

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IX
Numero 5
15 Ottobre
1940. XVIII

Spedizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

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 una 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 indicata:

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 10 anni successivo	Età iniziale	Su ogni mille maschi muoiono nel periodo di 10 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 partecipazione 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 entro il primo anno di contratto, i suoi cari riceverebbero immediatamente in contanti l'intera somma assicurata di L. 100.000.

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'I.N.A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI

Comitato di redazione: Dott. P. CIATTI, Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, Dott. T. RICCIOTTI

Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA

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

SOMMARIO

1. Consigli agli assicurati:

- a) Dott. T. CICU, Il dolore della regione epigastrica 210
- b) Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, I fermenti 212
- c) Dalle riviste di igiene pratica . 215

2. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:

- a) Dott. S. FIANDACA, Le proprietà biochimiche del sangue in rapporto all'età biologica 217
- b) Prof. Dott. MARIA VELE, I sintomi oculari nella diagnosi e nella prognosi delle malattie cerebrali 230

3. Indagini di Statistica Medica:

Dott. R. KAEWEL, I valori della pressione sistolica secondo le

indagini dei Medici fiduciari di A. V. in Germania 238

4. Notiziario 239

5. Dai Periodici 242

6. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:

Dott. A. STARNA, Qualche elemento di otoscopia; la membrana uditiva 251

7. Varie:

Dott. G. PAPETTI, La pubertà 255

8. Pubblicazioni ricevute 257

9. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 260

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

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

Consigli agli assicurati**IL DOLORE DELLA REGIONE EPIGASTRICA**
(Male di stomaco)

Ci occorre frequentemente constatare come, in genere, non venga data la dovuta importanza ai dolori della regione epigastrica, e come molti individui trascinino tali dolori per mesi ed a volte per anni, rassegnandosi alla loro sorte, dopo aver provato di purgarsi una o più volte, senza aver ottenuto alcun risultato soddisfacente.

Il dolore della regione epigastrica è vario sia nel suo manifestarsi come nella sua entità e frequenza ed è indice non solo di lesione gastrica locale, ma spesso di un altro tratto dell'apparato digerente, per esempio può avvertire che ci troviamo di fronte ad una colica appendicolare. Per di più il dolore può essere del tipo irradiato; cioè sebbene avvertito in corrispondenza dello stomaco, può essere provocato dalla sofferenza di un altro organo, ad esempio il fegato. Nè si possono dimenticare i dolori di origine nervosa come quelli violentissimi provocati dalla tabe: le cosiddette crisi gastriche.

La cavità addominale cela al medico che la esamina le più varie sorprese, e non è agevole spesso riuscire a formulare una esatta diagnosi per cui, in presenza di dolori epigastrici (mal di stomaco), è sempre bene ricorrere ad un sanitario e seguire scrupolosamente il suo consiglio. Ma affinché l'opera del medico sia facilitata ed il suo giudizio diagnostico possa essere emesso presto e bene, occorre che il paziente gli esponga una storia clinica molto accurata circa il carattere proprio del dolore, la sua insorgenza in rapporto ai cibi e ai pasti, localizzazione, irradiazione, la sua insistenza ed intensità, la cessazione o

l'acutizzarsi in rapporto alla posizione del corpo, il suo evolversi nel corso della giornata ed eventualmente il suo comportamento negli anni dopo il suo insorgere.

Una esposizione anamnestica ben resa, permette al più delle volte al medico, già prima dell'esame clinico del malato, di farsi un orientamento diagnostico. Necessità quindi di esaminare accuratamente i disturbi del proprio apparato digerente per poterli poi scrupolosamente riferire.

Mentre il dolore può essere leggero e saltuario ovvero manifestarsi sotto forma di pesantezza alla regione epigastrica, così da permettere, sia in un caso che nell'altro, l'attesa dell'arrivo del medico a domicilio o l'ora di visita in ambulatorio, altre volte insorge così violentemente, a carattere di crampo, che necessita di un intervento curativo o palliativo immediato, onde farlo cessare od attenuare.

Come precedentemente ho detto, mai si deve ricorrere alla cieca ai purganti che possono essere veramente deleteri; non dimentichiamo l'antica massima: *primum non nocere*. Ciò non vuol dire che non si debbano adottare speciali soccorsi utili a lenire il dolore.

Si adagi il sofferente sul letto e gli si applichino sulla regione dolente pezzuole di lana riscaldate (ma non bagnate), si provveda per praticargli un clistere con acqua semplice, magari con l'aggiunta di un po' di olio. Per bocca un leggero infuso di camomilla, specie se insorgesse vomito. Riposo immobile in letto, in posizione supina.

Invece, per i dolori lievi, saltuari, o

per il senso di peso, con un alcalino o con qualche nervino sedativo antispasmodico.

Se vi sarete attenuti alle regole così enunciate, il sanitario sopraggiunto che avrà la responsabilità della cura del sofferente, non potrà che lodare il vostro operato.

Il dolore gastrico può presentare caratteri propri e cioè bruciore, pesantezza e crampo.

Il bruciore è una sensazione intragastrica dovuta sia ad una maggiore sensibilità della mucosa, sia alla qualità talvolta irritante del contenuto gastrico; queste due condizioni sono sovente, ma non sempre, riunite.

La pesantezza è dovuta ad una distensione gastrica causata dalla permanenza, nel fondo dello stomaco atonico, del suo contenuto troppo pesante, o alla presenza nello stomaco, normalmente tonico, d'una eccessiva quantità d'aria come si verifica, per esempio, nell'aerofagia.

Il crampo è una contrazione muscolare contro la quale lotta la porzione situata a monte; sovente si tratta di uno spasmo del piloro, più raramente di uno spasmo circoscritto del corpo dello stomaco.

In pratica i diversi caratteri del dolore sono frequentemente associati in uno stesso malato: una stessa causa può provocare vari dolori; così un ulceroso può avere anche una gastrite, uno affetto da abbassamento dello stomaco può avere spasmo del piloro, ecc. ecc.

E' quindi molto importante il poter distinguere questi tre diversi caratteri.

Importanza non inferiore è data dal saper descrivere con precisione la *localizzazione* e la *irradiazione* del dolore: conoscere esattamente dove è la sede del dolore. Il dolore a destra è spesso dovuto ad alterazioni della cistifellea, del duodeno, del piloro; a sinistra ad

affezioni dell'angolo sinistro del colon; il dolore sulla linea mediana può riconoscere varie cause; dall'ulcera della piccola curvatura alla aerofagia, alla ipercloridria. Naturalmente la sede del dolore va suffragata da altri elementi medici perchè si possa giungere ad una diagnosi; poichè non è impossibile l'errore con forme di natura nervosa (tabe iniziale) come sopra abbiamo accennato.

Cognizione, infine, di capitale importanza per il medico, è la conoscenza dell'*orario del dolore* in rapporto ai pasti. Sotto tale riguardo può essere: precoce, tardivo, continuo, irregolare.

E' *precoce* quando insorge immediatamente dopo i pasti: il malato mangia ed ha male.

E' *tardivo* quando insorge lontano dai pasti in un tempo variabile (da una a cinque ore); dura più a lungo del dolore precoce: il malato mangia ed esso si calma.

E' *continuo* quando è al di fuori dello stomaco: esso è da attribuirsi a lesione dei plessi nervosi regionali.

E' *irregolare* quando insorge indifferentemente la mattina o la sera, prima o dopo i pasti: frequentemente non è a carico dello stomaco ma di un organo vicino, per esempio il colon.

Carattere, localizzazione, irradiazione, orario di insorgenza sono quindi gli elementi essenziali su cui il medico fonda la diagnosi clinica e che sono oggetto di un accurato interrogatorio a cui il paziente od i famigliari sarà necessario rispondano con la massima precisione.

Quanto più esatte saranno le risposte, tanto più facilmente si arriverà ad una esatta diagnosi, e quanto più precoce sarà la diagnosi tanto più rapida e tempestiva sarà l'applicazione dei mezzi terapeutici che la scienza ha messo a nostra disposizione, l'applicazione dei quali resta di esclusiva competenza del medico.

Dott. T. CICU

I FERMENTI

Allorchè un soffio divino alitò su di una massa inerte ed il miracolo della Creazione svegliò, nel canto dei colori, le luci della vita, la Materia si mosse e la Vita si lanciò nel cammino dei secoli in un circolo infinito di forme che appaiono e scompaiono nell'eterna catena dell'esistenza.

Materia in moto, dunque, trasformazione incessante della massa inerte che ora s'atteggia a costruire le sintesi più sublimi della bellezza, ora si disgrega in componenti semplici ed elementari destinati a creare poi sintesi nuove e nuove bellezze.

« Ciò che scompare da un lato necessariamente ricompare dall'altro » afferma Faraday, e Shakespeare nell'*Amleto* ritrae questa eterna vicenda degli atomi che ora vanno per gli spazi azzurri a creare le iridescenze più belle, ora si aggregano a svegliare la scintilla del genio, ora si fermano a formare il misero tetto di una misera capanna. « Il gran Cesare, morto e convertito in atomi non val più che ad impedire il soffio di brezze gelate. Oh quell'argilla che tenne in freno il mondo rende or compatte le pietre di una capanna in ruina ».

L'episodio più imponente del fenomeno vitale è il ricambio della materia la quale incessantemente si decompone per processi di ossidazione con eliminazione delle scorie residue e si ricompone mediante il nutrimento attinto dall'ambiente esterno dove la materia è soggetta a numerose altre trasformazioni. Ma se noi per esempio sciogliamo dello zucchero nell'acqua, questo non si ossida e non si scompone che molto lentamente, mentre nelle cellule dell'organismo tali fenomeni avvengono molto rapidamente con produzione di calore e d'altre forme

d'energia. Se questa velocità di scomposizione mancasse, così per lo zucchero come per altre sostanze, la vita sarebbe impossibile.

Esiste dunque, nella cellula una qualche cosa che accelera le ossidazioni e le scomposizioni organiche e questa qualche cosa è costituita dai fermenti. E non solo nelle cellule dell'organismo questi si trovano e agiscono, ma sono presenti e recano la loro preziosa e indispensabile influenza nell'apparato digerente e nel mondo esterno dove o scompongono corpi chimici di varia natura per ridurli in sostanze semplici delle quali muoverà un nuovo ciclo della materia o trasformano complessi atomici vari in sostanze di cui l'organismo si servirà per nutrirsi. In altre parole i fermenti intervengono nella formazione degli alimenti, nella digestione, nella assimilazione, nelle ossidazioni organiche che sono alla base della vita e nella scissione di sostanze organiche di rifiuto che per successive degradazioni vengono ridotte in complessi atomici semplici che serviranno, in un nuovo ciclo, a nutrire le piante, o sparsi come fertilizzanti sul terreno o diffusi come gas nell'atmosfera. I fermenti intervengono pure in alcune sintesi chimiche.

Nell'economia universale del mondo organico è dunque straordinaria l'importanza dei fermenti. L'origine di essi si trova o nella cellula stessa dell'organismo o nelle cellule di microrganismi detti batteri. Accennerò alla enorme importanza che i batteri hanno nell'intestino, dove, mediante l'azione di speciali fermenti che elaborano e riversano nell'ambiente che li circonda, scompongono e digeriscono i residui alimentari non attaccati o attaccati incompletamente

dai succhi digerenti prodotti dalle glandole del tubo gastro-enterico.

Esistono nell'intestino due specie di flora batterica ad azione antagonista: l'una ad azione propriamente fermentativa che attacca gli idrati di carbonio con grande sviluppo di gas, l'altra ad azione putrefattiva che attacca principalmente le sostanze proteiche con sviluppo di gas fetidi. Nell'equilibrio di questi processi sta l'armonia delle funzioni, ed una corretta alimentazione ne è la base essenziale.

Quanta importanza abbia la flora batterica intestinale è dimostrato dall'esperimento di Schottelius il quale riuscì a tenere in vita dei canini per un certo tempo somministrando loro esclusivamente cibo sterile. Ma gli animali con questa alimentazione cominciarono a diminuire di peso e al diciottesimo giorno morirono. Bene inteso sono batteri questi non patogeni, cioè non causa di malattie, come lo è invece quello del tifo, ma vivono nell'intestino, e in condizioni normali esercitano le loro benefiche influenze senza recare alcun danno. La loro presenza nell'intestino è dunque indispensabile e solo occorre regolarne lo sviluppo e l'azione.

L'importanza della flora batterica intestinale, per i fermenti che essa produce, è ancora maggiore negli erbivori. In questi animali, specialmente, essa scompone il celluloso e permette pertanto l'utilizzazione delle erbe, che sono ricche di questo idrato di carbonio. Questa flora è abbondante nell'ultima parte dell'intestino, cioè nel colon, e tale segmento intestinale è molto più sviluppato negli erbivori appunto per l'importanza che esso assume per la digestione.

Fermento viene dal latino *fervescere* che vuol dire bollire, perchè nella fermentazione alcoolica, conosciuta da tempi antichissimi, il liquido spumeggia per la produzione di gas anidride carbonica.

Nei testi antichi si trova inoltre il vocabolo « Yine » che significa « prodotto della fermentazione o della effervescenza », corrispondente alla voce greca « *Einos* »: vino, donde enologia, la scienza che studia la preparazione del vino.

Fermento, enzima, zimasi, diastasi sono sinonimi con i quali i vari Autori designano le sostanze ad azione fermentativa. Ne esistono parecchie nell'organismo umano, alcune ben note, altre poco note, altre infine ammesse in via ipotetica od intuitiva. Accenneremo solo brevemente ad alcune di esse, dopo aver ricordato le azioni enzimatiche che si svolgono nell'ultima parte dell'intestino.

I costituenti più importanti dei succhi digerenti sono gli enzimi, che si distinguono in tre gruppi: proteolitici (che scompongono le sostanze proteiche), amilolitici (che scompongono gli idrati di carbonio), lipolitici (che scompongono i grassi). Queste azioni di scomposizione delle proteine, dei grassi e dell'amido sono indispensabili, perchè gli alimenti per essere assorbiti debbono essere ridotti e disgregati in complessi atomici semplici che passano in tale forma, attraverso l'intestino, nella circolazione. Appunto in questo lavoro di disgregazione consiste la digestione.

Cominciando dalla bocca gli alimenti trovano nella saliva un primo enzima detto ptialina. La sua azione è quella di attaccare l'amido e di disgregarlo in complessi più semplici e più vicini alla forma ultima di glucosio atta ad essere assorbita.

Giunti nello stomaco gli alimenti subiscono l'azione del succo gastrico che contiene altri enzimi. La pepsina attacca e scompone le sostanze proteiche, il caglio o chimosina o rennina coagula il latte, una lieve quantità di lipasi attacca i grassi. Così avviata, la digestione viene completata nell'intestino, dove an-

cora altri enzimi riducono gli alimenti in forma assorbibile. L'amilasi pancreatica scompone gli idrati di carbonio, la tripsina sgretola le proteine e una lipasi, pure prodotta dal pancreas, scinde i grassi mediante l'intervento della bile in acidi grassi e glicerina. Infine il succo enterico, contenente i suoi enzimi costituiti dall'erepsina (per le sostanze proteiche), da una lipasi (per i grassi) e da una amilasi (per gli idrati di carbonio) contribuisce alla digestione del cibo ingerito fino agli stadi terminali della trasformazione degli alimenti.

Ma il vasto campo dei fermenti non si chiude con i processi della digestione e del ricambio, bensì si estende al gruppo importantissimo dei fenomeni immunitari. Questi consistono essenzialmente nei meccanismi di difesa che l'organismo mette in funzione di fronte alla aggressività delle cause microbiche infettive. Mentre da una parte queste agiscono essenzialmente mediante una azione enzimatica aggressiva l'organismo si difende con la produzione e la mobilitazione di sostanze ad azione antifermentativa o antifermenti.

Dato così un rapido sguardo alle azioni enzimatiche che si svolgono nell'organismo, passerò a dare un cenno di alcune fermentazioni che hanno l'importantissimo scopo di trasformare talune sostanze alimentari in nuovi alimenti utilissimi o indispensabili all'uomo: pane, vino, birra.

La primitiva utilizzazione dei cereali si riduceva all'impasto semplice dei chicchi frantumati o polverizzati che veniva sottoposto direttamente alla cottura ricavandone delle focacce o pane azimo, cioè non fermentato, che è ancora adoperato in alcune regioni specie in Africa. Ma una qualità indubbiamente molto migliore di pane si ottiene mediante il processo della lievitazione della pasta già conosciuto dagli antichi Egizi.

I fermenti contenuti nel lievito del pane sono dati da alcune specie batteriche che attaccando le sostanze costituenti la farina impastata, specialmente le sostanze amidacee, determinano una modificazione della composizione chimica della pasta con sviluppo di gas che rigonfia la pasta stessa la quale diventa spugnosa e dopo cottura dà un pane soffice, gradito al gusto e di più facile digeribilità.

Nella preparazione del vino i fermenti, prodotti pure da batteri, agiscono sullo zucchero d'uva trasformandolo in alcool ed anidre carbonica che, sprigionandosi in bollicine, dà al liquido l'effervescenza propria del mosto in fermentazione.

Nella preparazione della birra i fermenti batterici agiscono sul malto od orzo germogliato (che è la sostanza più adoperata) la cui germinazione sia stata arrestata mediante essiccamento, trasformandone gli idrati di carbonio in alcool e anidride carbonica.

Poche parole dedicherò infine ai fermenti lattici tanto diffusi nella pratica comune nella cura di varie affezioni intestinali.

I bacilli lattici producono dei fermenti capaci di trasformare gli zuccheri in acidi, e in questa loro azione determinano, secondo un presupposto non da tutti ammesso, nel tubo digerente una condizione sfavorevole alla vita e allo sviluppo dei germi della putrefazione. Secondo taluni Autori l'azione favorevole dei fermenti lattici sarebbe invece dovuta alla presenza di una vitamina nelle culture dei bacilli lattici.

Il latte acido (non quello che si produce per alterazione banale del latte esposto ad inquinamento) si ottiene mediante la fermentazione del latte con produzione di acido lattico. E' un ottimo alimento-medicamento in varie malattie dell'intestino, capace di influenza-

re sfavorevolmente le putrefazioni intestinali.

