i loro impiegati al momento dell'assunzione, e far ripetere la visita ogni anno. Purtroppo nonostante queste norme di medicina preventiva molti ancora si ammalano e ciò a causa del ritmo accelerato della vita moderna.

Sifilide. — E' una malattia che si va sempre più diffondendo, e diviene causa frequente di morte.

Vaiuolo. — Questa malattia miete molte vittime se si trascura la vaccinazione dei bambini e deve essere estesa anche a bambini stranieri che entrano nel territorio nazionale senza averla praticata.

Difterite. — Occorre vaccinare i bambini.

Tubercolosi. — Sembra che l'età pubere sia la più suscettibile per contrarre la tbc., come sarebbe dimostrato da ricerche eseguite su studenti di medicina: verso il 4° anno di medicina quasi tutti gli studenti presentavano positiva cutireazione. Probabilmente la spiegazione è ricercata nei frequenti contatti coi tubercolosi e nella negligenza delle misure precauzionali.

Piergol rileva che mentre i morti per tbc. nel 1860 erano fra la popolazione nel rapporto di 446 su 100.000, negli ultimi anni era di molto diminuita e precisamente nel rapporto di 40

su 100.000; si sarebbe così ottenuta la cospicua diminuzione di più del 90 %.

Polmonite. — Knowlton computa a 30 i tipi di pneumococco ciascuno dei quali deve essere combattuto col siero corrispondente. Purtroppo poco è migliorata la mortalità per polmonite nei vari anni.

Cancro. — La causa del cancro è ancora sconosciuta, quindi difficile ne è la prevenzione, quello che più giova è l'asportazione precoce

del tumore; la mortalità del cancro si classifica seconda dopo quella per cardiopatia. Nel 95 % dei casi il cancro si presenta in persone di età superiore ai 35 anni; la sua sede più frequente è lo stomaco; seguono l'utero, il seno, l'intestino e la pelle.

Fishbein nota che muore di cancro 1 uomo su ogni 13; e 1 donna su ogni 8.

Sul.

(Riassunto da *Osborne Medical Record*, New York, nn. 5 e 6, 1940).

Dai Libri e dai Periodici

L'emicrania meteorotropa.

Abbiamo letto in « *Riforma Medica* », n. 11, 1940, uno studio di Galdi, che riguarda le varie forme di emicrania, collegate alle variazioni atmosferiche in individui meteorolabili. L'A. dopo aver fatto una sintesi succinta di tutte le cognizioni moderne intorno ai vari fattori meteorologici e alle loro influenze sull'organismo si è intrattenuto specialmente sulla patogenesi della particolare forma morbosa nei riguardi dell'innervazione vago-simpatica. Si sa che non duole il cervello ma le meningi e particolarmente la dura per cui s'invoca il meccanismo di una costrizione vasomotoria la quale dovrebbe essere la conseguenza dei turbamenti dell'elettricità atmosferica e del gioco degli ioni che si hanno nello spirare del vento; turbamenti favoriti nella loro azione dalle variazioni barometriche, termiche ed igrometriche. Tutti questi fattori agiscono certamente sui colloidali organici donde derivano fenomeni di ischemia nel campo meningeo. Tale meccanismo però non è isolato dagli squilibri ormonici e dai dissesti degli elettroliti, con i quali è notoriamente in rapporto lo stato colloidale dei costituenti degli stessi nervi: ciò che combacia con la concezione attualmente dominante circa la patogenesi allergica dell'emicrania in genere. L'A. conclude il suo studio col ritenere che non si tratta di prevalenze parasimpatico-toniche o simpatico-toniche, ma di squilibri inerenti al sistema neuro-ormonico con notevole influenza, da parte dell'una o dell'altra polarità neurovegetativa.

Gio.

Nuova ipotesi sull'etiopatogenesi delle emorragie cerebrali.

Sono note le teorie classiche dell'emorragia cerebrale: quella morfologica sostenuta da

Virchow Conheim Charcot e già intuita da Morgagni e l'altra vasomotrice, che in questi ultimi anni è subentrata alla prima. Gli anatomopatologi fanno dipendere l'emorragia dalle alterazioni dell'intima, della media e dell'avventizia con il concetto dell'aneurisma disseccante intramurale; teoria che può spiegare il meccanismo della emorragia ma non quello della causa essenziale.

La teoria vasomotrice, secondo la quale lo spasmo dell'arteria è la causa della rottura delle tuniche e quindi della emorragia capillare urta contro la legge che vuole che le arterie cerebrali sfuggano alle variazioni vasomotorie violente, in virtù di una certa autonomia di regolazione, donde consegue che i riflessi vasomotori somatici non possono espletare una grande azione nella patogenesi della emorragia. Di fronte a queste due teorie classiche, che accusano l'arteria e il sistema vasomotore, un'altra ne è sorta di recente; quella chimica così come leggiamo in « *Rinascenza Medica* » (n. 7, 1940). Proposta da Mollard e da Durrant Fardel, essa attribuisce la responsabilità dell'emorragia alla sostanza nervosa, primitivamente ammalata mediante i fermenti e le sostanze fermentescibili che si mettono in libertà da un processo biologico di autolisi cellulare. In conclusione in base alle moderne ricerche, l'emorragia cerebrale sarebbe dovuta ad un disturbo del metabolismo delle cellule nervose per cui si verrebbero a produrre delle sostanze tossiche abnormi, le quali, invece di essere distrutte ed eliminate, agirebbero sui vasi sanguigni provocandone la rottura.

Gio.

La tiroidectomia nella cardiopatia tireotossica.