In questa rapida corsa attraverso il vasto campo dei fermenti e nel rapido cenno ad alcuni di essi noi abbiamo visto quanto grande sia la parte di queste sostanze nell'economia organica universale. Questi corpi, in quantità piccolissime, costituiscono una leva che muove la materia organica nelle sue incessanti trasformazioni onde nasce e si alimenta

la vita stessa. Essi sono apparsi a taluni addirittura come la chiave del mistero che avvolge l'essenza del fenomeno vitale: problema che, nel suo enigma, affatica da secoli il pensiero dell'uomo; come il sorriso della sfinge che forse sorride della superbia umana tesa a creare dalla materia inerte il palpito divino della vita.

Dott. MARIANO CLAUSI-SCHETTINI

DALLE RIVISTE D'IGIENE PRATICA

Viva Cien Años, vol. 9°, n. 3, maggio 1940, Buenos Ayres.

Dott. A. ERCOLI, *Nascita, vita e meraviglia degli ormoni.*

L'A. ricorda succintamente come in meno di 50 anni l'endocrinologia abbia svelato alla scienza un campo insospettato dimostrando come nel corpo umano esistano sostanze fabbricate da alcune ghiandole ed inviate in circolo gli increti; i quali in tal modo regolano lo sviluppo somatico e le funzioni più importanti dell'organismo.

Dott. G. GALVAN, *Soffrite di solletico?*

Sebbene questo fenomeno sia ritenuto da molti come un argomento umoristico, l'A. dimostra come al contrario esso possa costituire la prova di speciale sensibilità e della reazione nervosa a carico del senso tattile.

Dott. M. ALZUA, *Come assottigliare la cintura.*

L'uso del busto ha deformato in molte generazioni il corpo delle donne presso le quali la moda ha spesso imposto sacrifici dannosissimi al normale sviluppo; la vita deve essere invece il risultato della tonicità dei muscoli addominali cui si deve dare un sufficiente sviluppo con l'aiuto della ginnastica.

Idem, n. 4.

Dott. R. CARRATALÀ, *Attenzione con le tinture.*

Vengono descritti gli inconvenienti che l'uso di queste sostanze provoca sia determinando irritazioni locali ed eczematoze della pelle, sia per i disturbi renali ed epatici che ad esso consegue, disturbi che talvolta si sviluppano anche a carico dell'apparato gastro-intestinale.

Dott. A. O. AGUIR, *L'anchilostomiasi.*

Viene spiegato il ciclo parassitario e la forma morbosa che questo parassita determina tra i lavoratori della terra, come pure le norme da adottarsi per prevenire il contagio.

Dott. H. MONDOLFO, *I microbi come arma di guerra.*

Sebbene contrario ad ogni diritto di guerra tale mezzo potrebbe provocare epidemie; ma sia le difficoltà di attecchimento, sia i pericoli che tale arma presenterebbe anche a chi la usasse fa sperare che l'umanità sia risparmiata dal suo impiego.

Dott. R. SCHWARZ DE MONGERROTH, *Ginnastica per donna, esercizi di compenso.*

Il tenore della vita troppo casalinga rende molto utile alla donna la pratica degli esercizi ginnastici da camera per mantenere la prestanza della persona, l'agilità delle articolazioni e per l'igiene del corpo.

Im Dienste der Gesundheit, n. 9, 1940, Basilea.

VALEMAR, *Piaceri e pericoli dell'estate.*

L'A. mette in rilievo i grandi benefici che apporta l'estate con l'aria aperta, la luce diffusa e le acque, fonti di salute e di vigoria. Richiama l'attenzione sui pericoli dell'estate quando non si fa l'uso saggio e razionale, ricordando quanto danno possono recare a chi soffre di cuore le giornate troppo calde ed in genere le insolazioni protratte sotto forma di bagno di sole. Il colpo di sole non è soltanto una ustione superficiale delle parti scoperte, ma è una vera intossicazione a seguito dei disturbi delle funzioni cutanee.

Id., *La itterizia*.

Molte sono le cause che determinano l'itterizia dovuta ad un ostacolato deflusso della bile che viene pertanto ad accumularsi nella vescicola biliare come nei piccoli e grandi canali epatici. La cura è diretta a sopprimere le cause del male, come il catarro gastroduodenale, gli eventuali calcoli ed a permettere la regolarità della evacuazione, coadiuvata da una alimentazione povera di grassi.

Il Medico naturalistico, n. 9-10, 1940, Varna.

La tubercolosi polmonare - Il caolino medicinale - Effetti della violenza nella lotta politica - Medico naturalistico e medicina naturalistica.

Mondo e scienza, n. 8, 1940, Sofia.

Respiro della terra - Il pauroso terremoto di Lisbona - Nel cuore dell'Africa - Iran-Persia moderna.

Idem, n. 9, 1940, Sofia.

Nella profondità del mare - L'ombrello nella vita dei popoli - Nepal, Svizzera Asiatica.

L'Alimentazione italiana, n. 5, Anno VI, Roma.
Il valore nutritivo del pesce.

In questo articolo si dimostra in base a risultati scientifici come il pesce abbia lo stesso valore alimentare delle migliori carni di bovino, vitello o del pollo. I pesci in base alla loro composizione chimica si distinguono in grassi (salmone e muggine) più adatti per l'alimentazione dei giovani in quanto contengono grassi in proporzione superiore al 5%; e in magri quelli con quantità inferiore (merluzzo, sogliola, dentice, ecc.). I pesci sono pure ricchi di fosforo e di vitamine. Da ciò si conclude per un sempre maggior consumo di questa carne che è un alimento leggero e nello stesso tempo completo.

Rinascenza Medica, n. 13, 1940, Napoli.

Prof. SARTORY e WEIL, *Pregi della sorba*.

Da indagini riferite all'Accademia di Medicina di Parigi, questo frutto ha rivelato una percentuale di tannino, pectina, gomma, acido citrico, tartarico e malico sostanze che hanno una ben nota azione curativa. Infatti il tannino conferisce alla sorba un potere astringente e lievemente antisettico, la gomma si comporta come antidiarroica ed emolliente, le sostanze pectiche agiscono da antiemorragici e gli acidi come agenti osmotici. Queste virtù terapeutiche furono largamente sfruttate dai

vecchi maestri dell'empirismo e la sorba era soprattutto apprezzata come astringente.

Revista de Higiene, n. 1-2, 1940, Bogotà (Colombia).

Dr. GAMBOA ECHANDIA, *La profilassi antidiarrea*.

Dopo aver esposto i risultati della vaccinazione con l'anatossina presso le varie nazioni e della tecnica l'A. conclude affermando come la vaccinazione attiva contro la difterite costituisca il miglior metodo profilattico di cui la scienza dispone, che tale vaccinazione deve essere praticata non solo all'età scolare ma anche nell'età pre-scolare e che tale vaccinazione costituisce un procedimento assolutamente inoffensivo e certamente di grande efficacia.

Minerva Medica, n. 30, 1940, 28 luglio, Torino.

Dr. BAYER, *I pericoli dei gelati*.

In questo articolo l'A. fa presente come i gelati non calmino nemmeno la sete ne contengano vera panna o latte intero così pure lo zucchero che contengono è in quantità minima; per tali tagioni essi non devono considerarsi veri alimenti nutritivi. Giustamente in Germania si è richiamata l'attenzione dei genitori perchè i ragazzi, troppo ghiotti dei gelati possono ingerirne in quantità eccessiva che danneggia la salute. Il gelato ottunde la sensibilità della mucosa gastrica arrestando la secrezione dei succhi gastrici e salivari e provocando una leggera irritazione delle pareti; non sono esclusi poi i colpi di tosse che può determinare nei soggetti portatori di fatti catarrali nelle vie respiratorie superiori.

Athena, n. 5, 1940, Roma.

GENAND, *Le condizioni di vita nella permanenza prolungata nei ricoveri antiaerei*.

Da uno studio pubblicato in Francia vengono riferiti gli elementi ritenuti di maggiore importanza delle condizioni antigieniche nei ricoveri. Essi consistono in un aumento del tasso dell'anidride carbonica nell'ambiente, in una corrispondente diminuzione della percentuale di ossigeno ed infine in un aumento della temperatura e della umidità relativa nell'aria ambientale. Secondo l'A. il pericolo della irrespirabilità proviene dal terzo elemento poichè il nostro organismo viene sovraffaticato specialmente dall'aumento della temperatura. Si rende perciò necessario il controllo continuo dell'anidride carbonica e della temperatura nei ricoveri antiaerei procedendo, quando il caso lo richiede ad una ventilazione naturale o meccanica del ricovero.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**Le proprietà biochimiche del sangue in rapporto all'età biologica*****Comportamento della magnesiemia e della fosfatemia***

Dott. SALVATORE FIANDACA
Medico della Direzione Generale dell'I.N.A.

In precedenti ricerche, nelle quali è stato studiato il comportamento della potassiemia, della calcemia e del rapporto K/Ca, si è osservato come in relazione ad alcune tare costituzionali (sovrapeso e sottopeso) sono rilevabili modificazioni del ricambio elettrolitico, che rapportate alle analoghe proprietà degli individui normali della stessa età, costituiscono elementi atti a definire alcuni degli attributi funzionali dell'età biologica dei soggetti aventi tali tare.

I risultati accennati, sui quali si è già riferito in questa stessa Rivista, e l'interesse che, sia dal lato teorico che pratico, suscita lo studio dell'età biologica nell'assicurazione vita al fine di una valutazione dei rischi, migliore e più rispondente ai criteri medici (ROMANELLI), ci hanno spinto ad estendere le ricerche anche ad altri elettroliti, il cui contenuto ematico è in connessione con le condizioni dell'organismo, o di alcuni apparati di esso, nelle varie età.

In questa nota viene esaminato il comportamento della magnesiemia e del contenuto ematico del fosforo inorganico.

Malgrado manchino a tutt'oggi ricerche sistematiche circa le variazioni dei due ioni sopraindicati nel sangue degli individui normali in rapporto all'età, i risultati segnalati circa le modificazioni di essi in varie condizioni patologiche e circa l'intima relazione di tali modifica-

zioni, con lo stato anatomico e funzionale dell'apparato endocrino, indussero a presumere che in rapporto all'età il comportamento della magnesiemia e della fosfatemia possa assumere atteggiamenti diversi.

Nei riguardi del magnesio infatti sembra ormai accertato che il suo ricambio sia essenzialmente regolato dal complesso ormonico del lobo anteriore della ipofisi (CANNAVÒ, INDOVINA, FIANDACA, BENINATO, GUERCIO, ecc.) e che il contenuto ematico dell'ione subisca variazioni in rapporto alla maggiore o minore attività della preipofisi, aumentando nelle circostanze, anche di ordine fisiologico (ad esempio nella gravidanza), nelle quali è richiesta una iperfunzione e diminuendo nelle circostanze opposte. Sperimentalmente l'iniezione di ormone preipofisario provoca spiccata ipermagnesiemia e l'applicazione intensiva di raggi Roentgen sulla regione ipofisaria, che induce lesioni degenerative degli elementi della parte ghiandolare dell'ipofisi, provoca al contrario ipermagnesiemia.

Anche il ricambio del fosforo inorganico è notevolmente influenzato dal sistema endocrino e sembra anch'esso legato all'attività funzionale di alcune ghiandole e tra esse principalmente a quella cortico-surrenale. L'iniezione di estratti di corteccia surrenale provoca infatti un aumento notevole della fosfa-

temia e una diminuzione del fosforo inorganico dei tessuti (FIANDACA, CAPIZZI, SORCE).

Un modico aumento del fosforo inorganico del sangue provoca anche lo estratto preipofisario (CANNAVÒ).

I dati accennati e le note conoscenze sulle modificazioni dell'attività funzionale delle ghiandole a secrezione interna nei vari periodi della vita costituiscono ragioni sufficienti per essere indotti a ritenere che, quale espressione delle condizioni funzionali di tali ghiandole, la magnesiemia e la fosfatemia possano subire variazioni non solo in rapporto all'età, ma anche in rapporto alla costituzione somatica dei soggetti.

TECNICA.

Per quanto riguarda le modalità per la scelta dei soggetti ed i criteri dai quali siamo stati guidati, si rimanda alla precedente nota già citata.

Ricordiamo che i soggetti sono stati scelti tra quelli presentatisi al Consultorio per il collaudo della salute del Centro Sanitario dell'I.N.A. in Napoli, appartenenti alla razza

ariana, di carnagione bruna, nati e residenti in Campania.

L'assenza di affezioni patologiche in atto o di postumi di esse è stata constatata con accurata visita medica corroborata da tutti gli esami di laboratorio atti allo scopo. Sono stati presi in esame soggetti normali di peso proporzionato all'altezza (peso = altezza in centimetri meno 100, con oscillazioni massime di $\div 5$ kg.), soggetti in sottopeso (peso inferiore di 10 kg. e non oltre 20, rispetto all'altezza meno cento), soggetti in sovrappeso (peso superiore di 10 kg. e non oltre i 20, rispetto all'altezza meno cento); le ricerche sono state condotte sugli appartenenti ai seguenti 4 gruppi di età: 20-24 anni, 35-39 anni, 50-54 anni, 65-69 anni.

Le determinazioni del magnesio e del fosforo inorganico sono state eseguite in doppia prova sul siero di sangue, adoperando per il primo la tecnica di KALLINI-KOWA, per il secondo la tecnica di CANNAVÒ.

* * *

Osservazioni sui soggetti normali. — Le osservazioni sui normali si riferiscono a 113 soggetti, 65 uomini e 48 donne, di cui 29 appartenenti al gruppo di età dai 20-24 anni, 29 a quello dai 35-39 anni, 28 a quello dai 50-54 anni, 27 a quello dai 65-69 anni.

Sono stati rilevati i seguenti dati.

Soggetti (normali) dai 20 ai 24 anni:

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
1	M. F.	20	m.	1,640	63,8	2,78	3,30
2	L. M.	20	m.	1,700	67,0	2,66	3,10
3	I. R.	20	m.	1,740	70,2	2,91	3,25
4	P. V.	21	m.	1,685	67,5	3,19	2,90
5	T. F.	21	m.	1,690	72,5	2,85	3,20
6	L. V.	22	m.	1,650	63,0	—	2,98
7	T. L.	22	m.	1,650	63,5	3,10	3,50
8	B. A.	22	m.	1,630	61,0	3,27	3,20
9	D. M. F.	23	m.	1,730	69,2	2,81	3,32
10	M. A.	23	m.	1,640	64,0	2,70	2,80
11	D. P.	23	m.	1,610	64,0	3,02	2,92
12	P. F.	23	m.	1,610	59,8	2,95	3,10
13	P. I.	23	m.	1,720	72,5	3,08	3,50
14	M. P.	24	m.	1,680	64,3	3,35	3,42
15	I. V.	24	m.	1,785	80,2	3,24	3,32
16	P. F.	24	m.	1,675	63,7	3,06	3,16
17	B. S.	24	m.	1,730	69,2	2,87	3,22
18	S. F.	24	m.	1,605	63,5	2,91	3,10
19	L. A.	20	f.	1,585	55,8	3,50	3,40
20	B. C.	20	f.	1,590	55,2	3,17	3,00
21	D. D. T.	20	f.	1,610	63,8	3,34	3,64

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
22	L. B.	21	f.	1,600	57,1	2,96	3,10
23	L. T.	21	f.	1,665	64,0	2,86	3,02
24	D. M.	21	f.	1,645	60,0	3,12	3,10
25	L. S.	21	f.	1,600	56,4	3,05	2,98
26	F. I.	22	f.	1,615	67,5	3,18	3,22
27	P. D.	23	f.	1,620	58,5	3,21	3,30
28	V. B.	24	f.	1,620	64,0	3,42	3,30
29	T. T.	24	f.	1,560	53,8	3,18	2,92

Soggetti (normali) dai 35 ai 39 anni:

30	D. F.	35	m.	1,660	66,0	2,80	3,20
1	M. E.	35	m.	1,670	64,0	2,92	3,30
32	L. T.	35	m.	1,715	75,8	3,30	3,40
33	F. D.	35	m.	1,700	65,0	3,70	3,60
34	F. S.	36	m.	1,610	59,0	3,05	3,20
35	M. C.	36	m.	1,750	76,5	3,00	3,10
36	R. S.	36	m.	1,760	80,0	2,75	2,92
37	B. G.	37	m.	1,680	65,8	3,24	3,10
38	R. G.	37	m.	1,650	61,5	3,15	3,20
39	I. P.	37	m.	1,640	66,4	3,72	3,45
40	B. G.	38	m.	1,640	61,2	3,44	3,20
41	D. C.	38	m.	1,610	60,0	3,40	3,30
42	S. G.	39	m.	1,770	72,7	3,50	3,25
43	T. M.	39	m.	1,620	57,0	2,92	3,10
44	Z. U.	39	m.	1,695	74,2	2,80	2,82
45	V. D.	39	m.	1,660	61,6	2,94	3,15
46	D. M. L.	39	m.	1,660	67,2	3,10	3,22
47	S. B.	39	m.	1,710	70,2	3,14	3,20
48	N. R.	35	f.	1,620	65,2	3,12	3,10
49	F. F.	35	f.	1,600	57,2	3,54	3,52
50	I. F.	35	f.	1,570	54,8	3,63	3,72
51	F. P.	36	f.	1,670	62,5	2,90	3,00
52	P. A.	37	f.	1,600	62,5	3,50	3,65
53	C. C.	37	f.	1,620	59,0	3,15	2,96
54	D. G.	37	f.	1,615	65,5	3,05	3,18
55	B. M.	38	f.	1,585	61,0	2,90	3,16
56	S. S.	38	f.	1,610	65,5	2,70	2,90
57	B. L.	39	f.	1,630	58,5	2,92	2,98
58	D. P.	39	f.	1,590	60,2	3,00	3,20

Soggetti (normali) dai 50 ai 54 anni:

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
59	T. G.	50	m.	1,700	65,0	3,15	3,20
60	Z. S.	50	m.	1,730	68,8	3,20	3,10
61	A. M.	50	m.	1,680	68,5	2,90	3,10
62	B. T.	50	m.	1,685	71,2	2,65	2,90
63	N. O.	51	m.	1,730	73,0	3,05	3,15
64	F. V.	51	m.	1,660	69,4	2,52	2,70
65	C. B.	51	m.	1,710	74,9	—	2,90
66	D. F.	52	m.	1,685	67,8	3,50	3,68
67	A. L.	53	m.	1,695	74,0	2,94	2,96
68	T. C.	53	m.	1,710	71,0	3,10	3,22

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
69	L. M. L.	53	m.	1,675	65,8	2,62	2,82
70	S. E.	54	m.	1,600	64,0	2,64	2,80
71	T. F.	54	m.	1,650	64,5	2,83	3,18
72	D. M. G.	54	m.	1,695	65,8	3,60	3,45
73	C. A.	54	m.	1,700	70,6	3,41	3,52
74	T. F.	50	f.	1,570	55,0	3,15	3,20
75	M. C.	50	f.	1,590	63,0	3,00	3,06
76	F. L.	50	f.	1,630	64,2	2,70	3,10
77	C. V.	51	f.	1,640	61,5	2,88	3,25
78	D. R.	51	f.	1,670	67,0	2,75	3,10
79	Z. T.	52	f.	1,670	70,4	2,98	3,20
80	T. T.	52	f.	1,560	54,0	2,80	3,12
81	F. L.	53	f.	1,595	57,0	3,15	3,54
82	I. F.	53	f.	1,600	55,2	2,90	—
83	C. A.	53	f.	1,625	66,7	3,20	—
84	N. C.	54	f.	1,610	58,5	2,95	3,10
85	D. R.	54	f.	1,570	59,0	2,70	3,20
86	S. V.	54	f.	1,625	59,8	3,00	3,10

Soggetti (normali) dai 65 ai 69 anni:

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
87	I. A.	65	m.	1,640	67,0	2,82	3,00
88	F. V.	65	m.	1,710	76,0	3,04	—
89	V. L.	65	m.	1,750	80,0	2,58	2,60
90	M. F.	65	m.	1,610	62,6	2,72	2,90
91	T. S.	66	m.	1,670	71,0	2,38	2,70
92	L. F.	66	m.	1,590	60,0	2,75	3,15
93	C. V.	67	m.	1,640	60,0	3,00	2,94
94	G. L.	67	m.	1,680	68,0	2,72	2,82
95	T. F.	67	m.	1,650	62,5	3,72	3,60
96	M. F.	68	m.	1,655	63,2	3,50	3,52
97	C. L.	68	m.	1,800	84,7	3,67	3,54
98	N. O.	69	m.	1,715	69,8	2,50	3,10
99	P. T.	69	m.	1,600	65,0	2,40	2,72
100	T. V.	69	m.	1,620	63,8	2,85	3,10
101	T. M.	65	f.	1,550	59,0	2,70	2,68
102	C. G.	65	f.	1,620	66,2	2,50	3,00
103	E. G.	65	f.	1,610	57,2	2,41	2,90
104	N. T.	66	f.	1,560	51,2	3,12	3,08
105	S. S.	66	f.	1,605	61,0	3,27	3,65
106	A. M.	66	f.	1,615	57,5	2,60	2,85
107	J. F.	67	f.	1,620	62,6	2,70	2,92
108	P. S.	67	f.	1,610	61,0	2,82	3,20
109	B. G.	67	f.	1,585	56,2	2,70	3,30
110	Z. G.	68	f.	1,565	52,4	2,70	3,10
111	C. L.	69	f.	1,560	58,0	2,42	2,80
112	B. L.	69	f.	1,590	62,3	2,90	3,40
113	S. G.	69	f.	1,605	60,5	2,62	3,04

Si rileva dai dati consegnati che negli individui normali con peso proporzionato all'altezza la magnesiemia oscilla da 2,38 a 3,72 mgr. % con una media di 3,15 mgr.

In rapporto ai quattro gruppi d'età si osserva che valori della magnesiemia tendono ad aumentare dal gruppo d'età dai 20-24 anni a quello dai 35-39 anni nel senso che in quest'ultimo si ha una prevalenza di valori più elevati; successivamente invece tendono a diminuire nei gruppi d'età dai 50-54 anni e dai 65-69 anni, sicchè in quest'ultimo i valori raggiungono cifre in prevalenza nettamente in-

feriori a quelle di tutti gli altri gruppi d'età. I valori della fosfatemia si presentano pressochè uguali nei primi due gruppi d'età, successivamente tendono ad assumere cifre in prevalenza più basse con il crescere dell'età.

Tale comportamento appare più evidente dalla tabella seguente (Tav. I) nella quale sono riportati i valori medi calcolati insieme a quelli massimi e minimi riscontrati.

TAVOLA I

GRUPPO D'ETÀ	MAGNESIEMIA - mg. %			FOSFATEMIA - mg. %		
	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio
20-24 anni . .	2,66	3,50	3,06	2,80	3,64	3,18
35-39 anni . .	2,70	3,72	3,14	2,82	3,72	3,20
50-54 anni . .	2,52	3,60	2,93	2,70	3,68	3,14
65-69 anni . .	2,38	3,72	2,85	2,60	3,60	3,06

Dall'esame di tale tabella appare anche come gli scarti tra il valore massimo ed il minimo rilevati aumentano con il crescere dell'età.

Avendo calcolato, con il metodo degli scarti quadratici medi della media aritmetica, l'indice di variabilità dei reperti riscontrati tra i soggetti appartenenti allo stesso gruppo di età, si sono ottenuti i seguenti valori:

	Magnesiemia	Fosfatemia
20-24 anni	$\pm 0,21$	$\pm 0,19$
35-39 anni	$\pm 0,29$	$\pm 0,22$
50-54 anni	$\pm 0,29$	$\pm 0,23$
65-69 anni	$\pm 0,39$	$\pm 0,29$

Da essi si rileva come il contenuto ematico del magnesio e quello del fosforo inorganico variano da un soggetto all'altro della stessa età con oscillazioni sempre più marcate con il crescere dell'età del gruppo.

Pertanto nei soggetti normali il comportamento dei due ioni con l'età presenta le seguenti caratteristiche:

aumento del contenuto ematico medio del magnesio dall'età più giovane alla adulta e successiva più marcata diminuzione da questa a quelle più anziane; aumento dell'indice di variabilità dei reperti, particolarmente evidente nell'età più anziana;

costanza o quasi del contenuto ematico del fosforo nei primi due gruppi di età e successiva evidente diminuzione di esso dalla età adulta alle anziane; aumento quasi costante dell'indice di variabilità dei reperti, specialmente nel gruppo dell'età più elevata.

* * *

Osservazioni sui soggetti in sottopeso. — Sono stati presi in esame 104 soggetti, 57 uomini e 47 donne, di cui 23 dai 20 ai 24 anni, 29 dai 35 ai 39 anni, 28 dai 50 ai 54 anni, 24 dai 65 ai 69 anni.

I dati rilevati sono i seguenti.

Soggetti (in sottopeso) dai 20 ai 24 anni:

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
120	D. I.	23	m.	1,725	61,5	3,64	3,60
114	M. T.	21	m.	1,660	52,5	3,20	3,28
115	U. L.	21	m.	1,660	52,5	3,32	3,50
116	D. I.	22	m.	1,740	60,5	3,23	3,18
117	Z. E.	22	m.	1,705	59,5	2,84	3,15
118	O. O.	22	m.	1,670	55,0	2,62	2,90
119	C. G.	22	m.	1,650	53,5	3,00	2,80

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
121	C. C.	23	m.	1,610	50,8	3,38	3,04
122	C. S.	24	m.	1,645	54,0	3,40	3,04
123	S. T.	24	m.	1,710	61,0	3,42	3,12
124	R. E.	24	m.	1,765	65,0	2,92	3,00
125	M. S.	24	m.	1,730	63,0	3,50	2,98
126	D. L.	20	f.	1,580	46,0	3,20	2,82
127	P. D. G.	20	f.	1,610	50,0	2,82	2,68
128	N. M.	20	f.	1,610	48,5	2,68	2,72
129	L. T.	20	f.	1,610	49,4	2,94	3,00
130	S. S.	20	f.	1,585	48,0	3,20	2,96
131	R. T.	21	f.	1,650	52,8	3,30	3,06
132	P. H.	21	f.	1,590	49,0	3,35	3,10
133	P. W.	22	f.	1,600	49,2	3,32	3,20
134	B. C.	24	f.	1,585	47,2	3,50	3,04
135	V. F.	24	f.	1,620	50,3	3,04	2,92
136	B. S.	24	f.	1,680	56,0	—	2,84

Soggetti (in sottopeso) dai 35 ai 39 anni:

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
137	D. F.	35	m.	1,670	55,0	3,00	3,12
138	A. L.	35	m.	1,705	60,0	2,96	2,90
139	Z. T.	35	m.	1,725	55,5	3,44	3,58
140	B. T.	35	m.	1,720	60,2	3,58	3,40
141	C. A.	36	m.	1,740	63,0	2,92	3,00
142	C. G.	36	m.	1,580	48,0	2,86	3,05
143	C. B.	36	m.	1,675	56,8	2,88	3,00
144	S. R.	36	m.	1,640	54,0	3,62	3,30
145	D. L.	37	m.	1,750	64,3	3,00	3,24
146	A. P.	37	m.	1,690	58,0	3,50	—
147	P. E.	38	m.	1,790	67,0	2,98	2,86
148	G. S.	38	m.	1,660	56,0	3,37	3,15
149	V. L.	38	m.	1,700	59,4	3,65	3,24
150	A. V.	39	m.	1,710	57,0	3,54	2,80
151	B. G.	39	m.	1,680	57,2	2,98	2,84
152	R. O.	39	m.	1,630	53,0	4,02	3,40
153	L. N.	35	f.	1,550	45,0	3,78	—
154	L. T.	35	f.	1,580	47,8	3,35	3,04
155	B. D.	35	f.	1,620	49,0	3,56	2,85
156	R. S.	36	f.	1,610	46,6	3,35	3,00
157	L. D.	36	f.	1,600	48,4	3,40	3,10
158	R. R.	37	f.	1,585	48,5	2,92	2,72
159	M. N.	37	f.	1,630	52,5	3,14	2,78
160	L. T.	37	f.	1,700	57,8	3,14	2,90
161	B. V.	37	f.	1,550	40,6	2,90	2,96
162	P. G.	38	f.	1,690	51,5	3,60	2,70
163	R. T.	38	f.	1,590	48,2	3,82	—
164	C. P.	39	f.	1,620	51,0	3,40	2,62
165	F. F.	39	f.	1,580	41,5	3,56	2,90

Soggetti (in sottopeso) dai 50 ai 54 anni:

166	V. G.	50	m.	1,705	58,4	2,52	3,10
167	R. S.	50	m.	1,700	58,3	2,60	2,82
168	B. D.	50	m.	1,700	60,0	2,55	2,60

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
169	S. V.	51	m.	1,620	52,0	2,50	2,65
170	M. V.	51	m.	1,725	62,5	2,64	2,90
171	L. B. L.	51	m.	1,680	57,0	3,52	3,42
172	L. T.	51	m.	1,780	68,0	3,54	3,60
173	N. S.	52	m.	1,670	53,0	2,55	2,85
174	V. T.	52	m.	1,665	56,5	2,60	2,71
175	N. L.	52	m.	1,680	52,0	2,70	3,10
176	E. G.	53	m.	1,600	50,0	2,62	2,54
177	T. U.	53	m.	1,740	62,0	3,08	3,20
178	T. T.	53	m.	1,670	57,0	2,52	2,90
179	U. L.	53	m.	1,665	54,5	2,78	2,82
180	S. T.	54	m.	1,680	55,4	2,92	3,00
181	L. P.	54	m.	1,810	69,0	3,60	3,20
182	S. G.	50	f.	1,645	54,0	2,66	2,90
183	B. A.	50	f.	1,610	50,4	2,56	2,62
184	D. G.	50	f.	1,550	43,4	2,62	2,84
185	C. D.	52	f.	1,590	45,5	2,64	2,96
186	F. T.	52	f.	1,620	51,0	3,05	3,15
187	D. R.	53	f.	1,750	58,0	2,65	3,24
188	B. L.	53	f.	1,610	47,0	2,70	2,90
189	B. G.	54	f.	1,580	47,5	3,10	3,04
190	R. R.	54	f.	1,560	44,5	3,52	—
191	M. E.	54	f.	1,590	47,8	2,62	2,78
192	A. A.	54	f.	1,605	48,4	2,50	2,92
193	S. T.	54	f.	1,580	46,2	2,60	2,96

Soggetti (in sottopeso) dai 65 ai 69 anni:

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
194	S. T.	65	m.	1,750	60,5	3,20	3,32
195	A. P.	65	m.	1,780	68,0	2,82	2,90
196	R. V.	65	m.	1,820	69,5	3,60	3,40
197	F. D.	65	m.	1,620	50,2	2,50	2,62
198	R. S.	66	m.	1,680	55,4	2,40	2,58
199	A. G.	66	m.	1,605	50,0	2,52	2,90
200	E. A.	67	m.	1,665	54,0	2,60	2,85
201	V. V.	67	m.	1,710	60,5	2,60	2,78
202	D. F.	68	m.	1,610	50,4	2,38	2,46
203	M. S.	68	m.	1,640	52,0	2,42	2,75
204	B. D.	69	m.	1,785	65,4	3,28	3,50
205	G. G.	69	m.	1,620	52,0	3,32	3,28
206	R. D.	69	m.	1,630	49,2	2,82	2,50
207	T. N.	65	f.	1,575	45,2	2,40	2,65
208	T. R.	65	f.	1,580	45,0	2,32	2,62
209	C. S.	66	f.	1,620	49,5	2,80	3,10
210	M. F.	67	f.	1,630	53,0	2,94	2,60
211	B. G.	67	f.	1,570	44,3	3,52	3,46
212	S. G.	67	f.	1,540	44,0	3,30	3,42
213	C. G.	68	f.	1,640	50,2	2,36	2,46
214	S. T.	68	f.	1,630	49,2	2,60	2,95
215	L. D.	68	f.	1,560	55,0	3,30	2,92
216	N. D.	69	f.	1,550	42,5	2,54	2,60
217	V. T.	69	f.	1,630	51,0	2,42	2,80

I valori ottenuti mostrano come la magnesiemia nei soggetti con sviluppo ponderale in difetto oscilla da 2,32 a 4,02 mgr. % con una media di 3,02 mgr., la fosfatemia da 2,46 a 3,60 mgr. %, con una media di 2,97 mgr.

In confronto alle varie età, come si rileva meglio dall'esame dei valori medi (Tav. II), il comportamento del tasso magnesiemico pur presentando lo stesso caratteristico andamento rilevato nei soggetti normali, mostra delle pe-

culiarità essenzialmente rappresentative da un aumento più accentuato, relativamente ai normali, della magnesiemia dall'età più giovane all'adulta e da una successiva più marcata diminuzione da questa all'età più anziana.

Il contenuto fosfatemico mostra in confronto ai normali di età uguale, valori sensibilmente meno elevati ed ugualmente decrescenti con l'età.

TAVOLA II

GRUPPO D'ETÀ	MAGNESIEMIA - mg. %			FOSFATEMIA - mg. %		
	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio
20-24 anni . .	2,62	3,64	3,17	2,68	3,60	3,04
35-39 anni . .	2,86	4,02	3,32	2,62	3,58	3,01
50-54 anni . .	2,50	3,60	2,80	2,54	3,60	2,95
65-69 anni . .	2,32	3,60	2,78	2,46	3,50	2,89

Gli scarti tra i valori massimi e minimi relativi ad ogni gruppo d'età si presentano per la magnesiemia e per la fosfatemia costantemente più elevati dei corrispondenti scarti riguardanti i soggetti normali di età uguale.

L'indice di variabilità presenta i seguenti valori:

	Magnesiemia	Fosfatemia
20-24 anni	$\pm 0,29$	$\pm 0,23$
35-39 anni	$\pm 0,35$	$\pm 0,26$
50-54 anni	$\pm 0,37$	$\pm 0,26$
65-69 anni	$\pm 0,39$	$\pm 0,35$

Dai quali si rileva come la variabilità dei

referti tra un soggetto e l'altro della stessa età si eleva, nei riguardi sia del magnesio che del fosforo, man mano con il crescere dell'età e come essa sia nei soggetti in sottopeso, in confronto ai normali di età uguale, sensibilmente più accentuata.

* * *

Osservazioni sui soggetti in sovrappeso. — Le osservazioni al riguardo si riferiscono a 85 soggetti, 50 uomini e 35 donne, di cui 21 appartenenti al gruppo d'età dai 20 a 24 anni, 21 a quello dai 35 ai 39 anni, 22 a quello dai 50 ai 54 anni, 21 a quello dai 65 ai 69 anni. Sono stati ottenuti i seguenti dati.