Sino a pochi anni fa la cura di questa grave cardiopatia era di esclusiva spettanza medica; oggi le idee sono radicalmente mutate ed è opinione comune che la sola cura capace di portare a guarigione definitiva è quella chi-

rurgica. Il Dougelat afferma che i basedowiani si operano non malgrado l'insufficienza cardiaca bensì a causa dell'insufficienza stessa. Leggiamo in « Rassegna Clinico Scientifica » (n. 3, 1940) un caso molto dimostrativo riferito dal Mussafia (« Cuore e Circolazione », novembre 1939). Si trattava di una paziente di 48 anni affetta da morbo di Basedow dall'età di 19 anni, aggravatasi in seguito a fattori emotivi, all'età di 44 anni, in modo da rendere assolutamente impossibile ogni attività, con perdita di 18 chili di peso e insorgenza di un vero quadro cardiopatico. Accessi di tachicardia duravano da alcune ore sino ad un giorno intero, gradualmente comparvero i segni della insufficienza cardiaca suggestiva accompagnati dall'inizio di una fibrillazione auricolare permanente. Nessun risultato avevano dato le terapie cardiocinetiche e neppure il trattamento Roentgenterapico. Decisa, in queste condizioni, la tiroidectomia subtotala, l'intervento fu superato benissimo e dopo 15 giorni scomparve completamente la fibrillazione auricolare, mentre il polso diventava perfettamente ritmico. Tutti i sintomi clinici dell'ipertiroidismo e dello scompenso cardiaco regredirono completamente in breve tempo e ancora dopo un anno l'inferma si manteneva in ottime condizioni generali confermando così l'esatta indicazione della tiroidectomia nelle cardiopatie tireotossiche, unico intervento di sicura efficacia. Gio.

Rapporto tra trauma e cancro.

In un interessante studio di BEHAN (« Medical Record » - aprile 1940) viene discusso il rapporto tra trauma e tumore. Dopo aver affermato che il medico che vuol sostenere questo rapporto deve basare tutte le sue conclusioni più che sia possibile su fatti e non su opinioni e che semplici asserzioni senza base logica non devono aver posto nella testimonianza medica, ribadisce alcuni punti fondamentali necessari per poter affermare che vi è interdipendenza tra trauma e tumore:

1) vi deve essere la prova sicura che il trauma imputato sia realmente occorso;

2) in ogni caso il trauma imputato deve avere un grado sufficiente, sia per la intensità che per la estensione, da aver causato il danno che il reclamante afferma avere subito. E' questo un tipico problema medico legale;

3) è anche necessario mostrare che prima del trauma vi era integrità della parte offesa, potendo il trauma anche solo mettere in evidenza una lesione preesistente;

4) è da tener presente che il tumore dovuto al trauma può anche non sorgere nella esatta sede del trauma e ciò in accordo con le leggi della meccanica per cui il massimo grado di forza trasmessa può essere liberata ad una certa distanza dal punto di incidenza della forza stessa;

5) deve esservi continuità di sintomi tra il momento del trauma e il rilievo del tumore;

6) il tumore non deve insorgere né troppo né poco tempo dopo un trauma. Questo punto è molto controverso; Thiem pensava che il sarcoma non può sorgere prima di otto giorni e che il carcinoma richiederebbe tre o quattro o più settimane a svilupparsi. Ma ora si pensa piuttosto da molti che un tumore maligno che si sviluppa apparentemente entro le due settimane dopo un trauma, preesistesse al trauma. Thiem accettava due anni come limite di tempo ragionevole in cui un sarcoma potrebbe sorgere dopo un trauma e tre anni come limite di tempo per un carcinoma. Gre.

Il problema tonsillare è problema sociale e di razza.

I dottori INNOCENTE e GUIDO CALDEROLI con tale titolo hanno pubblicato un volume a conferma di una precedente monografia su tale argomento.

Indiscutibilmente le tonsille palatine sono state troppo spesso considerate come organi di scarsa funzione o addirittura dannose mentre ha predominato la preoccupazione dei disturbi meccanici che esse arrecano lungo le alte vie respiratorie. La medicina costituzionalistica e l'endocrinologia tendono oggi a rivedere questo atteggiamento antifisiologico e troppo semplicista.

D'altra parte se vi è stata l'esagerazione negli interventi radicali su questo organo da parte di qualche specialista noi riteniamo che non si debba eccedere in senso opposto e considerare come un attentato ogni intervento che si dimostri veramente utile. Così non troviamo giustificato estendere anche alla tonsillectomia gli allarmi e temere i disturbi che potrebbero essere attribuiti alla soppressione della funzione endocrina in seguito ad una tonsillectomia bilaterale.

Che nella vita vegetativa di relazione la tonsillectomia possa avere un effetto dannoso allorché coesistano condizioni individuali non facilmente identificabili è cosa possibile nel bambino e nell'adolescente; ma risulta improbabile nell'adulto.

E' soprattutto nei bambini che la funzione endocrina tonsillare, come dimostra il suo sviluppo, mantiene una importanza notevole e pertanto in quella età l'intervento dovrà essere limitato alla tonsillotomia nella maggior parte dei casi. Questi rappresentano i limiti entro i quali le idee degli AA. potranno trovare una migliore comprensione da parte degli specialisti e degli internisti. *St.*

Causa comune nelle psicosi funzionali.

In questo lavoro T. C. GRAVES (« British Medical Journal » - aprile 1940) si propone di dimostrare l'esistenza di una comune causa per le malattie mentali e fisiche. Dopo aver considerato la importanza di elementi di ordine psicologico, fisiologico, patologico, di reazioni del sistema endocrino e neuro vegetativo, tratta del legame spesso nettamente constatabile fra sindromi psichiche e infezioni croniche, specie infezioni focali (naso, denti, seni). Riporta l'esempio suggestivo di un paziente affetto da delirio di indegnità e da tendenza al suicidio completamente guarito dopo intervento su infezioni focali (drenaggio di un empiema sfenoidale, irrigazione etmoidale, asportazione di un polipo nel seno etmoidale). *Gre.*

Sguardo retrospettivo delle statistiche di mortalità dal 1837 al 1937.

Vengono studiate in questo lavoro (« British Medical Journal » - aprile 1940), le statistiche di morte nel secolo 1837-1937 (della mortalità generale e della mortalità infantile), che mettono in rilievo un notevolissimo miglioramento delle statistiche stesse. Oltre tutti gli altri fattori viene messo in risalto il contributo che la propaganda per mezzo della stampa e delle associazioni mediche apporta al miglioramento delle statistiche stesse. *Gre.*

L'invalidità permanente nelle assicurazioni sociali e nelle assicurazioni sulla vita.

In uno studio dovuto allo Starna (*Assistenza Sociale*, 1940, n. 1-2) sono riferiti i diversi scopi dell'assicurazione per l'invalidità permanente e totale e sono illustrate le differenze tecnico amministrative che esistono tra questa invalidità e quella risultante dalle assicurazioni sociali.

Ugualmente diversa riuscirà la definizione nelle due forme di invalidità le quali, insieme alla invalidità biologica recentemente proposta

dal Pellegrini costituiscono fasi diverse della complessa sintesi dell'entità economico-sociale dell'individuo lavoratore.

L'A. ritiene che lo spirito della legge nelle assicurazioni sociali debba rimanere immutato e non sia opportuno sostituire al termine di invalidità quello di incapacità. Ad evitare malintesi propone in base ad una analisi bio-economica dell'individuo, una differenziazione dell'invalidità in tre tipi autonomi. Successivamente viene presentata e discussa in base a tali principi una più esatta definizione della invalidità nelle assicurazioni sulla vita. *Gio.*

Tante proposte presentate, tante proposte ammesse.

Il dott. HENRY W. COOK, M. D., di cui lamentiamo l'improvvisa perdita, vice presidente e direttore medico della « Northwestern National Life Insurance Company » di New York, ha pubblicato questo manualetto (edito a New York, 1940, Prentice-Hall, Inc.), utilissimo agli agenti assicuratori e in special modo ai produttori.

Questi vi troveranno tutti quei suggerimenti pratici per conseguire risultati positivi e soddisfacenti nella presentazione di proposte di nuovi rischi e per evitare che questi siano rifiutati; vengono perciò loro dati insegnamenti perchè essi esplichino le comuni indagini con cura e con senno sì da essere in grado di fare una prima valutazione del rischio e poterlo giudicare accettabile a condizioni normali o meno.

Quello che più conta oggiogiorno non è più il numero delle proposte bensì la qualità di esse. *Su.*

Riforma sull'assicurazione degli infortuni in agricoltura. Rendita o capitale?

La dibattuta questione, se si dovesse corrispondere, in materia di assicurazione agricola, il capitale o la rendita, all'infortunato rimasto vittima del lavoro, trova ancora il campo diviso in due tendenze opposte. Recentemente è intervenuto nel dibattito il Campese con un articolo comparso nell'*Assistenza Sociale Agricola*, dove l'A., fatta la storia delle polemiche finora svolte, con una esposizione obiettiva delle ragioni sostenute dai fautori dell'una e dell'altra tendenza, le quali ad un certo punto hanno quasi lo stesso peso di validità e di consistenza, si schiera decisamente per i fautori della rendita in analogia con quanto è

stato già stabilito con la legge del 17 agosto 1935 nel settore industriale. Però l'A., che apprezza le ragioni dei sostenitori del sistema capitale, suggerisce — e qui è la parte veramente originale del suo studio — una equa conciliazione dei due principi contrastanti proponendo che il sistema rendita venga temperato dalla possibilità per il beneficiario di riscattare il capitale di copertura, qualora consti che la destinazione di esso ad un impiego terriero risponda insieme all'interesse privato e a quello sociale. Contro i facili critici, che vogliono invocare la legge del 1904 per gli infortuni degli operai sul lavoro, l'A. non manca con sobrio commento di segnalare le differenze sostanziali tra le antiche disposizioni e il metodo da lui preferito sviluppando le ragioni economiche e sociali, strettamente fasciste della sua proposta. L'A. che ha condotto l'importante discussione con fine garbo e sottile dialettica conclude di ritenere di avere potuto così conciliare le due tendenze con soddisfazione di tutti senza..... vinti nè vincitori.

Gio.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

ANGELONE, *Assistenza sanitaria ai coloni di Littoria*. — Estratto dalla « Mutualità Rurale Fascista », n. 3, 1939, Roma.

ANGELONE, *La diagnosi precoce della tubercolosi*. — Nota sintetica. Tipografia Malatesta, 1939, Cassino.

L'Azione dell'Ente Nazionale di propaganda della prevenzione degli infortuni durante l'anno 1938.

In una succinta e chiara relazione, viene reso conto dell'attività notevole svolta dall'E. N. P. I. durante il 1938 e precisamente delle iniziative culturali di cui si è reso promotore. Notiamo fra esse la creazione di un nuovo Istituto di Medicina Industriale a Palermo, l'impianto di un Centro di Tossicologia Industriale a Porto Marghera, la costruzione di un autotreno radiologico che si recherà nelle zone industriali maggiormente colpite, dotato di un grande apparecchio radiologico, capace di fare anche 300 radiografie al giorno, ed inoltre l'organizzazione di un corso rapido di cultura per medici di fabbrica con lezioni ed esercitazioni pratiche. Non è stata trascurata la propaganda attraverso la radio e quella cinematografica mediante il primo autocinema della si-

curezza inaugurato, come è noto, dal Duce. Quest'anno si è prodotto un film specialmente studiato per il fenomeno infortunistico che ha riportato grande successo.

BIAVA LUCREZI, *Acido nicotinico e sangue*. — Estratto dal n. 3, 1940, « Folia Medica », Napoli.

BOLLI, *Contributo allo studio della terapia trentinica (Metodo di Klingmueller) in ginecologia*. — Estratto dal « Bollettino della Società di Ostetricia e Ginecologia della Sicilia Orientale », 1936.

ID., *Su di un caso raro di osteoartrite acromio clavicolare destra, manifestazione unica tardiva di lues acquisita e ignorata*. — Estratto da « La Diagnosi », vol. XIV, fasc. III, 1934.

ID., *Il metodo Tarnier nella cura delle flebiti puerperali post-operatorie*. — Estratto dall'« Archivio di Ostetricia e Ginecologia », n. 8, 1935.

ID., *Atrofia da tubercolosi enterica rapidamente insorta e mortale*. — Estratto da « Medicina infantile », n. 7, 1936.

ID., *Di un particolare caso di epatocolangite cronica splenomegalica con insufficienza surrenale*. — Estratto dagli « Annali della Facoltà Medica Chirurgica di Perugia », vol. XXXV, 1935-36.

ID., *Contributo allo studio della tubercolo-bacillemia in vari casi di tubercolosi chirurgica*. — Estratto dagli « Annali della Facoltà Medico-Chirurgica di Perugia », vol. XXXIV, 1933-34.

CERRUTI, *Larva di Paederus*. — Estratto dal « Bollettino della Società Entomologica Italiana », n. 2, 1940.

CHIORAZZO, *Problemi medico-legali di Buerger*. — Estratto dal « Giornale di Clinica Medica ».