Soggetti (in sovrappeso) dai 20 ai 24 anni:

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
218	S. T.	20	m.	1,635	78,2	3,30	3,40
219	C. C.	20	m.	1,650	79,0	2,62	2,98
220	R. E.	20	m.	1,790	82,0	2,90	3,20
221	S. G.	20	m.	1,730	85,0	2,95	3,56
222	D. V.	21	m.	1,720	90,5	2,92	3,20
223	N. G.	21	m.	1,700	83,2	3,55	3,78
224	N. V.	21	m.	1,640	79,0	3,10	3,36
225	D. L. F.	22	m.	1,810	93,2	3,00	3,12
226	M. M.	22	m.	1,640	79,5	3,12	3,60
227	Q. G.	22	m.	1,605	72,8	2,84	2,96
228	R. V.	23	m.	1,710	89,2	2,72	3,10
229	S. L.	24	m.	1,780	90,0	2,58	2,86
230	R. E.	24	m.	1,680	80,0	2,90	3,22

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

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
231	V. D.	20	f.	1,620	78,0	2,86	3,16
232	Z. R.	21	f.	1,585	72,5	3,14	3,34
233	S. F.	21	f.	1,590	71,5	3,24	3,64
234	V. L.	23	f.	1,660	80,2	2,62	2,96
235	R. N.	23	f.	1,650	77,0	3,40	3,32
236	B. O.	23	f.	1,605	71,2	3,25	3,28
237	N. T.	24	f.	1,600	71,8	2,94	3,25
238	M. Z.	24	f.	1,630	75,6	3,15	3,40

Soggetti (in sovrappeso) dai 35 ai 39 anni:

239	M. N.	35	m.	1,640	80,2	3,30	2,90
240	C. D.	35	m.	1,880	102,0	3,40	3,50
241	C. G.	35	m.	1,720	85,0	3,60	3,40
242	C. S.	35	m.	1,630	76,4	3,80	3,50
243	S. L.	36	m.	1,690	80,0	2,90	3,30
244	T. R.	37	m.	1,635	73,5	2,98	3,00
245	V. N.	38	m.	1,730	90,0	3,00	2,92
246	L. V.	38	m.	1,620	74,0	3,12	3,44
247	R. B.	38	m.	1,800	95,0	2,93	3,28
248	C. L.	38	m.	1,650	81,5	2,90	2,62
249	M. F.	39	m.	1,725	89,0	3,74	3,68
250	M. S.	39	m.	1,730	85,0	3,60	3,32
251	S. T.	39	m.	1,840	94,0	3,96	3,36
252	S. T.	35	f.	1,540	69,4	3,54	3,30
253	N. F.	36	f.	1,660	78,2	3,12	3,00
254	P. V.	36	f.	1,670	80,5	3,20	2,98
255	D. D.	37	f.	1,610	77,0	2,80	2,98
256	D. V. L.	37	f.	1,720	88,4	2,78	2,84
257	T. S.	37	f.	1,580	72,0	3,32	3,16
258	B. R.	39	f.	1,600	72,0	3,17	3,25
259	F. V.	39	f.	1,750	94,2	—	3,36

Soggetti (in sovrappeso) dai 50 ai 54 anni:

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
260	R. G.	50	m.	1,650	76,2	3,20	3,40
261	C. A.	50	m.	1,655	80,0	3,00	3,50
262	N. D.	50	m.	1,660	76,0	3,58	3,28
263	R. A.	51	m.	1,680	83,0	2,42	2,90
264	B. V.	51	m.	1,680	81,0	2,50	2,80
265	D. C.	51	m.	1,730	88,5	2,50	2,64
266	T. S.	52	m.	1,680	80,0	2,40	2,84
267	V. V.	53	m.	1,710	86,4	2,58	2,72
268	B. G.	53	m.	1,740	89,0	2,40	3,10
269	F. G.	53	m.	1,650	80,0	—	3,42
270	M. D.	54	m.	1,720	84,0	2,72	3,25
271	N. M.	54	m.	1,670	77,0	3,50	3,62
272	G. C.	54	m.	1,630	75,0	3,32	3,52
273	L. D.	50	f.	1,540	68,5	3,22	3,52
274	V. L.	50	f.	1,575	71,0	2,82	3,00
275	N. P.	51	f.	1,620	77,5	2,68	2,92
276	R. V.	52	f.	1,600	75,0	2,76	2,80
277	E. F.	52	f.	1,630	74,4	2,74	3,30

N.	Iniziali	Età	Sesso	Altezza m.	Peso kg.	Magnesiemia mg. %	Fosfatemia mg. %
278	B. S.	52	f.	1,610	72,4	2,50	3,40
279	L. D.	53	f.	1,650	84,2	2,82	3,35
280	D. A.	54	f.	1,710	83,0	3,10	3,50
281	R. S.	54	f.	1,580	74,8	2,50	3,46

Soggetti (in sovrappeso) dai 65 ai 69 anni:

282	R. W.	65	m.	1,720	85,0	2,28	—
283	S. L.	65	m.	1,700	86,3	2,28	3,10
284	P. P.	67	m.	1,640	79,5	3,02	3,40
285	S. F.	67	m.	1,675	80,4	3,52	3,60
286	P. S.	67	m.	1,730	90,4	3,44	3,64
287	C. F.	68	m.	1,710	89,0	2,36	2,80
288	P. L.	68	m.	1,645	73,0	2,34	2,90
289	D. A. V.	68	m.	1,590	75,6	2,25	2,58
290	S. T.	69	m.	1,640	76,0	2,72	2,60
291	L. P.	69	m.	1,750	91,5	2,35	2,72
292	P. S.	69	m.	1,640	74,5	2,84	3,00
293	L. T.	65	f.	1,550	72,5	2,30	2,60
294	C. T.	65	f.	1,670	82,0	3,50	3,60
295	R. L.	65	f.	1,620	76,4	3,12	3,58
296	I. G.	65	f.	1,580	70,0	3,20	3,12
297	R. L.	66	f.	1,600	78,5	2,28	2,90
298	S. L.	66	f.	1,540	72,0	2,32	3,30
299	M. E.	66	f.	1,585	70,0	2,30	3,20
300	R. T.	67	f.	1,600	71,0	2,25	2,88
301	V. A.	69	f.	1,620	74,0	2,90	3,20
302	B. R.	69	f.	1,570	75,2	2,70	3,30

Si desume dai dati conseguiti che nei soggetti con sviluppo ponderale in eccesso la magnesiemia oscilla da 2,25 a 3,96 mgr. % con una media di 2,94 mgr. e la fosfatemia da 2,58 a 3,78 mgr. %, con una media di 3,19 mgr.

Dall'esame dei singoli valori e più ancora dai valori medi (Tav. III) appare come in

rapporto all'età il contenuto del magnesio aumenta nel sangue dal gruppo d'età più giovane a quello dai 35-39 anni e diminuisce poi progressivamente nei due gruppi d'età più elevata, mentre il contenuto del fosforo diminuisce uniformemente con il crescere dell'età.

TAVOLA III

GRUPPO D'ETÀ	MAGNESIEMIA - mg. %			FOSFATEMIA - mg. %		
	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio	Valore minimo	Valore massimo	Valore medio
20-24 anni . .	2,50	3,55	3,04	2,86	3,78	3,27
35-39 anni . .	2,78	3,96	3,25	2,62	3,68	3,21
50-54 anni . .	2,40	3,58	2,81	2,64	3,62	3,19
65-69 anni . .	2,25	3,52	2,67	2,58	3,64	4,10

Rispettivamente ai soggetti normali la magnesiemia degli individui in sovrappeso offre un comportamento di massima simile, però con scarti tra un'età e l'altra molto più elevati, specie nei riguardi della sua diminuzione dal-

l'età adulta alla più avanzata; la fosfatemia presenta dei valori costantemente ed in ogni età più elevati, pur essendo essi, come nei normali, progressivamente discendenti con l'età.

Gli scarti tra i valori minimi e massimi del

contenuto sia magnesiemia che fosfatemia si presentano in ogni età nei soggetti in sviluppo, così come è stato osservato nei sottopesi, più marcati relativamente a quelli riscontrati negli individui normali di età uguale.

Il calcolo degli scarti quadratici medi della media aritmetica ha dato i seguenti dati:

	Magnesiemia	Fosfatemia
20-34 anni	$\pm 0,29$	$\pm 0,57$
35-39 anni	$\pm 0,37$	$\pm 0,25$
65-69 anni	$\pm 0,39$	$\pm 0,26$
50-54 anni	$\pm 0,48$	$\pm 0,31$

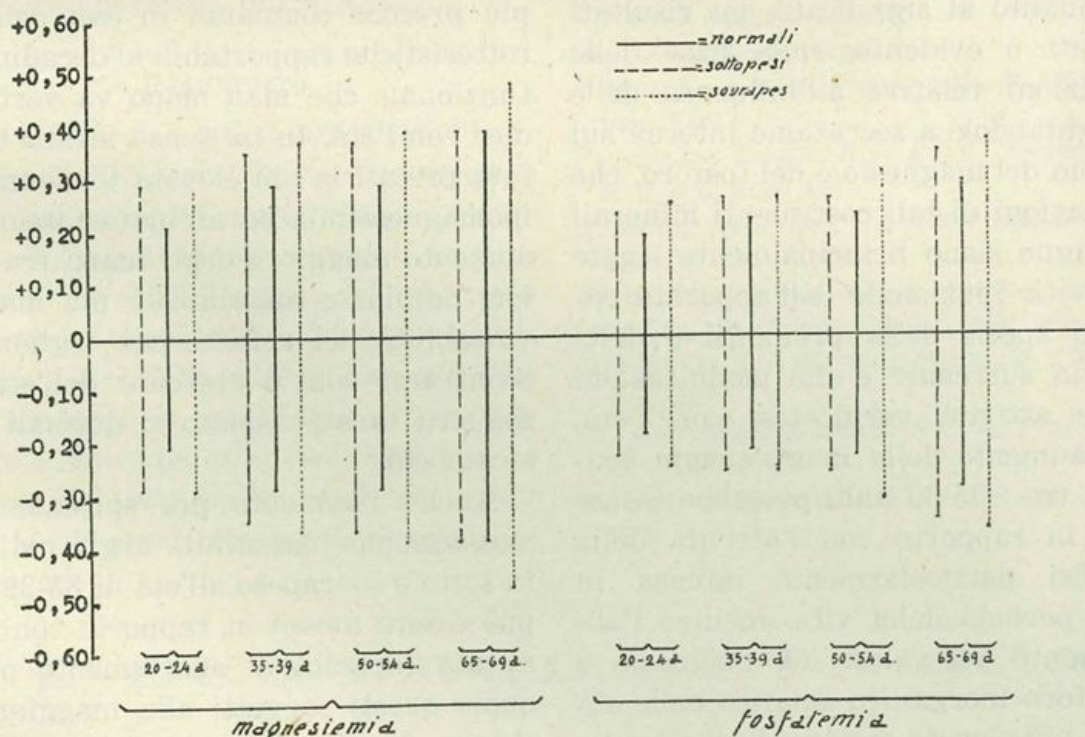
Da essi si rileva come l'indice di variabilità dei referti aumenta con il crescere dell'età del gruppo e come esso, per l'uno che per l'altro, sia sensibilmente più elevato in confronto a quello dei normali appartenenti allo stesso gruppo d'età.

CONCLUSIONI.

Dal complesso dei risultati ottenuti possono dedursi le seguenti conclusioni (grafiche 1 e 2).

ad aumentare dai 20-24 anni ai 35-39 anni e successivamente a diminuire man mano con il crescere dell'età dai 35-39 anni ai 65-69 anni, mentre il fosforo tende a diminuire con l'avanzare degli anni, per entrambi l'indice di variabilità dei referti tra soggetti della stessa età aumenta progressivamente con il crescere degli anni.

2) Nei soggetti tarati, sia per sotto che per sovrappeso, il comportamento della magnesiemia presenta una caratteristica essenziale consistente nella mancata accentuazione delle modificazioni verificatesi normalmente con l'età, sicchè in questi soggetti il contenuto ematico del magnesio è più elevato nelle età giovanili, in confronto ai normali della stessa età, ed è invece man mano più basso nelle età più avanzate. L'indice di variabilità dei tassi magnesiemici

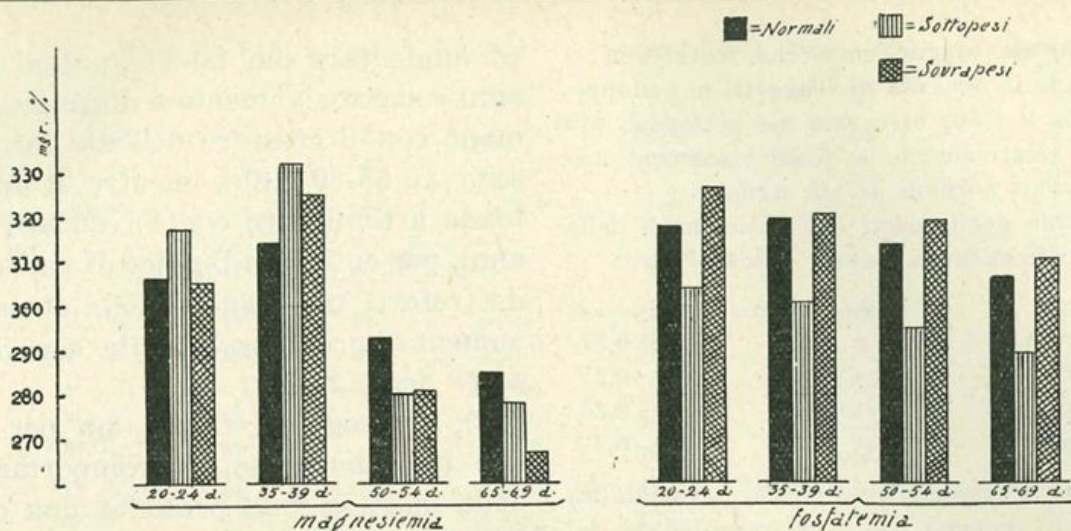


Graf. 1 — Valori medi.

1) Il magnesio ed il fosforo inorganico del sangue subiscono con l'età delle modificazioni che in linea generale hanno per tutti i soggetti, siano essi normali che tarati per sotto o sovrappeso, lo stesso andamento: il magnesio cioè tende

è in questi soggetti costantemente più elevato in confronto ai normali di età uguale.

3) Nei soggetti tarati per sottopeso la fosfatemia presenta valori in ogni età meno elevati dei corrispondenti relativi



Graf. 2. - Indici di variabilità dei reperti.

ai normali della stessa età, nei soggetti tarati per sovrappeso invece presenta valori costantemente più elevati. Sia negli uni che negli altri l'indice di variabilità è per ogni gruppo d'età più alto in confronto ai normali dello stesso gruppo.

In quanto al significato dei risultati osservati è evidente, sulla base delle acquisizioni relative all'influenza delle varie ghiandole a secrezione interna sul ricambio del magnesio e del fosforo, che le variazioni di tali costituenti minerali nel sangue siano principalmente legate all'attività funzionale dell'apparato endocrino specie della preipofisi e della corteccia surrenale e alle modificazioni di tale attività verificatesi con l'età. Così l'aumento della magnesemia constatato tra i 35-39 anni potrebbe essere messo in rapporto con l'attività della preipofisi particolarmente intensa in questo periodo della vita, mentre l'abbassamento dei valori del magnesio e del fosforo inorganico ematico nelle età via via più elevate sarebbe l'espressione del decadimento funzionale che suole verificarsi nell'età senescente.

L'aumento della variabilità dei referti con il crescere dell'età sarebbe l'espressione delle diminuite capacità di adattamento funzionale man mano più accentuate con l'avanzare degli anni.

Se si considerano i risultati osservati nei soggetti con sviluppo ponderale in eccesso od in difetto, appare manifesta la tendenza in questi a presentare rispetto ai normali di uguale età modificazioni dei tassi ematici del magnesio e del fosforo che stanno ad indicare una più precoce comparsa in essi delle caratteristiche rapportabili al decadimento funzionale che man mano va verificandosi con l'età. In tal senso infatti vanno interpretati la più elevata tendenza alla ipomagnesemia ed all'ipofosfatemia, lo aumento maggiore degli scarti tra i valori minimi e massimi, la più marcata variabilità dei referti, che sogliono riscontrarsi con il crescere dell'età nei soggetti tarati rispetto ai normali della stessa età.

Anche l'aumento più spiccato della magnesemia osservata negli individui in sotto e sovrappeso all'età di 35-39 anni può essere messo in rapporto con la limitata capacità di adattamento per la quale questi soggetti alla maggiore richiesta funzionale verificantesi normalmente in tale epoca della vita risponderebbero esageratamente in eccesso, in confronto ai normali.

Da tale considerazione pertanto appare come i soggetti con sviluppo ponderale in eccesso ed in difetto presentino con l'età modificazioni della magnesie-

mia e della fosfatemia che, rapportate a quelle dei soggetti normali, fanno supporre per essi un'età biologica più elevata di quella attribuibile ai normali della stessa età anagrafica.

E' ovvio che le variazioni ematiche del magnesio e del fosforo sono dati insufficienti a definire da soli il valore dell'età biologica; esse però unitamente alle modificazioni già da noi precedentemente messe in rilievo relative alla potassiemia alla calcemia ed al rapporto K/Ca, valgono a rilevare il substrato biochimico delle tare dovute alla deviazione costituzionale, con eccesso o difetto dello sviluppo ponderale, ed a mostrare come tale substrato metta in evidenza, nei soggetti aventi queste tare, condizioni funzionali equivalenti ad una età biologica superiore all'anagrafica, tale cioè da far presumere in essi un rischio assicurativo più grave.

RIASSUNTO.

L'A., in una serie di osservazioni riguardanti 302 casi, rileva come nei soggetti con sviluppo ponderale in eccesso od in difetto sono riscontrabili in rapporto all'età modificazioni del contenuto ematico del magnesio e del fosforo consistenti essenzialmente in una più elevata tendenza in questi soggetti, in confronto ai normali, all'ipomagnesiemia ed all'ipofosfatemia, in un aumento maggiore degli scarti tra i valori minimi e

massimi, in una più marcata variabilità dei referti tra individui della stessa età. Pone in evidenza come tali modificazioni, raffrontate a quelle relative a soggetti normali della stessa età, indicano la presenza nei soggetti in sottopeso o sovrappeso, aventi cioè una tara che aggrava il pronostico assicurativo, di caratteristiche funzionali che valgono a far supporre per essi un'età biologica superiore a quella anagrafica e pertanto più elevata di quella attribuibile ai normali di età uguale.

BIBLIOGRAFIA

- CANNAVÒ, *Bioch. Zeitsch.*, 1931, B. 237, p. 136; 1932, B. 245, p. 234.
 ID., *Riforma Medica*, 1933, n. 11.
 CANNAVÒ e BENINATO, *Boll. Soc. It. Biol. Sperim.* 1934, fasc. 9, pag. 804.
 CANNAVÒ e INDOVINA, *Bioch. Zeitsch.*, 1932, B. 250, pag. 405; 1933, B. 261, pag. 45.
 FIANDACA, *Atti Congresso Med. Leg. e Ass.*, Napoli, maggio 1940.
 ID., *L'Assistenza Sanitaria*.
 FIANDACA e CAPIZI, *Endokrinologie*, 1934, B. 14, pag. 316.
 FIANDACA e SORCE, *Riv. Patol. Sperim.*, 1936, n. 5 e 6, pag. 407.
 GUERCIO, *Boll. Soc. It. Biol. Sperim.*, 1934, fasc. 9.
 SAVILLIER, *Le magnesium et la vie*. Publ. de la Soc. de Chimie Biologique, 1930.
 ROMANELLI, *L'Assistenza Sanitaria*, 1938, n. 4, pag. 295.
 ID., *Atti XVIII Riunione Soc. It. Progr. Scienze*, Pisa, 1939.
 ID., *Atti Congresso Med. Leg. e Ass.*, Padova, 1939.