CECCHINI, SCACCABAROZZI, *Rilievi clinico-statistici dei risultati ottenuti in un Sanatorio di pianura*. — Estratto da « Studi clinici e sociali di Tisiologia », vol. IV, Milano.

Gli AA. riferendosi ad alcune affermazioni del Prof. Pende circa la questione della climato-aereo-terapia della tbc. polmonare, hanno preso in esame 6037 ammalati ricoverati nel Sanatorio di Ornago, dal 1916 al 1934, appar-

tenenti ai diversi gradi dell'infezione tubercolare.

Risulta dalle loro statistiche, molto accurate, che il Sanatorio di pianura si adatta meno alle forme iniziali, generalmente chiuse ed apiretiche per le quali è preferibile il clima di altitudine, in relazione all'azione di stimolo e di attivazione del ricambio materiale dell'alta montagna, ma si presta invece, con i migliori risultati, nei casi ad andamento evolutivo, febbrile, con lesioni di diversa estensione e con tendenza a degenerazione grassa ed anche nelle forme polmonari a tipo emoftoico in genere o accompagnate da complicazioni renali, cardiache e disipnoiche o da ipereccitabilità del sistema nervoso.

DI BENEDETTO, *Note di Clinica e Terapia della febbre ricorrente africana.* — Estratto dall'« Archivio di Scienze Mediche Colon. e di Parassitologia », fasc. 3, 1939.

FAUTI, *Alcuni controlli clinici dell'impiego dell'antigene metilico nella cura delle affezioni tubercolari con particolare riguardo all'infanzia.* — Estratto da « Gazzetta Internazionale di Medicina e Chirurgia », 1933, Folligno.

Id., *Un caso grave di lussazione centrale del femore.* — Estratto dal « Giornale Medico dell'Alto Adige », 1938, Bolzano.

Id., *Due casi di ileo da diverticolo di Meker.* — Estratto dal « Giornale Medico dell'Alto Adige », 1937, Bolzano.

IAPICHINO, *I tumori a mieloplasi dell'etmoide.* — Estratto dalla Rivista « Medicina Nuova », n. 3, anno XXIX, Roma.

LUCREZI, *Rilievi sulla cosiddetta anemia tropicale.* — Estratto dagli « Atti del Primo Congresso di studi coloniali », 1939, Napoli.

L'A. spiega queste forme di anemie finora ritenute di origine tropicale con il fatto che la troppo elevata tensione umida dell'atmosfera, porti ad una diminuita tensione di ossigeno nel sangue e quindi all'anemia. Questa forma secondo l'A. si riscontra specialmente in individui colpiti da malaria anchilostomiasi oppure soggetti a squilibri neurovegetativi, con difficoltà digestive ed assimilative.

LUCREZI, LORIGA, *Reazioni sierologiche leishmaniosi canina.* — Estratto dal « Policlinico », - Sez. Pratica - vol. XLVII, 1940.

LUCREZI, *L'eosinofilia nella diagnostica clinica.* — Estratto dall'« Archivio Italiano di Scienze Mediche e di Parassitologia », fasc. 3°, 1939, Napoli.

MORUZZI, *Un caso di eritema nodoso di natura tubercolare.* — Estratto dal « Giornale di Clinica Medica », fasc. 19°, 1939.

Id., *Stenosi esofagea di difficile interpretazione radiologica.* — Estratto da « Athena ».

Id., *La tubercolosi a Medole.* — Pubblicato dal Comune di Medole, 1936.

Id., *Qualche nota di epidemiologia terapeutica sui 101 casi di febbre tifodea.* — Estratto dal « Policlinico », vol. IV, 1937.

Id., *Su due casi di tetano.* — Estratto dall'« Azione Sanitaria », n. 11, 1929.

RINOLDI, *Sul valore delle colonie fluviali.* — Estratto dalla « Rivista di idrologia, climatologia e terapia fisica », gennaio 1930.

Id., *Sulla patogenesi dell'acherato congiuntivite eczematosa.* — Estratto da « Athena », 1934.

Id., *Sommario semeiotico clinico.* — Estratto dalla Rivista « Notiziario di diagnostica e terapia », anno XIII, 1939.

SPIRITO, *La scheda sanitaria 1940.* — Comunicazione fatta al Congresso della Società Italiana per il Progresso delle Scienze tenuta nell'Università di Pisa.

TARSITANO, LUCREZI, *Reperti di forme apigmentate del parassita malarico.* — Estratto dall'« Archivio di Scienze Mediche Coloniali e di Parassitologia », fasc. 2, 1939.

Compagnia di assicurazione sulla vita del popolo, maggio 1940, Dusseldorf.

Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno, n. 2, maggio-agosto 1939, Roma.

L'importante volume che si presenta in bella veste tipografica pubblicato dal Ministero dell'Interno è una completa rassegna della poderosa attività spiegata dallo Stato in materia sanitaria. Notevole è la relazione del Petragliani sulle direttive di azione antitubercolare e quella del Mozzetti sulla propaganda antitubercolare. Molti altri capitoli riguardano la lotta antimalarica, i Centri per la diagnosi e

la cura dei tumori maligni. Corredano la pubblicazione molti grafici e abbondanti rilievi statistici.

SPALLICCI, *La medicina in Orazio* (a cura della S. A. Scalcerle, Milano).

Sono pagine che si leggono con vero diletto: Orazio, esaminato nel settore medico, ci viene presentato in tutto il suo pensiero in rapporto ai costumi del tempo.

Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma - Statistica Sanitaria 1939.

E' una interessante pubblicazione, in cui oltre alla consueta classificazione degli infermi, per malattie, sesso, età, esito e percentuale dei decessi vengono illustrati i dati relativi al movimento degli infermi negli Ospedali Riuniti e i dati relativi alla capacità recettiva di essi. Vengono altresì esposti tutti i movimenti di infermi nelle sale ambulatorie, nei pronti soccorsi e negli ospedali convenzionati. La raccolta statistica termina con due capitoli riguardanti le spese per consumo di medicinali e le spese per comestibili.

Salsomaggiore, 1° Centenario delle cure (1839-1939).

Per conto delle R. Terme è stato pubblicato in elegante veste tipografica questo interessante volume celebrativo preordinato da M. Varanini. In esso vengono dapprima riferite notizie storiche sulle Terme e sulle loro azioni curative valorizzate per opera soprattutto di Berzieri e Valentini. Successivamente viene riferita la biografia dei medici del Ducato tra cui ben noto è il Rasori, medico, filosofo, poeta e patriota; seguono le arti belle che diedero l'attuale volto alla città e le personalità più in vista nella politica e nelle arti. Chiude il volume la descrizione dello sviluppo assunto dalle Terme sia dal punto di vista edilizio, sia per le cifre del movimento dei malati. Il testo è illustrato da molte pregevoli fotografie e facsimili che ne rendono piacevole la lettura.

L'Azione dell'Ente Nazionale di propaganda per la prevenzione degli infortuni durante l'anno 1938-XVI-XVII.

In una succinta e chiara relazione viene reso conto della attività notevole svolta da

E.N.P.I. durante il 1938 e precisamente delle iniziative culturali di cui questo Ente si è reso promotore, e cioè un corso rapido di cultura per i medici di fabbrica, la costituzione di un nuovo Istituto di Medicina Industriale a Palermo e l'impianto di un Centro di Tossicologia industriale a Porto Marghera, come pure la costruzione di un autotreno radiologico, che si recherà nelle zone industriali maggiormente colpite, dotato di uno speciale apparecchio radiografico capace di fare anche 300 radiografie al giorno ed infine l'organizzazione di un Corso rapido di cultura per medici di fabbrica con lezioni ed esercitazioni pratiche tenute da illustri docenti delle discipline mediche del Lavoro. Non è stata trascurata la propaganda attraverso la radio, che viene fatta dall'Ente Radio Rurale e dalla Radio Sociale e quella cinematografica, mediante il primo autocinema della sicurezza, inaugurata come è noto dal Duce.

Quest'anno si è prodotto un film, della durata di 20 min., che espone il fenomeno infortunistico e che ha riportato di già grandi successi e favorevoli apprezzamenti.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari.

Dr. COSCIOLI Antonino - Roseto Valfortore - Foggia.

Dr. BONELLI Michele - Montallegro - Agrigento.

Dr. MARRANDINO Matteo - Volturara Irpina - Avellino.

Dr. MAZZETTI Liborio - Boca - Novara.

E' deceduto in Roma nel mese di aprile u. s., il Prof. Eugenio GASPARRO Docente in Patologia chirurgica presso la R. Università di Roma stimato professionista e Dirigente il Servizio Sanitario Ente Naz. Fasc. Previdenza Dipendenti Enti Diritto Pubblico.

Nel mese scorso a Minneapolis è deceduto il Prof. HENRY W. COOK M. D. Vice Presidente e Direttore dei Servizi Medici della «Northwestern National Life Insurance Company». Alla Famiglia ed alla Compagnia le nostre condoglianze per la dipartita di un competente e di un esimio studioso della nostra specialità.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

GENOVA - *Centro Sanitario.*

POLA - *Consultorio.*

PORTICI - *Consultorio.*

VERCELLI - *Consultorio.*

LOCRI ANTONIMINA (Reggio Calabria) - *Stabilimenti Termali.* A tutti gli assicurati riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore.

GUARDIA PIEMONTESE (Cosenza) - *Terme Luigiane.* A tutti gli assicurati riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore.

TORINO - *Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della Città di Torino.* A tutti gli assicurati riduzione del 15 % sulle tariffe in vigore.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

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

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

Espettorato;

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

Elettrocardiogramma;

Misurazione della pressione arteriosa;

Teleradiografia del torace;

Controllo del peso e dell'altezza;

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

Agli assicurati per capitali superiori a L. 20.000 si concede un buono di visita medica gratuita ogni due anni.

Tale buono (Mod. S. S. 80) 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 (dell'alimentazione, del lavoro, del vestiario, della casa, della famiglia, dello sport, ecc., per la prevenzione delle malattie specialmente infettive) per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.

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

D) Consultazioni gratuite per le seguenti specialità:

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

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

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

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

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

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

I) Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene

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

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

3° «Sotto il platano di Coò» (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.

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 bórico;