L' ECO DELLA STAMPA

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

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

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

I SINTOMI OCULARI

nella diagnosi e nella prognosi delle malattie cerebrali

Prof. Dott. MARIA VELE
della Direzione Generale dell' I. N. A.

L'importanza che assumono in Medicina delle Assicurazioni Vita le malattie cerebrali è grandissima, anche per il fatto che la diagnosi deve spesso scaturire da segni obiettivi non sempre rilevabili ad un esame generico.

Come è noto nei nostri esami è piuttosto rara la collaborazione dell'assicurando, poichè egli cerca di limitare il più possibile le risposte alle nostre domande. L'anamnesi perciò manca sovente di quelle notizie che da sole potrebbero già costituire un indizio su di una determinata malattia cerebrale. Il medico di assicurazione deve da solo guidare le indagini e perciò esser pronto a rilevare anche minimi sintomi facili a sfuggire. Diviene perciò indispensabile la collaborazione dello specialista sia esso neurologo, otoiatria, radiologo od oculista.

Uno degli organi che maggiormente può essere leso nelle malattie del cervello è l'organo visivo. Se seguiamo il nervo ottico nel suo decorso attraverso le vie cerebrali, vediamo che nelle lesioni di queste, i sintomi oculari sono vari e differenti da sede a sede. La diagnosi e così la prognosi, se ci sono ben note le funzioni a cui è devoluto ogni tratto, riusciranno meno difficoltose e sarà più facile stabilire l'accettazione del rischio.

Esporremo perciò riassuntivamente le vie che il nervo ottico percorre nella massa cerebrale, le forme morbose che più facilmente nel nostro campo possono presentarsi e la prognosi che si può dedurre dalle svariate malattie cerebrali. Il fondo oculare si può paragonare ap-

prossimativamente ad un minuscolo disco, costituito da una finissima rete (filamenti nervosi, vasi, trama di sostegno). A seconda che questi filamenti si trovano in una zona anzichè in un'altra, le vie che essi percorrono e le funzioni a cui son devoluti sono differenti.

I filamenti nervosi situati nei quadranti superiori, interno ed inferiore della retina si portano nello stesso ordine alla papilla, mentre le fibre maculari, costituenti poi il fascio papillo-maculare si recano al quadrante esterno del disco ottico. Gli altri filamenti del quadrante temporale della retina formando due archi, uno sopra e l'altro sotto la fovea, vanno alla parte supero-esterna ed infero-esterna della papilla. Il nervo ottico subisce nel chiasma una semidecussazione cosicchè la bandeletta di un lato contiene fibre del lato opposto e dello stesso lato. Le fibre dirette costituiscono circa i $\frac{2}{5}$ del tronco nervoso, mentre quelle crociate i $\frac{3}{5}$. Dopo il chiasma, ogni bandeletta possiede fibre che provengono dalla metà temporale di un occhio, e dalla metà nasale dell'altro e ciò che appare, ad es., alla nostra sinistra viene trasmesso dalla parte destra del cervello. Le bandelette ottiche allontanandosi tra di loro avvolgono per un certo tratto il peduncolo cerebrale, indi ogni bandeletta si divide in due rami. L'anteriore raggiunge il corpo genicolato laterale e il posteriore il corpo genicolato mediale. Quello laterale col suo braccio anteriore si unisce al tubercolo quadrigemello an-

teriore, mentre il mediale si unisce col braccio posteriore al tubercolo quadrigemello posteriore; le fibre nervose oculari penetrano così anche nel pulvinar del talamo ottico.

I gangli ottici primari sono costituiti dal corpo genicolato esterno, eminenze bigemine anteriori e pulvinar del talamo ottico. Ai gangli ottici primari fanno capo così, le fibre provenienti dalle cellule gangliari della retina le quali si espandono come ramificazioni di albero. Mediante la connessione con altre cellule gangliari le fibre espandendosi, costituiscono le radiazioni ottiche del Gratiolet le quali terminano nel centro corticale della sfera visiva. Questo rappresenta il ganglio ottico secondario. Nelle eminenze bigemine anteriori le fibre comunicano con nuclei dell'oculomotore, dimodochè regolano i movimenti oculari e pupillari. Nella corteccia del labbro superiore ed inferiore della scissura calcarina e nella corteccia del fondo di questa, risiede la visione. Così il labbro superiore della scissura dell'emisfero sinistro corrisponde ai quadranti superiori delle metà sinistre delle due retine e quello inferiore ai quadranti inferiori delle stesse metà sinistre. Il fondo della scissura sarebbe in rapporto con una zona retinica corrispondente al meridiano orizzontale delle due metà della retina dello stesso lato. Per mezzo della parte posteriore del corpo calloso le due scissure calcarine comunicano, per cui, nelle lesioni di un lobo occipitale viene soppressa la funzione delle due metà corrispondenti della retina e rimane conservata invece la visione centrale. Il centro maculare si trova alla punta del lobo occipitale e la sensazione visiva o percezione visiva risiede nella sfera visiva corticale.

Nelle lesioni della scissura calcarina si ha il quadro di una cecità corticale

perchè le eccitazioni delle vie ottiche vengono interrotte.

Tutte le percezioni visive possono essere risvegliate con la rievocazione e cioè con la rappresentazione visiva. Quale sia la sede delle tracce mnemoniche non è nota, ma è certo che la corteccia della faccia esterna del lobo occipitale ha la sua importanza. Quando questa zona viene lesa, si manifesta spesso una cecità psichica, cioè l'individuo non è capace di rievocare le tracce mnemoniche delle percezioni passate nè di fissare quelle recenti, il che impedisce un riconoscimento esatto.

* * *

Dalle cognizioni di anatomia e di fisiologia sopra riassunte, è perciò possibile in presenza di un disturbo da focolaio, individuare la localizzazione del processo patologico. Pertanto esporremo i vari sintomi oculari, riferendo brevemente per ognuno di essi le cause che li possono determinare. Si comprende, che, mentre è relativamente agevole fare la diagnosi di sede per le alterazioni in parola, la diagnosi di natura richiederà altri sussidi diagnostici e sarà più difficile; comunque per la diagnosi di natura molto potrà la prevalenza di alcune forme morbose per le diverse sedi, come pure l'esperienza e la pratica del clinico permetteranno dalle sintesi dei vari elementi sovraesposti e dai risultati degli esami sussidiari di laboratorio, radiologico, ecc. di giungere alla esatta diagnosi di natura.

Cominciamo senz'altro sistematicamente ad esporre i sintomi delle malattie corrispondenti facendo anzitutto un accenno su alcuni sintomi soggettivi il valore dei quali, però, è piuttosto scarso, passando direttamente poi ai sintomi obiettivi che hanno maggiore importanza.

L'*astenopia neurastenica* consiste in un dolore endoculare associato a cefalea aggravata da lavori minuti e si riscontra sovente nella neurastenia; l'*emicrania* caratterizzata da accessi periodici ed irregolari che cominciano con offuscamento della vista accompagnata o no da scotoma scintillante più o meno emianopsico, è frequente pure nelle persone nervose; si crede sia in rapporto a disturbi circolari della corteccia. La *cefalea* si riscontra in quasi tutte le malattie cerebrali e specialmente nelle sindromi da ipertensione endocranica.

Il sintoma soggettivo, però, su cui il medico assicuratore dovrà portare la sua attenzione in special modo, è la diminuzione visiva con alterazioni del campo visivo.

Emianopsie. — Di queste già parlammo in un precedente lavoro sul Campo Visivo (vedi « Assist. Sanit. », n. 1, 1937), ma da un altro punto di vista.

Esse consistono nella cecità di una metà del campo visivo, generalmente bilaterale e si riscontrano sempre nelle lesioni infiammatorie e non infiammatorie del chiasma e dei tratti ottici. Esse si dicono omonime quando le due zone cieche si trovano entrambi a destra o a sinistra. Se manca ad es., la metà temporale dell'occhio destro e la metà nasale dell'occhio sinistro, la lesione è situata nel tratto ottico sinistro perchè viene leso il fascio crociato (cecità temporale OD) e il fascio diretto (cecità nasale OS). L'emianopsia, pel fatto che la lesione è a sinistra dicesi omonima sinistra. Se invece vengono a mancare le due metà sinistre del campo visivo, la lesione si trova nel tratto ottico destro e dicesi omonima destra.

Le emianopsie poi possono essere eteronime e cioè la cecità è nelle due metà temporali o nelle nasali. Queste si chiamano anche emianopsie bitemporali o binasali. Le bitemporali depongono per

una lesione del chiasma ottico nel fascio crociato e le binasali per una lesione del fascio diretto del chiasma; questa però è molto rara.

In queste emianopsie, la visione centrale molte volte è conservata. Questo avviene perchè la visione maculare ha un centro proprio situato alla punta del lobo occipitale.

L'emianopsia che interessa solo i quadranti superiori od inferiori, presenta la lesione nel fascio crociato, superiormente od inferiormente.

L'emianopsia associata ad emiplegia ed emianestesia con miosi dal lato colpito, si riscontra nelle emorragie e nei rammollimenti cerebrali.

L'emianopsia laterale omonima è dovuta sia alla lesione di una bandeletta ottica, sia a lesione dei gangli ottici primari della parte posteriore della capsula interna e delle radiazioni ottiche del Gratiolet. Questa emianopsia, è accompagnata dalla reazione pupillare alla luce, eccetto nel caso di lesione della bandeletta, in cui si può avere la reazione emianopica della pupilla.

Nell'emianopsia in cui la metà funzionante del campo visivo, supera la linea mediana e conserva perciò la visione centrale, bisogna pensare ad una lesione dei lobi occipitali con esclusione di quello maculare. Questo avviene perchè, per la connessione tra le due scissure calcarine, le fibre maculari si portano tanto ad un emisfero che all'altro. La visione centrale è perciò indenne ed è ancora possibile la lettura di caratteri minuti, mentre è impossibile il poter dirigere il passo, essendo il rimanente campo visivo cieco.

L'emianopsia poi può essere più o meno completa a seconda che la lesione è limitata, ad esempio, alla parte superiore od inferiore. L'emianopsie si dicono allora a quadranti, come accade quando è colpito il labbro superiore od

inferiore della scissura calcarina. Se l'emianopsia è orizzontale, la lesione è bilaterale, pel fatto che sono lese le fibre superiormente od inferiormente tanto a destra che a sinistra.

L'emianopsia è doppia e cioè è completa, se la lesione è situata immediatamente dietro il chiasma ed interessa le due bandelette; in questo caso vi è cecità completa.

L'etiologia di queste malattie è da ricercarsi principalmente nelle malattie dell'ipofisi, tumori del chiasma, del terzo ventricolo, nelle affezioni di natura luetica, nei traumatismi con lesione del chiasma, tubercolosi, carie, esostosi delle ossa della base del cranio, aneurismi della carotide interna o delle meningi.

Le svariate alterazioni del campo visivo, in base alle quali è possibile fare una diagnosi di sede, sono legate sempre a malattia del chiasma ottico, delle bandelette e delle vie ottiche intracerebrali.

Papilla da stasi. — La papilla da stasi è un sintoma frequente e patognomonico nelle affezioni del cervello e del cervelletto, mentre in quelle dei lobi frontali, parietali, temporali, dei talami ottici o dei petuncoli è meno frequente. La percentuale maggiore è data dai tumori i quali nei tre quarti dei casi presentano papilla da stasi bilaterale. Poi in ordine di frequenza essa è dovuta a lue, tubercolosi, ascessi, nefrite, sclerosi multipla, ecc. La papilla da stasi non è quasi mai accompagnata da diminuzione visiva, mentre si accompagna sovente ad un leggero esoftalmo sia nei tumori incipienti che avanzati.

Il fatto che la papilla da stasi è più frequente nei tumori del cervelletto è facile a comprendersi, perchè le neoformazioni ricacciando il liquido cefalo-rachidiano dell'acquedotto di Silvio, ventricoli e spazi vaginali dell'ottico

rendono evidente la loro compressione. La papilla da stasi si riscontra pure nell'idrocefalo, mentre non è facile riscontrarla nei tumori della base, perchè questi impediscono che il liquido cefalo-rachidiano passi negli spazi vaginali.

Neurite retrobulbare. — Questa interessa la porzione corticale del nervo ottico e dà solamente lieve alterazione della papilla e scotoma centrale.

Soggettivamente potrà l'interessato accorgersi di non distinguere, al centro del suo campo visivo. Questo sintoma vien denominato scotoma centrale.

La neurite retrobulbare acuta si associa a dolore orbitale e diminuzione visiva. La causa è talvolta ignota, ma sovente è in rapporto a sclerosi disseminata. La neurite retrobulbare cronica nella maggior parte dei casi, è legata ad abuso di tabacco e di alcool; sono caratteristici i sintomi soggettivi: vista annebbiata, cecità diurna, scotoma centrale relativo per il rosso ed il verde. All'esame oftalmoscopico la papilla appare quasi non alterata mentre in un secondo tempo diviene pallida dal lato temporale.

Atrofia ottica. — L'atrofia ottica primaria semplice in 1/3 circa dei casi, appare come sintomo precoce nelle malattie spinali; è abbastanza comune nella sclerosi disseminata (50 %), demenza paralitica, tumori, acromegalia e nelle forme ereditarie (malattia del Leber). L'atrofia secondaria, può seguire alla papilla da stasi, frattura ed aneurisma discendente.

La papilla da stasi o la neurite ottica associate a paralisi bilaterale dell'oculomotore, ad assenza di reazioni pupillari e alla convergenza, si riscontrano nella affezione delle eminenze quadrigemine e della ghiandola pineale (più fre-

quentemente in rapporto a tubercoli che a tumori).

Una *neurite ottica* discendente monolaterale e con paralisi di terzo grado parziali o totali, accompagnata spesso da anisocoria, può far sospettare lesioni luetiche dei nervi della base.

Un *esoftalmo infiammatorio* con tumefazione delle palpebre, può deporre per una trombosi del seno cavernoso con diffusione all'orbita, lungo la vena oftalmica. Il sintoma è bilaterale e a volte è accompagnato da emorragie retiniche, neurite ottica e paralisi dell'oculomotore.

Le *emorragie retiniche* precedono in genere le emorragie cerebrali.

Son noti i movimenti coreici dei muscoli delle palpebre nella corea.

Papilla da stasi, midriasi e deviazioni di bulbi si hanno nel coma, se determinato da malattia organica del cervello; si ha miosi, anisocoria e deviazione di bulbi, nelle emorragie cerebrali. Midriasi si ha pure nella ipertensione endocranica.

Non crediamo opportuno parlare delle modificazioni oculari che l'epilessia determina, poichè sono a tutti ben note. Solo ricorderemo che in qualche caso possono determinare sintomi analoghi a quelli dell'epilessia le anomalie di refrazione e perciò è sufficiente la correzione del vizio refrattivo, perchè essi scompaiano. Amaurosi, restringimento concentrico del campo visivo e inversione del campo dei colori si hanno nell'isterismo.

Nelle malattie del sistema nervoso è bene infine tenere presente che l'*anisocoria* non ha un significato patognomonico. Hanno maggiore importanza le condizioni del nervo ottico, dei muscoli oculari, l'acutezza visiva, le alterazioni del campo visivo e i sintomi complessivi.

Paralisi dei nervi motori dell'occhio.

— Quando si riscontrano paralisi dei nervi motori dell'occhio e precisamente del terzo e sesto paio (i quali sono interessati in 1/3 circa dei casi) e il riflesso alla luce è torpido, si può sospettare l'esistenza di tumori cerebrali se esistono altri sintomi che possono convalidare tale diagnosi. Una *midriasi* può far pure pensare a tumore del lobo frontale dallo stesso lato della midriasi, sempre se esistono altri sintomi; una *cheratite neuromotoria* può far dubitare un tumore della base del cranio, per una lesione del tronco del trigemino. Il disturbo visivo in questi casi è diverso a seconda della sede del tumore.

Bisogna però tener presente che la semplice paralisi, midriasi, cheratite neuromotoria non sono sintomi sui quali possa basarsi una diagnosi. Dovranno sempre esser presi in considerazione unitamente ad altri sintomi.

Una limitazione dei movimenti volontari dello sguardo, mentre permangono quelli riflessi può aversi nei postumi della encefalite letargica. I movimenti più limitati sono quelli in alto e in basso. Vi si associa spesso paresi della convergenza e della accomodazione senza midriasi. Se vi si accompagna poi paralisi del facciale, la fisionomia sembra quella di un ebete. Una rotazione forzata involontaria dei bulbi specie verso l'alto si nota nella sindrome tardiva della encefalite letargica.

L'*oftalmoplegia esterna* accompagnata da paralisi del facciale è frequente nella paralisi bulbare astenica in cui il paziente cammina a fronte corrugata ed a testa indietro a causa della ptosi palpebrale.

I movimenti dell'occhio in determinate direzioni divengono impossibili nella paralisi pseudobulbare.

Le paralisi quasi sempre riguardanti il sesto paio e il facciale si riscontrano

generalmente nelle lesioni del ponte le quali sono generalmente costituite da tumori; solo nei giovani sovente si tratta di tubercoli. La paralisi coniugata dello sguardo laterale la quale può essere accompagnata a quella del terzo, sesto paio, o ad emiplegia del lato opposto, si riscontra in $1/3$ dei tumori del ponte.