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

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

per la colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

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

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

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

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

per la reazione di Wassermann: 5-10 cc. di sangue, prelevato a digiuno 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
PIEMONTE		MARCHE E DALMAZIA			
Torino	Via S. Maria Vittoria 1	Ancona	C. Mazzini, 13	Giorni feriali	Giorni feriali
Alessandria	Via Roma, 14	Ascoli	P. Popolo - V. Archivio	2° e 4° lunedì (sospeso)	1° 3° mercoledì
Atti *	Via Aliberti, 2	Macerata	V. Bucci, 2	Giorni feriali	Ultimo mercoledì
Biella	Via Arnolfo, 20	Pesaro	V. Rossini, 2	1° e 3° lun. - 2° e 4° giov.	2° 4° martedì
Novara *	Via S. Giacomo, 2	Zara	Calle Larga	Giorni feriali	2° giovedì
Vercelli	C. Carlo Alberto			2° 4° martedì	
LOMBARDIA		LAZIO E UMBRIA			
Milano	P. Diaz, 6	Littoria	P. XXIII marzo - Pal. I.N.A.	Giorni feriali	Domenica
Bergamo	V. Camozzi, 33	Perugia	P. Vittorio Emanuele, 1	1° 3° lunedì	2° 4° martedì
Brescia	P. Vittoria - Palazzo INA	Roma	V. Sallustiana, 51	1° 3° martedì	Giorni feriali
Como	V. D. Fontana, 2	Roma	V. Tritone, 142	2° 4° giovedì	Giorni feriali
Cremona	V. Campi, 1	Terni	V. Tacito	1° 3° mercoledì	Mercoledì
Legnano	C. Vittorio Emanuele, 5	Tivoli	V. S. Croce	2° 4° martedì	1° 3° giovedì 2° 4° sab.
Pavia	C. Mazzini, 3	Viterbo	C. Vitt. Emanuele	2° 4° sabato	1° 3° sabato
LIGURIA		CAMPANIA			
Genova	Via Carducci, 3	Avellino	P. Libertà, 52	Giorni feriali	2° 4° martedì
		Benevento	V. Isabella Morra, 6	2° sabato	1° 3° mercoledì
VENEZIA TRIDENTINA		Caserta	C. Umberto, 56	3° martedì (4)	2° 4° giovedì
Bolzano	V. Rosmini, 20	Castellammare di Stabia	V. S. Maria dell'Orto, 3	2° e 4° martedì	1° 3° venerdì
Bressanone	V. Roma, 5	Napoli	P. Costanzo Ciano, 32	Giorni feriali	Giorni feriali
Isola della Scala	P. Nazario Sauro	Portici	V. Belluoci Sessa, 17	2° e 4° martedì	Ultimo sabato
Rovereto	Agenzia Principale INA	Salerno	C. Garibaldi (Pal. Natella)	Giorni feriali	Lunedì
Trento *	V. Bellenzani, 14			3° lunedì	
Verona	V. Vitt. Emanuele, 11	SICILIA ORIENTALE E CALABRIA			
		Catania	V. A. Mussolini, 16	Giorni feriali	Venerdì e sabato
VENEZIA VENETA		Catanzaro	Scusa Leone	2° sabato	2° 4° mercoledì
Padova	P. Spalato, 1	Cosenza	C. Mazzini	3° e 4° martedì	2° 4° martedì
Belluno	V. Garibaldi, 1	Messina	V. Colombo, 40	2° e 4° martedì	Giorni feriali
Treviso	V. Vitt. Emanuele, 29	Ragusa	V. M. Coffa, 12	Giorni feriali	1° 3° martedì
Udine	V. Sauro, 1	Reggio Calabria	C. Garibaldi, 2	2° e 4° giovedì (pomer.)	2° 4° giovedì (pomer.)
Venezia *	Calle larga XXII Marzo	Siracusa	V. dei Mille, 2	3° lunedì	1° 3° mercoledì
Vicenza	P. Roma, 11			2° e 4° venerdì	2° 4° venerdì
VENEZIA GIULIA		SICILIA OCCIDENTALE			
Trieste	P. Dalmazia, 3	Agrigento	V. Roma, 291	Giorni feriali	1° 3° mercoledì
Fiume	V. XXX Ottobre	Enna	V. Vitt. Eman. 292	2° 4° martedì	2° 4° martedì
Gorizia	V. Crispi, 9	Palermo	V. Maqueda, 182	2° e ultimo giovedì	Giorni feriali
Monfalcone	V. Duca d'Aosta, 26	Trapani	V. Torrearsa	2° e 4° venerdì	(Sospeso temporan.)
Pola	Via Garibaldi, 13			1° 3° mercoledì	
Postumia	Viale Oberdan, 7.b	SARDEGNA			
		Cagliari	V. Roma, 73	Giorni feriali	Giorni feriali
EMILIA		Iglesias	Agenzia Principale INA	2° 4° giovedì	1° lunedì
Bologna	V. Pignatari, 1	Nuoro	V. Garibaldi, 81	2° e 4° mercoledì	Ultimo lunedì
Parma	V. Garibaldi, 23	Oristano	Agenzia locale INA	2° 4° martedì	3° lunedì
Riaccenza	P. Cavalli, 2	Sassari	P. Italia, 7	1° 3° mercoledì	2° lunedì
Reggio Emilia	V. Emilia S. Stefano, 3			2° e 4° venerdì	

(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)

O D O N T O I A T R I

- 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. SPIRITO, V. Ospedale - Dr. A. BOFFA, P. Vitt. Emanuele, 7.
Ivrea: Dr. G. BALMA, P. Vitt. Emanuele, 12 - Dr. G. MATUINO, V. Arduino - Dr. G. PUGLIESE, V. XXI Aprile.
Aquila: Dr. G. B. DE ANGELIS.
Arezzo: Dr. M. MICHELINI, V. Francesco Crispi, 2.
Ascoli Piceno: Dr. A. MONDOZZI, V. B. Cairolì - 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.
Bari: *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. FRANCESCONI, V. Saffi, 2 - Dr. M. GHANNOTTI, 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. Danfe, 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. Manno, 88 - Dr. G. PINNA-STARA, Viale Diaz.
Iglesias: Dr. E. SPINAS, V. Roma, 5.
Campobasso: Dr. A. MARTINO - Dr. SANTORO, Manfredi.
Carrara: Dr. G. Batt. LODOVICI, V. Lunense.
Catania: Dr. M. DI GRAZIA, V. Garibaldi, 9 - Dr. S. GRECO, V. Etna, 270 - Dr. G. MILONE, V. Umberto, 41 - Dr. R. MUSUMECI GRASSI, V. Vittorio Emanuele, 215 - Dr. F. POLITI, Via Etna, 208.
Catanzaro: Dr. C. CITANNA, Via Monte, 12.
Chieti: Dr. Cav. E. MASTROPASQUA, V. S. Gaetano, 7.
Como: Dr. V. GORIN, V. Garibaldi, 19 - Dr. A. PADERTI, 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. Isorzo.
Cremona: Dr. L. BERTOLOTTI, Via Beltrami, 4 - Dr. E. REBIZZI, P. Roma, 17 - Dr. R. ZANNINI, V. Blasio, 5.
Casalmaggiore: Dr. O. BOLES.
Cuneo: Dr. F. MANFREDI.
Enna: Dr. D. COLOMBRITA, V. Roma, 262.
Ferrara: Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovacca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 3 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.
Firenze: Dr. V. ARNONE, V. Pandolfini, 26 - Dr. A. CITELLI, Lung'Arno Acciaiuoli, 22 - Dr. G. PUTTI, V. dei Servi, 6 - Dr. C. RAMONINO, V. Vecchietti, 9 - Dr. S. CALAMARI, V. Della Pergola, 14-bis.
Foggia: Dr. G. ARBORE, - Dr. E. DI MAIO - Dr. G. BUONO di Luciano.
Manfredonia: Dr. P. MELUCCO.
S. Severo: Dr. P. RECCA.
Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.
Genova: Dr. G. MORIANI, P. Corvetto, 1/4 - Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.
Cornigliano: Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13
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 BOGA, 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.
Luca: *Attopascio:* Dr. G. L. PIEGAIA.
Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.
Mantova: Dr. G. CONSOLO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiasci, 2 - Dr. E. PONGILUPPI, P. Imperia - Dr. M. PREDARI, V. Marangoni - Dr. L. VENERI, C. V. Emanuele, 64 - Dr. G. ZAGNI, V. B. Grazioli, 32.
Matera: Dr. D. MARINARO - Dr. S. Lo Russo.
Messina: Dr. F. TODARO, Via Dei Verdi.
Milano: Dr. G. ALTARA, C. Roma, 63. - Dr. G. BIAGINI, V. Aversa, 17.
Magenta: Dr. R. RUSSITANO.
Monza: Dr. E. BONSAGLIO, V. Vittorio Emanuele, 1 - Dr. A. CAMPANARI, V. Italia, 13 - Dr. P. SAVIO, V. B. Lumi, 3.
Modena: 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. Sant'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, 65.
Meta di Sorrento: Cav. Uff. Dr. V. RUSSO, Corso Littorio, 113.
Sparanise: Dr. F. GRANDE.
Novara: Dr. F. BORRINI, V. Cavour, 17 - Dr. D. SCENDRATI, C. Regina Margherita, 12.
Palermo: Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villaremosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - Dr. P. GARLO, Largo S. Sofia, 1 - Dr. C. MILAZZO, P. G. Verdi, 22.
Dr. A. NICOSIA, P. Aragona, 4 - Dr. R. PEZZOLI, P. Castelnuovo, 11 - Dr. G. PIAZZA GARGANO, P. San Domenico, 23 - Dr. F. PIZZUTO, V. Villareale, 38 -