Paralisi dell'oculomotore comune si hanno sovente nelle lesioni dei peduncoli cerebrali, come tubercoli e focolai di rammollimento. Quando questa paralisi è associata a quella della metà opposta del corpo si ha la sindrome di Weber. Se la paralisi dell'oculomotore si accompagna ad atassia del lato opposto, la lesione risiede nel nastro di Reil. In questi casi sono rare la neurite ottica e la papilla da stasi, e le reazioni pupillari sono ben conservate.

Diplopia. — Questa è dovuta alla formazione di una immagine doppia, una delle quali è vera, l'altra è falsa. Nella visione binoculare unica, le immagini cadono su due punti simmetrici della retina, determinando la fusione delle immagini con visione unica; nella diplopia invece, mentre una immagine in un occhio cade sulla macula ed è netta, nell'altro cade fuori della macula ed è confusa e perciò si hanno due immagini invece di una. Di conseguenza si ha la cosiddetta vista doppia e cioè la diplopia, che a seconda del modo come si manifesta, si distingue in: omonima, incrociata, orizzontale, verticale. Essa può essere causata da una deviazione oculare paralitica e non paralitica. La completa ptosi della palpebra superiore, il globo oculare quasi immobile e deviato in fuori e in basso, l'esoftalmo lieve, la pupilla dilatata ed immobile e la diplopia incrociata (oftalmoplegia totale) depongono per una lesione del III paio. Se la paralisi è limitata alle

palpebre, dicesi oftalmoplegia esterna la quale è generalmente di origine nucleare; se invece è limitata all'iride e al corpo ciliare si denomina oftalmoplegia interna.

La paralisi della accomodazione (ciclopegia) dovuta alla mancata contrattilità del muscolo ciliare, parziale o totale, può essere legata a paralisi del terzo paio. I disturbi della motilità del globo oculare e che producono quindi delle paralisi, possono essere causati da lesioni situate in qualsiasi punto del percorso dei nervi motori, dalla corteccia al muscolo. La lesione centrale può trovarsi nel centro corticale, nei centri di associazione, nei nuclei di origine e nelle fibre. Le lesioni al di sopra dei nuclei, non producono la paralisi dei movimenti coniugati. La paralisi nucleare colpisce generalmente i nuclei, è bilaterale e interessa sovente più di un muscolo. Le lesioni periferiche complete e unilaterali colpiscono i nervi tra il punto di uscita dal cervello e il loro ingresso nell'orbita (paralisi basilare), oppure il nervo e le sue diramazioni nell'interno dell'orbita (paralisi orbitale). Le cause più frequenti sono date dalle manifestazioni tardive della sifilide (50 %), ed in secondo luogo dalla encefalite epidemica.

Nistagmo. — Il nistagmo consiste in oscillazioni brevi, rapide ed involontarie del globo oculare generalmente bilaterali. Anzitutto bisogna stabilire se esiste fin dall'infanzia ed è allora in rapporto a diminuzione visiva od ambliopia; questo è per noi di scarso valore. Se invece esso compare nell'età adulta, si deve ricercare se esistono altri sintomi che possono far sospettare sclerosi disseminata, malattia del cervello, morbo di Friedreich, o malattia del labirinto. E' utile pure stabilire se si tratta di minatori perchè sappia-

mo che questi dovendo lavorare in un ambiente scarsamente illuminato, in seguito al grande sforzo ed alla anormale direzione degli occhi, per l'esaurimento dei muscoli oculari hanno sovente nistagmo. In questo caso però, tolta la causa, scompare anche il sintoma.

Traumi cranici interessanti l'organo della vista. — Fra le lesioni traumatiche delle vie ottiche intracraniche, come si è rilevato dai lavori pubblicati dopo la Grande Guerra del 1918, le più frequenti sono state quelle della zona visiva corticale.

Una cecità corticale con restringimento concentrico del campo visivo può far sospettare un trauma della faccia esterna del lobo occipitale senza lesione delle radiazioni ottiche di Gratiolet. Mediante l'esame dei nervi cranici si può localizzare la lesione delle vie ottiche. Se al sintoma suddetto si associano le paralisi del facciale, del sesto e del terzo paio siamo certi che si tratta di una frattura della base del cranio anteriormente. Le suddette paralisi sono dovute a lesioni dei tronchi nervosi nella fessura sfenoidale e alla sommità della rocca petrosa, oppure sono conseguenza di lesioni che interessano direttamente i muscoli. Se sono determinate da travasi sanguigni possono guarire, mentre se insorgono repentinamente e fanno sospettare lesioni del nervo, hanno carattere permanente.

Sono caratteristiche le ecchimosi ad occhiale per la rottura dei piccoli vasi situati fra le ossa e la dura madre nelle fratture della base. Le emorragie sottocongiuntivali si verificano presso l'inserzione del retto esterno e l'orlo temporale della cornea in dipendenza di lesioni ossee. Quindi le ecchimosi oculopalpebrali possono ritenersi conseguenza di frattura cranica, qualora le cause dirette od operatorie possano escludersi

e compaiono generalmente 24 ore dopo il trauma.

Fra i nervi oculari secondo Uthoff, è interessato in special modo il nervo facciale (22 %) mentre l'ottico, l'abducente, l'oculomotore comune, il trocleare e il trigemino solo in minima parte.

Una notevole diminuzione della acuità visiva in un trauma, depone per una lesione del nervo ottico di solito a livello del canale ottico. Un esame del campo visivo è utilissimo in questi casi. L'esame oftalmoscopico può dare un risultato positivo solamente dopo due o tre settimane in cui si può rendere manifesta l'atrofia del nervo.

La rigidità pupillare, la amaurosi, l'assenza del riflesso luminoso nell'occhio leso, mentre nell'altro manca il riflesso corneale alla luce, depongono pure per la rottura del nervo ottico.

La diplopia e l'impossibilità di movimenti dell'occhio in un certo senso sono dovuti a paralisi oculari. Di importanza prognostica grande è la midriasi dal lato leso per un eccitamento del simpatico negli ematomi sub ed epidurali.

* * *

Qual'è dunque la prognosi dei sintomi oculari nelle malattie cerebrali?

Nella elencazione fatta dei sintomi più comuni nelle varie forme morbose cerebrali, si è visto come la papilla da stasi e le alterazioni a carattere emianopsico siano quelle di maggiore interesse prognostico per la medicina delle Assicurazioni Vita. Molto spesso i disturbi soggettivi si limitano ad una semplice cefalea mentre sono solo i segni obiettivi che hanno una vera importanza prognostica « quoad vitam ». La prognosi della papilla da stasi è sempre grave per la vita perchè nel 90 % si tratta in genere di tumori cerebrali. La

sola percentuale ci dà ragione della gravità dell'affezione, poichè questi tumori in genere hanno un decorso rapido e mortale.

Il medico di assicurazione deve arrivare alla diagnosi da solo, poichè l'assicurando spesso lo priva dell'anamnesi personale.

Naturalmente il medico di assicurazione sovente deve sospettare e perciò fare le ricerche anche quando non vi è l'assoluta necessità.

Altri sintomi che devono richiamare l'attenzione non tanto per l'importanza in sè quanto per ricercarne la causa che li ha determinati, sono la neurite retrobulbare e l'atrofia ottica. Queste generalmente sono secondarie ad un'altra affezione generale e la prognosi è collegata sempre alla etiologia. Così ad esempio una ptosi palpebrale luetica farà sospettare una lue dei nervi della base del cranio, e così via. La midriasi dal lato del tumore non può da sola esser presa in considerazione perchè si può avere anche nelle affezioni cardiache, nelle adenopatie tracheobronchiali, ecc. Perciò un sintoma solo che non abbia di per sè un significato patognomonico deve sempre essere corredato da altri sintomi, perchè possa avvalorare la prognosi. Così una oftalmoplegia depone per una lesione bulbare. In questo caso bisogna pensare che la lesione risiede nei nuclei o nelle vie che le fibre

percorrono dai nuclei ai nuclei motori dell'occhio. (Il nucleo del terzo paio è situato presso l'acquedotto di Silvio, il nucleo del quarto paio vicino all'acquedotto di Silvio dietro al nucleo dell'oculomotore; il nucleo del sesto paio sotto il pavimento del quarto ventricolo a livello dell'eminencia teres). La paralisi dell'oculomotore comune depone sempre per una lesione dei peduncoli cerebrali. Perciò in qualsiasi caso di lesione di un muscolo dell'occhio, occorre ricercarne la natura e la prognosi è in rapporto a questa. Come si è detto l'emianopsia e la papilla da stasi hanno la maggiore importanza prognostica nel nostro campo; pure d'importanza prognostica sono i postumi oculari dei traumatismi cranici come la midriasi del lato leso per eccitazione del simpatico.

Dalla diagnosi scaturisce la prognosi. Si deve dunque cercare di raccogliere il più possibile i sintomi e valutarli. Si sa ad esempio che in un sospetto di tumore cerebrale la papilla da stasi è di prognosi infausta e perciò in questo caso il sintoma ci indica la prognosi. I sintomi oculari costituiscono un notevole complemento all'esame generale e specialistico nervoso. Perciò come in altre malattie, in quelle cerebrali non deve essere trascurato questo esame il quale in special modo nella Medicina delle Assicurazioni Vita può contribuire al giudizio prognostico definitivo.

L'ARALDO DELLA STAMPA

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

Fondata nel 1918 - Direz. Amministr.: Via Ripetta, 226 - ROMA

Indagini di Statistica Medica

I VALORI DELLA PRESSIONE SISTOLICA

secondo le indagini dei Medici fiduciari di Assicurazione Vita in Germania

(Tradotto da «Blatter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung», n. 2, Anno XXIX, maggio-agosto 1940).

Le cifre della pressione arteriosa sono importanti per la valutazione del rischio in A. V. Nella tabella seguente sono riferiti i dati della pressione sistolica indicati nei rapporti medici dai fiduciari durante il quinquennio 1935-39.

Non è stata eseguita nessuna selezione; i valori medi ivi indicati non devono considerarsi corrispondenti ai valori fisiologici. Questi sono certamente inferiori ai valori medi riscontrati. Abbiamo voluto appositamente tralasciare la divisione dei valori a seconda i soggetti venivano classificati in sani o tarati per l'apparato circolatorio o quello renale. Non sempre è possibile una simile classifica dai suddetti referti.

Quanto più ci occupiamo per la valutazione di un rischio in A. V. della pressione sanguigna tanto più riscontriamo che quest'ultima costituisce un carattere fondamentale della costituzione individuale analogamente a quanto accade per la magrezza, l'adiposità, ecc. I caratteri costituzionali sono importanti per il medico di assicurazione in quanto gli permettono di valutare il rischio probabile per una collettività.

Il medico di assicurazione non stabilisce se il singolo assicurando sia sano o malato; il suo

compito consiste nel riconoscere in quale collettività di assicurati debba essere inquadrato l'assicurando e quale decorso di mortalità probabile avrà la corrispondente collettività.

Nel problema della pressione arteriosa tutte le ricerche hanno dimostrato che le aspettative di vita di una collettività sono maggiori allorchè la pressione risulta inferiore alla media. Per tali ragioni il medico di assicurazione non può accettare la regola fondamentale secondo cui la pressione sanguigna risulta normale allorquando supera di tanti millimetri la cifra di 100 per quanti sono gli anni di età dell'individuo.

Una uguale tabella con le cifre della pressione diastolica analoga a quella sistolica non ci è stato possibile costruire poichè nonostante i nostri sforzi dalle cifre indicate nei rapporti medici non è desumibile un valore che possa essere usato senza speciali riserve. E' spiacevole riscontrare che le cifre dei valori diastolici in molti referti medici siano poco probabili; tanto più che questo valore se è importante per la diagnostica medica ordinaria deve ritenersi ugualmente importante per la valutazione di un rischio nell'assicurazione vita.

Pressione sistolica negli uomini

E t à	Numero casi	Media aritmetica	Media densità	Valore medio	Scarto quadratico m. delle m. aritmetiche	Misura della deviazione
20-25	378	119,77	123,25	122,83	11,36	0,306
25-30	2.952	120,99	124,54	123,87	9,86	0,360
30-35	5.365	122,40	125,13	124,89	10,15	0,269
35-40	5.165	123,98	126,18	126,12	10,67	0,206
40-45	4.014	125,96	128,15	127,93	11,45	0,191
45-50	2.471	129,15	130,30	130,51	13,36	0,093
50-55	1.305	131,94	133,27	133,29	14,92	0,089
55-60	757	136,15	131,53	135,91	17,51	0,269
Totale casi	22.407					

Dott. RODOLFO KAEWEL.

Notiziario

Il ramo di Assicurazione malattie alla "Praevidentia",

Con Decreto Min. del 13 settembre u. s. il Ministro delle Corporazioni ha autorizzato (Gazzetta Ufficiale n. 230 del 1° ottobre 1940) la suddetta Società, collegata con il nostro Istituto, ad esercitare il ramo malattie.

Auguriamo alla « Praevidentia », già poderosamente affermata in altri settori di assicurazioni, un sempre migliore sviluppo per questa nuova attività che intraprende.

Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni.

Presso la Segreteria della R. Università di Roma sono aperte le iscrizioni alla Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni, diretta dal Prof. Giuseppe Moriani ed alla quale collaborano attivamente i più importanti Istituti di Assicurazione e di Previdenza.

Questa Scuola — alla quale possono accedere tanto i laureati in Medicina quanto quelli in Giurisprudenza — intende dare a coloro che si apprestano ad esplicare la loro attività nel campo della Medicina Legale, in quello della Magistratura ed in quello delle Assicurazioni, una cultura adeguata ai compiti delicatissimi che dovranno essere loro affidati.

Il Diploma di « Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni » conseguito dopo aver frequentato questa Scuola, è considerato come titolo di preferenza nei concorsi per Medici e Dirigenti, banditi dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, dall'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, dalle Casse Mutue di Malattia, dal Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale e dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Oltre a ciò è considerato titolo di preferenza nei concorsi per la Magistratura, banditi dal Ministero di Grazia e Giustizia. Tale diploma di Specialista dà

altresì la preferenza per la nomina a Perito Medico-legale (v. art. 314 del C. P. P.).

Alla fine del 1° ed alla fine del 2° anno gli iscritti dovranno sostenere un esame concernente le rispettive materie di insegnamento. L'esame di diploma si svolgerà secondo le norme dello Statuto Universitario.

La Scuola che ha la durata di un biennio avrà inizio il 15 novembre 1940; le iscrizioni si ricevono sino al giorno 5 novembre 1940-XIX.

Bando di concorso per le Scuole di addestramento e per i Corsi di perfezionamento ad Agenti di Assicurazione.

Per iniziativa del Centro Studi dell'I.N.A. di Roma, Firenze e Treviso sono aperte fino a tutto il 27 ottobre le iscrizioni a 20 posti per ciascuna delle Scuole di Addestramento istituite presso le Agenzie Generali dell'I.N.A. ed a 10 posti di allievo dei Corsi di Perfezionamento di Roma.

Le Scuole di Addestramento hanno la duplice finalità di formare gli Agenti di Assicurazione per le Agenzie Generali dell'I.N.A. e di consentire mediante l'assegnazione di speciali borse di studio, l'ammissione ai Corsi di Perfezionamento di Roma per l'abilitazione a svolgere presso le Agenzie Generali le mansioni previste dal Contratto collettivo di Lavoro 25 maggio 1939-XVII.

I Corsi avranno inizio il 29 ottobre 1940 e termineranno il 15 aprile 1941-XIX.

I programmi didattici ed i regolamenti possono essere richiesti alla Direzione del Centro Studi in Roma, Via Gregoriana, 41.

Un nuovo manuale di medicina assicurativa.

I Dottori Drackmann e Secher, noti cultori danesi di medicina delle assicurazioni vita hanno pubblicato questo lavoro in lingua inglese (V. nella rubrica Pubblicazioni ricevute).

“ Il lavoro umano ”,

E' una rivista sorta recentemente che si occupa di biologia, fisiopatologia, clinica,

sport, psicotecnica, orientamento e selezione professionale, prevenzione, organizzazione, statistica, legislazione. — (Direzione e amministrazione: Corso Raffaello, 30 - Torino).

Nastri bianchi.

Il giorno 6 agosto u. s. la casa del collega Dott. Accarino è stata allietata dalla nascita di una bambina, la graziosa Adriana.

Il nostro Redattore Capo Dott. Starna ha festeggiato la nascita del proprio secondogenito, il piccolo Valentino, nato il 7 agosto.

Ai colleghi ed ai neonati le più sentite felicitazioni ed i migliori auguri.

Note ed appunti

IL MICROSCOPIO ELETTRONICO.

Da qualche anno — come leggiamo in « Settimana Medica » n. 26, 1940 — tale strumento è entrato nella sua pratica applicazione e costituisce una nuova conquista della scienza per la visibilità dell'ultra piccolo. Nella sua costituzione non entrano lenti, più o meno potenti, ma elettroni e particolari accessori elettrici, mentre l'immagine formata si viene raccolta su uno schermo fluorescente o meglio su una lastra sensibile. E' basato sui raggi catodici, che sono elettroni che si propagano a grandissima velocità (30.000 km. al secondo) e possono venire deviati dai campi elettrici magnetici. Bornes e Rusk sono riusciti a costruire il nuovo microscopio capace di dare ingrandimenti superiori al microscopio normale.

Mentre con un microscopio fornito di un ingrandimento di 2000 volte possono essere visibili particelle della grandezza di 1,6 decimillesimi di mm., col sistema elettronico possono essere visibili oggetti da 10 a 100 volte più piccoli con il diametro di un milionesimo di mm.; si possono, in questo modo avere ingrandimenti di oltre 30.000 diametri.

L'ingrandimento dell'oggetto è in rapporto diretto con la tensione applicata al tubo catodico, e poichè i raggi elettronici si propagano nel vuoto è necessario che il preparato e lo schermo siano introdotti nel vuoto; ciò si ottiene con adatti dispositivi, capaci di produrre queste manovre in brevissimo tempo. Ardenne di Berlino, con un ulteriore perfezionamento apportato allo strumento, è riuscito a praticare la stereoscopia. Sono state eseguite ricerche nel campo della chimica colloidale e della micro-

biologia, nell'oro colloidale e nell'albumina di uovo essiccato, dove si sono viste formazioni corpuscolari e filamentose che fanno pensare ad una struttura particolare delle masse e delle micelle colloidali. Le ricerche attuali sono principalmente rivolte allo studio dei virus filtrabili per accertare se possiedono una quota morfologica.