Dr. A. RIBOLLA, V. Rosolino Pilo, 12 - Dr. E. TEMPESTINI, 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. STOCCO.
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. FESU, Vicolo Bartolinis - Dr. G. NIEDDU V. Manno - Dr. R. TOCCO, P. Castello.

Savona: Dr. Cav. Uff. G. GASTI, C. Principe Amedeo, 2-5 - Dr. Comm. P. PAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VETRANA, V. Guidobono, 30.
Siena: Dr. P. MARZANO, V. di Città 3.
Sondrio: Dr. L. OTTANI, V. XXVIII Ottobre, 8.
Taranto: Dr. V. BARBARO, C. Umberto - Dr. F. MONTANARI, P. G. Bruno, 33 - Dr. G. SANTOSTASI - Dr. N. VITANTONIO, C. Umberto.
Teramo: Dr. G. BIANCO - Dr. A. SACCONI.
Torino: Dr. G. BUJATTI, C. Vinzaglio, 104 - Prof. Dr. L. CASOTTI, Via Roma, 15, Palazzo I. N. A. - Dr. E. FAVERO, V. Camerana, 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.
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, 83.
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. OTELLI, - Dr. A. PATARINO.
Tradate: Dr. L. COOPMANS DE JOLDI.
Venezia: Dr. A. SERENA, Cannaregio.
Vercelli: Dr. C. A. POZZOLO, P. Vitt. Emanuele, 2.
Verona: Dr. 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 - Ivrca: Dr. G. 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, 82.
Cagliari: Prof. Dr. GALLENGA R., R.

Clinica Oculistica - Prof. Dr. G. MOSSA, V. Pola, 7.
Iglesias: Dr. B. GARAU, Via Umberto, 12.
Serramanna: Dr. L. PITTAU.
Caltanissetta: Prof. Dr. E. CAVALARO, V. Tuminelli, 2 - Prof. Dr. G. NICOLETTI, V. Tuminelli, 4.
Campobasso: Dr. N. BARBATO - Comm. Dr. E. GRIMALDI.
Agnone: Dr. S. SAVASTANO.
Catania: Prof. Dr. 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. Berio, 9.
Oneglia: Dr. G. GRIVA.
Sanremo: Dr. G. GRIVA, V. Vittorio Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, Via Vitt. Emanuele, 8.
Livorno: Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.
Mantova: Prof. Dr. D. FERRI, Via Battisti - Prof. Dr. PREVEDI, C. Vitt. Emanuele, 7.
Messina: Dr. V. LA ROSA, V. Pavia - Prof. Dr. F. SCULLICA, V. Cavour, 131 isol. 336.
Milano: Prof. Dr. A. BUSACCA, Foro Bonaparte, 46.
Napoli: Prof. G. De Rosa, Via Sanfelice, 33 - Dr. F. GALETTI, Riviera di Chiaia, 32.
Novara: Dr. Prof. G. LADDONI, Ospedale Maggiore, C. Cavour.
Padova: Dr. L. ZOLDAN, Via Altinate, 69.
Palermo: Dr. G. BELLINA, V. Celso, 14 - Prof. Dr. A. CUCCO, V. Villafranca, 20 - Prof. Dr. D. D'AMICO, Viale Libertà, 1 - Dr. F. P. DE BONO, Via Di Marzo, 2 - Dr. G. LA PLAGA, Via Garzilli, 24 - Prof. Dr. S. LONGO, C.

Scinà, 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. 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. GRINGOLO, 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 -

Prfo. 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. Grano, 2.
Merano: Dr. M. DIESBACHER, Viale di Maia - Dr. G. NUSSBAUMER, V. Armando Diaz, 13.
Cagliari: Dr. A. CANESSA, V. Maddo, 5 - Dr. L. LAUDADIO, C. Felice, 28.
Iglesias: Dr. A. TORNU, P. Sella.
Caltanissetta: Dr. P. RESTIVO, Via Gaetani, 37.
Catania: Prof. Dr. GIUFFRIDA, Piazza Cavour, 14.
Como: Dr. F. BECCHERLE, V. Volta, 33. Dr. G. TORLASCHI, V. Natta, 7.
Cremona: Dr. F. BOCCHI, V. Madonna, 8.
Cuneo: Prof. Dr. G. DONADEI, Via Gallo, 5.
Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5.
Ferrara: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 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. CHERICI.
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. 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.
Slona: Dr. Prof. L. BELLUCCI.
Taranto: Prof. Dr. A. BIASOLI, Via Due Mari, 18 - Dr. V. BATTISTA, Via Cavour, 27 - Dr. V. NATALE, Via Sassari, 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. Grappa, 14.
Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI.
Venezia: Dr. G. BREGANZATO.
Vercelli: Dr. P. PETTERINO, Via Odoni, 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% 1ª e 2ª cl. 10% 3ª 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. Cardiolog. 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. delle 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
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro	30 %		Istituto terapia ocozonica - Corso Oporto 10	35%
MESSINA	Ist. terapia fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione	30%		« Villa Maria » - Villa della Regina, 14	30 e 40%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I »	10 e 20%	Ospedale Maggiore S. Giov. Battista e della Città di Torino	15%	
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 reumatismi) - V. Pompeo Magno, 14	50% ambulanza 1ª cl. L. 50 retta 2ª » » 40 » 3ª » » 25 »
ROMA	Clinica Ostetrica Ginecologica R. Università di Roma Cura della sterilità.	A tutte le assicurate visite gratuite giovedì e sabato ore 15	PADOVA	Casa « La Salutare » (località Altichiero) (neurologia)	20%
	Osp. S. Gallicano (dermosifilopatia)	diaria 30,50	TREVISO	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otorinolaringologia)	30%
	Ist. « Regina Elena » (tumori)	» 35 —	MIAZZINA (Novara)	Casa « Eremo » (malattie polmonari)	15 e 30%
	Clinica Odontoiatrica R. Università	20%			