Il microscopio elettronico è quindi un apparecchio importantissimo, destinato a risolvere molti problemi aprendo nuovi campi alla ricerca scientifica.

G.

CIBI IN SCATOLA E IGIENE.

Per quel che riguarda il valore nutritivo i cibi in scatola, secondo uno studio di Savage riassunto in « Annali d'igiene », settembre 1940, possono sostenere favorevolmente il paragone con i cibi freschi, quando si pensi che i primi sono già pronti per l'uso, mentre i secondi vanno incontro a perdite sia quantitative che qualitative durante la preparazione domestica e la cottura.

Da un punto di vista chimico non esiste alcuna prova circa la possibilità di avvelenamento da stagno o da piombo in seguito all'uso dei cibi in scatola. A causa di certi procedimenti tecnici errati si può verificare, però, nei cibi conservati, la presenza di considerevoli quantità di stagno, e poichè noi non sappiamo se possa esistere in conseguenza di ciò la probabilità di una intossicazione cronica (del resto finora mai verificata) sarà buona misura di precauzione ridurre il contenuto in stagno al minimo possibile.

I cibi in scatola, come tutti gli altri cibi, possono provocare intossicazioni e infezioni. Questo pericolo, tutto sommato, è offerto tuttavia con maggiore facilità dai cibi comuni.

St.

RESISTENZA E DIFESA CONTRO LE INFEZIONI NEI VEGETALI.

Come è risaputo i vegetali svolgono speciali processi difensivi contro gli assalti dei germi infettivi che continuamente li insidiano ed è veramente interessante il volerli seguire per notare una certa analogia tra questi processi e quelli che si osservano in patologia umana. RIVERA (« Policlinico », Sez. Pratica, n. 15, 1940, Roma) ha dimostrato nelle piante recettive un equilibrio di convivenza tra il virus e le cellule da permettere un sano sviluppo quando le piante si trovano in condizioni favorevoli. Ma se influenze ambientali intervengono a rompere questo equilibrio (caduta di pioggia, freddo, abbondanti nevicate, venti forti, caldo

umido, ecc.) tali da abbassare la capacità difensiva delle piante oppure di esaltare la moltiplicazione dei parassiti, viene allora a stabilirsi lo stato patologico della pianta. Interessante è seguire il modo con cui la pianta procede all'ulteriore eliminazione del male, che si compie con una barriera di cellule morte per tutta la larghezza della lamina fogliare, per cui il moncone di foglia ammalata rimane collegato con la parte sana, solamente attraverso alcune fibre e fasci di vasi che non danno più luogo alla vitalità della parte ammalata che si distacca con un vero processo di autoamputazione.

G.

STATISTICHE DELLA TUBERCOLOSI NEL MONDO.

Le statistiche pubblicate da « Le Musée Social » e che leggiamo nella « Difesa Sociale », n. 7, 1940, ci dicono che in tutti i paesi civili si è avuta una notevolissima diminuzione della mortalità per tubercolosi. Dal 1911 al 1935, ossia per un quarto di secolo circa, la diminuzione della mortalità fu diversa nei vari paesi; variò cioè dal 32 al 67 per cento. In Italia la diminuzione fu del 40,2 per cento, cioè la mortalità si ridusse di oltre un terzo.

Ancora più soddisfacente riesce il confronto fra le statistiche del 1900 e quelle del 1937, riportate dal De Bernardinis (« Lotta tuberc. », I, 1939). La mortalità per tubercolosi è diminuita in questi 37 anni del 77,4 per cento.

Riguardo alla mortalità per tbc. nei vari Stati d'Europa, essa era nel 1936 minima in Danimarca (0,51 su 1000 abitanti) e nei Paesi Bassi (0,52). Massima in Ungheria (1,53) e in Francia (1,25). In Italia essa era di 0,88 sopra 1000 abitanti.

Leggi, decreti e ordinanze della "Gazzetta Ufficiale",

Decreto Min. 27 aprile 1940 (G. U. n. 186). — Determinazione per l'anno 1940 del contributo sindacale suppletivo comprensivo delle somme dovute a titolo rimborso spese per la tenuta degli albi a carico dei professionisti e degli artisti.

R. Decreto 2 maggio 1940 (G. U. n. 185). — Approvazione del regolamento per la polizia sanitaria dell'aero-navigazione.

R. Decreto 6 maggio 1940 (G. U. n. 161). — Estensione al possedimento delle isole italiane dell'Egeo delle assicurazioni sociali.

Decreto Min. 30 maggio 1940 (G. U. n. 162). — Approvazione della concentrazione dell'esercizio assicurativo italiano della Compagnia In-

glese di assicurazione « Norich Union Fire Insurance Society L.T.d » nelle compagnie italiane di assicurazione « Fondiaria Incendio » e « Fondiaria Infortuni » in Firenze.

R. Decreto 3 giugno 1940 (G. U. n. 182). — Approvazione dello Statuto della Società italiana di Medicina del Lavoro.

Ordinanza Min. 24 luglio 1940 (G. U. n. 182). — Sessione autunnale degli esami universitari dell'anno 1939-1940.

Legge 3 giugno 1940 (G. U. n. 160). — Modificazioni ed integrazioni al R. decreto-legge 2 aprile 1923, n. 966, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473 sull'esercizio delle assicurazioni private.

R. Decreto 1° luglio 1940 (G. U. n. 181). — Integrazioni all'ordinamento didattico universitario.

R. Decreto 3 giugno 1940, n. 998 (G. U. n. 181). — Approvazione dello statuto della Società Italiana di Storia delle scienze mediche e naturali con sede in Firenze.

Ordinanza Min. 5 luglio 1940 (G. U. n. 159). — Sospensione delle operazioni di esame della sessione 1940 per l'abilitazione della Libera Docenza.

Decreto Min. 16 luglio 1940 (G. U. n. 183). — Sottoposizione a sequestro della Rappresentanza italiana della Compagnia francese di assicurazione vita « Le Phenix » in Roma e nomina del sequestratario.

Decreto Min. 25 luglio 1940 (G. U. n. 180). — Approvazione di alcune modifiche alle condizioni generali di polizza e di una clausola speciale presentata dalla Compagnia Anonima di assicurazione di Torino con sede in Torino.

Periodici di propaganda assicurativa

Buona Semente (La), n. 7, Roma.

TASCHERA, *La terra di Virgilio* — *Gli avvenimenti principali del mese di giugno.* — SOLMI, *Guerra di giustizia.* — PUCCINI, *Adamo Lucchesi.* — M. L., *Italo Balbo.* — PASTORINO, *Il Figlio della Guercia.* — MARINO, *Vacanze.* — DE ANGELIS, *Tasca vuota.* *Glorie marinare* — *Avvenimenti di agosto* — *Un tradimento* — *La guerra d'Italia nel Mediterraneo* — *Il Mondo fantastico.*

Prima Idea (La), n. 7, 1940, Bologna.

FALSONE, *Luglio.* — BADINI, *La Torre degli Asinelli.* — BERNABÒ, *L'Eden.* — GRAMMI, *Le lettere di Gianni.* — FATA ALCINA, *Uno scroccone.* — MUSETTA, *Infanzia di musicisti.*

Dai Periodici

ITALIA

Annali d'Igiene, n. 6, 1940, Roma.

G. F., *Manifestazioni morbose tra gli operai di una fabbrica di munizioni.*

L'A. riporta le manifestazioni riscontrate da Iobtrain e Boulard, in una fabbrica di cartucce, che vengono classificate in tre gruppi.

Fanno parte del primo gruppo gli addetti alla lavorazione del fulminante, che presentano prurito, reazioni congiuntivali, crisi di emoglobinuria, ecc.; al secondo gruppo quelle manifestazioni, caratterizzate da intossicazioni, da vapore di nitriti di etili e al terzo le dermatosi da irritazione chimica negli operai esposti a vapori nitrosi.

L'A. infine accenna ai mezzi protettivi per difendersi contro queste manifestazioni e ai provvedimenti profilattici da adottarsi. G.

Idem, n. 7, 1940, Roma.

CIANI, *Per la disinfezione delle stoviglie nei pubblici esercizi.*

L'A. illustra brevemente un apparecchio per la disinfezione delle tazze e dei bicchieri che è costituito di un vassoio a doppio fondo di forma rettangolare, il cui piano superiore presenta dei fori a gruppi, disposti in due serie di 5 ciascuno. G.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. V-VI, 1940, Roma.

BERNARDINI, *Un vantaggioso e rapido metodo per la cura della scabbia.*

L'A. segnala i risultati sul trattamento della scabbia con una soluzione a base di benzoato di benzile ed il balsamo del Perù, sperimentato su 40 pazienti tutti guariti con uno o due giorni di degenza in ospedale. Ne rileva i grandi vantaggi sul sistema usuale a base di pomata solfo-alcalina e la spesa minima. G.

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

MEDULLA, *Il problema della schistosomiasi in Libia.*

L'A. basandosi su due osservazioni di schistosomiasi intestinale fatte da Circhitto, riesamina il problema della presenza e frequenza della malattia nella Libia accennando alla presenza di una forma di schistosomiasi vescicale, nel Dernino e nel Fezan. G.

Assistenza Fascista, n. 1-2, 1940, Roma.

CHIAPPELLI, *La tessera sanitaria alle persone addette ai servizi domestici.*

Con recente provvedimento è stato approvato il modello della Tessera Sanitaria di cui debbano essere munite le persone, che prestano servizi inerenti al funzionamento della vita familiare.

L'A., mettendo in rilievo l'importanza del provvedimento, inteso a tutelare la salute dei componenti la famiglia, nucleo primo e vitale della nostra organizzazione sociale, ed a portare la necessaria assistenza sanitaria ad una vasta categoria di prestatori d'opera, che finora n'erano sottratti, propone che si addivenga all'assicurazione obbligatoria e totale contro le malattie mediante un coordinamento delle leggi e degli istituti esistenti e ciò perchè il domestico eliminato dal lavoro trovi subito mezzi di sostentamento e di cura, e non resti abbandonato alla sua sorte. G.

Assistenza Sociale (L'), n. 6, 1940, Roma.

PEZZERI, *L'importanza dello sforzo muscolare nell'etio-patogenesi del pneumotorace spontaneo.*

L'A. fa rilevare che in occasione di sforzi muscolari violenti, le brusche profonde ispirazioni possono costituire il fattore occasionale, che, agendo su di un tessuto già leso, può provocare processi morbososi acuti e cronici, determinando una improvvisa rottura del polmone e della pleura sovrastante con passaggio di aria nella cavità pleurica. G.

Assicurazioni, fasc. III, 1940, Roma.

D'AMELIO, *La gioia di vivere.* — VON DER THÜSEN, *Il rischio di guerra in diritto germanico.* — VALLERINI, *Le assicurazioni dei rischi di guerra in Inghilterra.* G.

Athena, n. 7, 1940, Roma.

VILLA, *In tema di diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.*

L'A. ricordando l'importanza della diagnosi precoce in materia di tubercolosi polmonare si è fermato al metodo di indagine totalitario che gli sembra preferibile all'altro epidemiologico. Propone, sulla base di numerose statistiche, che il metodo venga specialmente applicato in rapporto alla Scuola e specialmente alle scuole superiori universitarie dato il risultato delle recenti statistiche, che dimostrano la grande diffusione della malattia tra gli studenti delle Università. G.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, n. 5, 1940, Milano.

DI NATALE, *Indicazioni tecniche e risultati del trattamento chirurgico del rene mobile.* — ZACCARIA-FUMAGALLI, *A proposito del cosiddetto sistema porta-ipofisario nell'ipofisi umana.* — BORGHETTI, *Rilievi clinici e radiologici in un caso di echinococco del fegato.*

Avvenire Sanitario (L'), n. 19, 1940, Milano.

APPELLO, *L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in Albania.* — *Autarchia nel campo medico editoriale.* — *Tendenze sessuali e complicità ormonali.* G.

Bibliografia Medico-Biologica, n. 3-4-5-6, 1940, Roma.

Questa rassegna mensile dei libri e della stampa periodica italiana di medicina e biologia esce ogni mese in dignitosa veste tipografica di circa 100 pagine dando notizie con recensione, di più che un migliaio di opere dei nostri autori, così da essere possibile a ciascuno nel campo ristretto della specialità come in quello della pratica generale di tenersi al corrente dei contributi portati dagli studiosi italiani e stranieri ai progressi della scienza medico-biologica e delle scienze affini. G.

Biochimica e Terapia Sperimentale, fasc. IV, 1940, Perugia.

LIACI, *Possiede la ergobasina azione spleno-contrattile?*

L'A., ha messo in evidenza che questa sostanza produce contrazioni spleniche di notevole ampiezza e durata, tanto se viene somministrata per via intestinale quanto per via endovenosa e mette questa azione in comparazione a quella dell'adrenalina sulla quale avrebbe il vantaggio di effetti più pronti e più duraturi. G.

Idem, fasc. VII, 1940, Roma.

CESSI, *Introduzione alla biochimica delle vitamine.*

L'A. dopo un riassunto delle nostre attuali conoscenze sul problema generale delle vitamine tratta dei loro rapporti con i biocatalizzatori organici particolarmente quelli chimici come gli enzimi e il loro meccanismo di azione. G.

Bollettino del Centro Studi dell'I.N.A., n. 9, 1940, Roma.

Il 27° conto reso - *Relazione del Consiglio di Amministrazione sul bilancio al 31 dicem-*

bre 1939-XVIII - La giornata della tecnica - Guerra e previdenza - L'Assistenza sanitaria. G.

Idem, n. 10-11, 1940, Roma.

La legge 3 giugno 1940, n. 761 - *Gli abboni sono proibiti - L'Agente di assicurazione - Natura giuridica dei prestiti su polizze.*

Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici, 1940.

Atti e comunicazioni della Federazione - *Applicazione della legge di guerra - Stati da considerarsi nemici (Assicurazione incendio - Assicurazione vita).* G.

Idem,

Atti e comunicazioni della Federazione - *Legislazione.*

Idem, n. 10.

Le Aziende del credito e dell'assicurazione si ritengono permanentemente mobilitate - *Divieto di circolazione agli autoveicoli - Imposta generale sull'entrata.* G.

Bollettino della Soc. Medico-Chirurgica Bresciana, n. 2, 1940, Brescia.

REVERDINO, *Emeralopia per carenza di vitamina A.*

L'A. riferendo la storia clinica di tre ammalati di emeralopia, che tenevano una alimentazione priva di vitamina A, fa rilevare i benefici risultati ottenuti, sino alla guarigione coll'uso di una opportuna alimentazione, concludendo che la vitaminosi A è un problema non soltanto biologico e clinico ma sociale da prendersi in seria considerazione. G.

Idem, n. 2, 1940, Brescia.

PALTRONIERI, *Sulle reali possibilità di differenziazione radiologica dell'ulcera benigna e maligna dello stomaco.*

Molti lavori sono stati pubblicati nell'intento di stabilire coll'indagine radiologica la diagnosi differenziale fra ulcera benigna e ulcera maligna dello stomaco fra cui basta citare quelli di Cavina-Valenti e Zanetti. Tutti si astengono dal venire a conclusioni nette.

L'A. riferendosi ad una pubblicazione di Bayer ritiene utile applicare il suo procedimento senza però venire a conclusioni assolute rimanendo la diagnosi precoce ancora un problema molto arduo a risolversi. G.

Case di Cura (Le), n. 3, 1940, Milano.

Lotta antitubercolare - L'Assistenza medica per i lavoratori del Commercio - Problemi e notizie delle case di cura. G.

Critica Medico Sociale, n. 6, 1940, Roma.

MIDULLA, *Bonifica umana.* — PONZO, *Il lavoratore e il problema degli sprechi.* — LACCHE', *Alcune considerazioni sulla educazione pratica della volontà.* — SARCHIOLO, *Problemi aperti della Scuola fascista.* G.

Cultura Medica Moderna, n. 5, 1940, Palermo.

SQUILLACI, *Valore attuale della reazione alla benzidina per l'identificazione medico-legale delle tracce di sangue.*

Ricordato dal punto di vista dottrinale, il valore attuale di detta prova l'A. in base ai risultati di esperienze personali afferma che tale prova può fornire risultati ben soddisfacenti. G.

Cuore e Circolazione, n. 6, 1940, Roma.

STEFANUTTI, *Sul valore semiologico e clinico di un nuovo indice di predominanza ventricolare.*

L'A. ha calcolato l'indice di predominanza ventricolare, rilevato secondo la formula Shlomka, studiando una serie di cardiopatici in varie fasi di scompenso ed ha accertato che durante lo scompenso l'indice è generalmente spostato verso destra, in fase di miglioramento tende a portarsi a sinistra. G.

Idem, n. 5, 1940, Roma.

CIANCAGLINI, *L'infezione tubercolare infantile nell'ambiente rurale.*

L'A. mediante l'introdermoreazione alla Mantoux ha studiato la diffusione dell'infezione tbc. nei bambini dai 6 ai 12 anni in un comune rurale, dividendo i bambini in due categorie a secondo che appartenessero alla zona agglomerata ed a quella sparsa trovando tra i primi un tasso di positività quasi uguale a quello dei grossi centri urbani. G.

Difesa Sociale, n. 5, 1940, Roma.

PONZI, *Risultati di un'indagine sulla alimentazione delle gravide nel parmense.*

L'A., esposti i dati relativi ad una indagine sul regime alimentare tenuto a domicilio da mille donne gravide, ricoverate nella Clinica di Parma, ha messo in evidenza una frequente insufficienza qualitativa dei farinacei confermando il fatto già noto; la più alta percentuale

di manifestazioni tossiche si riscontra in quelle gestanti, che si attengono a diete ricche di grassi e li proteine animali. G.

Fisiologia e Medicina.

RUBINI, *Contributo alla conoscenza del pH urinario e delle sue variazioni in rapporto coi pasti.*

Il pH dell'urina umana, durante le varie ore della giornata, presenta notevoli oscillazioni in rapporto con l'ingestione degli alimenti, nonché con la quantità e qualità di essi.