Stabilimenti Termali che concedono facilitazioni ai nostri assicurati

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
ABANO TERME (Padova)	Acque clorurate - sodio - solfo - calciche a 87° C. - Fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti - Nevriti	Hotel 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 solfato-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 magnesiate 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 salsobromiodiche	Artrite - reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio Rinofaringiti.	25% su tariffe (Categ. B).
CHIANCIANO (Siena)	Acque bicarbonato - solfato - calcico - magnesiate. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle bibe e bagni 1ª e 2ª classe (per forme popolari anche 3ª classe)
CIVITA VECCHIA (Roma)	Acqua solfato-calcica	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligometalliche-radioattive.	Diatesi uricemica - Calcolosi reno-vescicale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
GUARDIA PIEMONTESE (Cosenza)	Acque solfuree-Salzo - bromiodiche - Fanghi.	Artrite - Malattie cutanee	30% su tariffe
LEVICO (Trento)	Acque arsenico ferruginose solforiche. Bagni.	Anemie - Cloroanemie - 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.
LOCRI-ANTONIMINA (Reggio C.)	Acque salso-iodiche - Bagni - Fanghi	Mal. ginecologiche - Linfatismo Artrite - Reumatismo - Nevriti - Malattie della pelle.	30% 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.

L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
POBRETTEA (Bologna)	Acque salsobromiodiche aclorurate sodiche - solfuree.	Stitichezze - Epatopatie cr. - colecistiti.	50% ingresso stabilimenti - 25% sulle cure.
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 salsobromiodiche	Artritisimo e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Assic. ord. e coll. - 20% sulle tariffe, sconti dagli alberghi Porro e Valentini.
S. CASCIAO B. (Siena)	Acque solfato - calcico - carboniche, da 30 a 45° C. - Fanghi vegeto-minerali caldi	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1° classe - 50% su tariffe 2° classe.
S. PELLEGRINO (Bergamo)	Acque bicarbonato sodico 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° - 55° - 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.
SCRAJO 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 (Palermo)	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.

Estero

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(288) Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70.409

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

LE PROBABILITÀ DI SOPRAVVIVENZA E LA NECESSITÀ DELL'ASSICURAZIONE-VITA

Per quanto il cumulo del risparmio destinato all'assicurazione sulla vita umana risulti in Italia grandemente accresciuto in questi ultimi anni, esso è tuttavia ben lungi dall'aver raggiunto quelle mete che darebbero un'onesta tranquillità economica a tutte le famiglie italiane.

Forse troppi padri di famiglia non riflettono alla frequenza della mortalità, che incide nei periodi più redditizi per il lavoro umano, e quindi al rischio che essi corrono di non arrivare in tempo a provvedere, come avrebbero voluto, all'avvenire dei propri cari.

Bisogna richiamarli alla realtà, come fa la seguente tabella, che indica le sopravvivenze su ogni mille maschi al termine dei dieci anni successivi ai singoli gruppi di età in essa indicati:

Età iniziale	Su ogni mille maschi risultano sopravvivenuti al termine del periodo di 10 anni	Età iniziale	Su ogni mille maschi risultano sopravvivenuti al termine del periodo di 10 anni
Anni 25	955 individui	Anni 40	924 individui
Anni 30	949 individui	Anni 45	900 individui
Anni 35	939 individui	Anni 50	862 individui

E se poi alle cifre di sopravvivenza sostituiamo quelle corrispondenti di mortalità, ne abbiamo la tabella sottostante, che, con maggiore determinatezza, ci pone davanti alla realtà:

Età iniziale	Su ogni mille maschi muoiono nel periodo di dieci anni successivo	Età iniziale	Su ogni mille maschi muoiono nel periodo di dieci anni successivo
Anni 25	45 individui	Anni 40	76 individui
Anni 30	51 individui	Anni 45	100 individui
Anni 35	61 individui	Anni 50	138 individui

Con quale mezzo si può riparare al danno economico derivante dalla morte prematura di un padre di famiglia? Soltanto con l'assicurazione sulla vita e cioè con quella forma di risparmio che prevede e copre il grave rischio, in qualsiasi momento esso si verifichi.

L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

le cui polizze sono garantite anche dallo Stato e godono inoltre del beneficio di partecipare agli utili annuali dell'Azienda, offre ai previdenti svariatissime forme assicurative, in modo che ogni categoria di cittadini trova fra esse quella che più particolarmente le conviene.

ESEMPIO

Un professionista di 30 anni è ammogliato e ha già due figli in tenerissima età; guadagna bene, ma tuttavia è assillato dal pensiero di poter venire a mancare prima di aver potuto accumulare un capitale a favore della sua compagna e dei suoi bimbi.

Per sottrarsi a quest'ansia, che turberebbe la tranquillità della sua vita, stipula con l'Istituto un contratto d'assicurazione per

CENTOMILA LIRE

nella forma "mista" con durata di anni 25, impegnandosi a corrispondere un premio annuo di L. 3.350, che si riduce a L. 3.149 per la partecipazione agli utili.

Al termine del 25° anno ritirerà egli stesso, se in vita, il capitale assicurato, ma se per sventura venisse a mancare anche entro il primo anno di contratto, i suoi cari riceverebbero immediatamente in contanti l'intera somma assicurata di L. 100.000.

Continua l'emissione delle polizze ordinarie e popolari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni collegate ai Buoni del Tesoro 1949. I vistosi premi sono riservati agli assicurati.