In particolare i pasti determinano come effetto immediato durante la prima ora e a volte anche durante la seconda ora, una diminuzione del pH urinario, e come effetto ulteriore una elevazione del pH. G.

Folia Medica, n. 11, 1940, Napoli.

CACCURI-BRIGANTI, *Intossicazione da glicoli.*

Gli autori, facendo delle ricerche su cavie e conigli, a cui è stato iniettato glicoletilene hanno messo in evidenza lesioni a carico del rene ma anche del fegato e del pancreas. Le alterazioni riscontrate vanno messe a carico delle sostanze per se stesse, e non soltanto per l'ossalemia che determina, come pure per la disfunzionalità del fegato. G.

Idem, n. 13, 1940, Napoli.

TESTA, *Ricerche sperimentali sulle alterazioni polmonari da decompressione barometrica.*

Gli effetti di una depressione barometrica sperimentale sulla struttura polmonare sono minime secondo l'A. purchè venga lentamente raggiunto il regime pressorio degli alveoli. Se la depressione e la ricomprensione sono brusche si producono alterazioni nel campo delle fibre elastiche e nelle pareti dei vasi polmonari potendo anche generare le condizioni anatomicopatologiche dell'enfisema polmonare. G.

Idem.

GAMMAROTA, *Il fegato nel diabete - La prova al rosa bengala, la bilirubinemia e l'eliminazione dell'acido ippurico nei diabetici.*

L'A. ha studiato in quindici diabetici la funzione secretoria del fegato con la prova del rosa bengala, associata allo studio della bilirubinemia e la funzione antitossica con la ricerca dell'acido ippurico nelle urine. In dieci casi, queste prove hanno concordemente denunciato una lesione funzionale del fegato; in cinque casi di diabete molto leggero, le prove depongono per una buona funzionalità epatica. G.

Forze Sanitarie (Le), n. 3, 1940, Roma.

SECONDARI, *Elettrocardiografo ed elettro-cardiogramma.*

L'A. continuando lo studio, già iniziato nel fascicolo precedente, espone i metodi con cui deve procedersi all'esame del tracciato elettrocardiografico e porge la spiegazione delle curve elettro-cardiografiche con il rapporto che esiste fra esse nelle diverse derivazioni. Dopo un richiamo dei diversi complessi, che si riferiscono al ritmo e alla frequenza, al tratto P-R, l'A. riferisce i tracciati elettro-cardiografici, in alcune affezioni miocardiche di origine reumatica od in seguito ad intossicazione con droghe, come la digitale. G.

Idem, n. 6, 1940, Roma.

Paralisi infantile - Nuovi metodi di cura.

In base alle nuove acquisizioni sulla « para immunità » il Raffaelli ha trattato 55 casi della sezione pediatrica dell'Ospedale Maggiore di Bergamo, con la vaccinazione anti-difterica, ottenendo la guarigione completa in 37 bambini.

Il dott. Contat di Angers, da qualche anno ha presentato un altro metodo di cura fondato sul clorato potassico. Egli ha ottenuto la regressione e la scomparsa della paralisi, anche dopo 5 o 8 giorni dall'inizio della malattia; è da vedere se i fatti trofici a carico dei muscoli scompaiano più rapidamente e non compaiano affatto. G.

Giardino di Esculapio (Il), n. 3, 1940.

I Santi e la Medicina - Sant'Ambrogio - Santa Caterina da Siena - Libri di medicina - La pagina terapeutica - Larostidin e ulcera gastro-duodenale. G.

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

LANERI, *Sugli aspetti radiologici della cisti da echinococco del polmone.*

L'A. sulla scorta di un'ampia casistica personale descrive gli aspetti radiologici comuni e rari della cisti da echinococco del polmone e passa quindi alla diagnosi differenziale delle diverse forme. G.

Illustrazione del Medico, n. 70, Milano.

GASBARRINI, *Tradizioni e rapporti delle Scuole Mediche di Bologna e di Padova.*

MANGELLI, *I trottatori.* G.

Infermiera Italiana (L'), n. 6 e 7, 1940, Roma.

PELOSO, *La donna e l'organizzazione sociale moderna.*

ARRIGHI, *L'opera della A. S. V. e della assistente sociale di fabbrica nella tutela fascista del lavoratore.* G.

Italia Odontoiatrica, n. 2, 1940, Milano.

L'anestesia locale nella pratica odontoiatrica - Estrazione dei denti. G.

Lavoro Commerciale (Il), Quaderno n. 2, giugno, 1940.

Il trattamento dei lavoratori del commercio richiamati alle armi.

Si tratta di una raccolta sistematica ed ordinata di tutte le vigenti disposizioni legislative, norme contrattuali, determinazioni ministeriali, che regolano il trattamento giuridico economico dei lavoratori richiamati alle armi e dispongono provvidenze varie a favore dei richiamati e delle loro famiglie. G.

Idem, n. 8, 1940, Roma.

La parola del Duce - Responsabilità del Sindacalismo francese - L'organizzazione sindacale corporativa per la efficienza bellica della Nazione - La funzione del collocamento in pace e in guerra. G.

Lavoro Umano, n. 1-2, 1940, Torino.

SAMBUELLI, *Attività professionale e tiroide.*

L'A. in base all'esame di 5100 schede di operai addetti alle industrie meccaniche e della gomma, ha rilevato uno stato ipertrofico della tiroide in 312 casi; più frequente (circa 3 volte) nelle femmine rispetto ai maschi; in questi ultimi (quasi tutti) l'ipertrofia è accompagnata da diminuzione del peso corporeo ed aumento della pressione sanguigna. I fatti ipertrofici sono pertanto più frequenti nelle femmine ma più accentuati nei maschi. G.

Idem, n. 1-2, 1940, Torino.

DIMACCO, *Patogenesi del colpo di calore nei mietitori.*

Sulle cause della morte nei colpiti dal sole e dal calore sono da ricordare le congestioni del sistema nervoso e le alterazioni del ricambio dei protidi, dei glucidi, dei lipidi, nonché l'integrità della funzione respiratoria e cardiaca. G.

Libro Italiano (II), n. 5, 1940, Roma.

CASINI, *Per il primato italiano dell'arte della stampa.*

SPECTATOR, *Dal 1861 ad oggi.*

ALLODOLI, *Il Centro Nazionale di studi sul Rinascimento.*

DEL VITA, *L'edizione nazionale delle opere di Vasari.* G.

Maglio (II), n. 31, 1940, Torino.

Certezza di vittoria - Il contratto di lavoro nel soggetto ministeriale del nuovo codice civile. G.

Idem, n. 31, 1940, Torino.

Disciplina e produzione del sistema del lavoro a cottimo - Le indennità di anzianità - Funzione sociale delle casse mutue. G.

Medicina del Lavoro (La), n. 7, 1940, Milano.

FUGAZZOLA-GASTALDI, *Considerazioni clinico-statistiche sulla frequenza e sulla evoluzione della tubercolosi polmonare degli operai addetti alle industrie tessili.*

Gli AA. negano alle polveri di lana e di cotone la possibilità di creare nel polmone un locus di minoris resistentiae alla tbc., ma ammettono che possono dar luogo a forme catarali diffuse dell'apparato respiratorio. G.

Medicina dello Sport e dell'Educazione Fisica, fasc. II e III, 1940, Torino.

RICCI, *La reazione del Donaggio studiata negli sportivi.*

L'A. ha eseguito numerosi saggi della reazione del Donaggio su atleti in gara e in allenamento ed è giunto alla conclusione che questa reazione è di buon ausilio nel seguire l'allenamento di un atleta, alla condizione che per ogni soggetto venga determinato con più saggi il grado medio di reazioni a riposo e questo venga confrontato col valore maggiore riscontrato dopo che l'atleta ha compiuto un determinato lavoro. G.

Medicina Internazionale (La), n. 8, 1940, Milano.

IZAR, *Direttive terapeutiche delle glomerulonefriti diffuse croniche in secondo e in terzo stadio.*

ROTOLO, *Le occlusioni intestinali nel quadro dell'addome acuto.*

DE DOMINICIS e diversi, *Sull'azione ipoglicemizzante dell'ormone testicolare.* G.

Meteorologia Pratica (La), n. 3, 1940, Perugia.

ALFANI, *Su di un microbarografo.*

EREDIA, *L'aerologia nel quadro delle discipline scientifiche e tecniche.*

DERETON, *La formazione di ghiaccio sugli aeroplani.*

EREDIA, *La previsione del tempo e l'empirismo.* G.

Minerva Medica, n. 23, 1940, Torino.

LUCCHERINI, *Tentativo di cura del morbo di Addison con l'ormo-trasfusione del sangue di soggetto affetto da ipertensione arteriosa essenziale.*

L'A. dopo avere esposto i presupposti teorici al tentativo di cura fatto per il primo in un caso di m. di Addison mediante l'ormo-trasfusione del sangue di soggetto affetto da ipertensione arteriosa essenziale, ne riferisce la vantaggiosa utilità specie sui valori pressori ed è indotto a consigliare tale metodo di cura, pur in associazione ai preparati cortico-surrenali. G.

Idem, n. 31, 1940, Torino.

DOMINICI, *La patogenesi dell'angina pectoris e l'origine del valore anginoso.*

L'A. dopo avere accennato alle condizioni anatomico-funzionali che costituiscono il substrato della sindrome anginosa illustra il concetto di ipo-ossiemia del miocardio e le possibilità genetiche derivanti. Chiarisce inoltre l'importanza dello spasmo vasale dando una spiegazione dell'origine della sensazione anginosa dolorifica. G.

Ospedale Maggiore (L'), n. 5, 1940, Milano.

PIERANGELI, *Contributo allo studio radiologico delle così dette appendiciti croniche.*

L'A. riferisce le ricerche eseguite su 110 ammalati sottoposti ad accurato esame radiologico con diagnosi di appendicite cronica. Al tavolo operatorio è stata controllata la esattezza della sintomatologia radiologica. Il lavoro è corredato da ricerche istologiche. G.

Idem, n. 6, 1940, Milano.

CAMINITI, *Le peritoniti da perforazione di ulcera tifosa.*

L'A. riferendo su 35 casi di peritonite tifosa operati nel padiglione di chirurgia d'urgenza dell'Ospedale Maggiore di Milano nel ventennio 1920-1939 insiste sull'opportunità della diagnosi precoce e del tempestivo intervento operatorio,

condizioni essenziali per il successo. Fa seguire alcune considerazioni su questioni di natura operativa. G.

Policlinico (II), Sez. Medica, n. 7, 1940, Roma.

RECCHIA e LUBRANO, *Ricerche sul potere batteriolitico del siero di sangue dei tifosi in rapporto alla reazione vaccino-terapica.*

Gli AIA. indagando il comportamento del potere batteriolitico del siero di sangue dei tifosi, prima, durante, dopo la reazione vaccinica e nella convalescenza concludono negando ogni qualsiasi importanza al comportamento di tal potere quale fenomeno atto a spiegare il meccanismo di azione della vaccino-terapia. G.

Idem, Sez. Pratica, n. 27, 1940, Roma.

SARDO, *La glicolisi in vitro nel sangue dei tubercolotici diabetici.*

L'A. studia il comportamento del potere glicolitico del sangue in 11 soggetti affetti da diabete, tubercolotici e per controllo, conduce uguali ricerche in sette soggetti sani. Trova un cospicuo aumento del potere glicolitico nei diabetici tubercolotici rispetto ai controlli. Attribuisce questo particolare comportamento alla infezione tubercolare, senza entrare nell'intimo meccanismo. G.

Problema alimentare (II), fasc. I, 1940, Roma.

CERQUIGLINI, *Sul valore alimentare di pane confezionato con miscele di farine di cereali e di legumi.*

Numerose ricerche sono state istituite dal laboratorio dell'Istituto di clinica biologica dell'Università di Roma secondo un esteso piano di indagini da Zagani e Famiani, allo scopo di studiare il valore nutritivo dei semi delle graminacee e delle leguminose più importanti dal punto di vista dell'alimentazione umana. All'uopo sono stati allestiti diversi tipi di pane costituito di farina di frumento (90 %) con ceci, fagioli, fave, granturco giallo, bianco (10 %) e solo frumento e con essi sono stati nutriti ratti albini.

I risultati ottenuti si possono così riassumere: il pane allestito con farina di frumento integrata con farina di legumi (fave, ceci, fagioli) ha dimostrato un valore alimentare nettamente superiore a quello del pane allestito con sola farina di frumento o con questo integrato con farina di cereali (grano turco giallo e bianco). G.

Idem, fasc. I, 1940, Roma.

BARBIERI, *L'indagine statistica sulle disponibilità alimentari della popolazione italiana.*

La pregiata pubblicazione ricca di dati e di quadri statistici, studiando le condizioni alimentari italiane mette in evidenza un grande miglioramento in questi ultimi anni con una manifesta tendenza verso un più razionale equilibrio tra gli alimenti di origine vegetale ed animale. G.

Progresso sociale nel Mezzogiorno (II), n. 8, 1940, Napoli.

Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici per la valorizzazione del patrimonio idro-minerale italiano. G.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del Lavoro, n. 6, 1940, Roma.

PANCHERI, *Ricerche sulla morbilità e sull'igiene delle soffierie di vetro di seconda fusione.*

L'A. mette in evidenza la notevole frequenza di malattie in genere e da perfrigerazione in particolare, che si riscontra nei soffiatori di seconda fusione ed in specie nei fabbricanti di fiale e fiaconcini, rilevando che la morbilità è maggiore nei mesi estivi che nei mesi meno caldi. Il fatto va messo in rapporto con le particolari condizioni igieniche del lavoro e con l'aumentata temperatura dei locali durante la lavorazione. G.

Idem, n. 7-8, 1940, Milano.

SCARZINI, *L'industria dell'alluminio in rapporto alla sicurezza e all'origine del lavoro.*

G. R., *La prevenzione dei disturbi da calore.*

FAGIOLI, *Gli infortuni nell'industria.* G.

Rassegna di clinica terapia e scienze affini, fasc. III, 1940, Roma.

Profili di fisici italiani: Carlo Matteucci.

GIANNELLI, *Sull'impiego delle alte dosi di glicerofosfato di sodio nella cura delle psicosi postinfettive e di altre distonie nervose.*

L'A. ha sperimentato la sedaltrina endovenosa in alcuni casi di psicosi postinfettiva, ottenendo la rapida remissione dello stato delirante. G.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 6, 1940, Roma.

MONTESANO, *Perchè la silicosi non è ancora compresa tra le malattie professionali indennizzabili.*

L'A. dopo aver dimostrato che la silicosi è

una malattia così seria e pericolosa da rimanere restia a qualsiasi cura oltre che difficile a diagnosticarsi nei primi stadi nei quali l'operaio allontanato temporaneamente dall'ambiente potrebbe anche arrestare il progredire dell'affezione, sostiene la necessità di affrontare il problema e poichè la questione che finora ha impedito di procedere alla assicurazione obbligatoria sia stata la confusione di obblighi di indennizzo da parte dell'I.N.F.A.I.L. e dell'I.N.F.P.S. auspica che siano emanate oculte e precise disposizioni intese a identificare le rispettive responsabilità dei due istituti. G.

Idem, n. 7, 1940, Roma.

VIGLIANI, *La silicosi nelle fonderie di acciaio*.

L'A. ha sottoposto ad esame clinico e radiografico 318 operai appartenenti a due grandi fonderie di acciaio di cui un terzo addetto a lavori di sbavatura ed ha trovato 23 casi di silicosi, la massima parte dei quali nello stadio di silicosi nodulare e due di complicati con un processo tubercolare. La lavorazione più pericolosa della silicosi è quella della sbavatura, seguono poi la molatura a smeriglio e il taglio con la fiamma ossi-acetilenica.

Rassegna di Oncologia, n. 3, 1940, Roma.

LIUZZO, *La cancro-cirrosi del fegato*.

L'A. illustrando tre casi di cancro-cirrosi a decorso sub-acuto, studia il reperto isto-radiologico di due casi in cui era stata eseguita l'epatosplenografia di fronte alla S. R. I. G.

Riforma Medica, n. 19-20, 1940, Napoli.

Il fascicolo dedicato alla Medicina coloniale e pubblicato in occasione della Mostra d'Oltremare, grandiosa rassegna di quello che l'Italia ha fatto in terra d'Africa per potenziare l'Impero, contiene molti lavori di patologia coloniale diretti ed organizzati con la sua grande competenza dal Prof. Jacono, Direttore della R. Clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali di Napoli. G.

Rinascenza Medica, n. 12, 1940, Napoli.

STANGANELLI, *Ulteriori saggi di vaccino-terapia coll'anafenbatt Petragani*.

L'A. apporta un nuovo contributo alla vaccino-terapia con l'anafenbatt nella tubercolosi e descrive sei casi nei quali questo vaccino usato indipendentemente da altre cure o successivamente ad esse, diede risultati benefici, prima sullo stato generale, poi sulla febbre e quindi sulle lesioni polmonari. G.

Idem, n. 15, 1940, Napoli.

PICCOLI, *La reazione pupillare di Berkowitz nella diagnosi precoce della gravidanza*.

Tra i tanti metodi proposti, tra cui di indiscussa sensibilità e specificità, quello di Ascheim-Zonenk per la diagnosi precoce di gravidanza, ne viene segnalato un altro che va sotto il nome di reazione pupillare di Berkowitz, basato sul fenomeno che il sangue citratato di una donna incinta, istillato nel cul di sacco congiuntivale di essa, produce delle modificazioni del diametro pupillare nel senso di una dilatazione o di una contrazione dell'iride.

La tecnica è facile e il risultato è pronto se la reazione è positiva. G.

Rivista dell'Assistenza, n. 8, 1940, Roma.

G. R., *Ancora sul meticcato*.

L'A. dopo avere premesso che tra le due opposte correnti scientifiche, che rispettivamente affermano e negano l'opportunità dell'incrocio per lo sviluppo psico-anatomico dell'uomo, prevale oggi la teoria negativa che fondandosi su dati scientifici e osservazioni profonde e sicure ha dimostrato come in un popolo nato da mescolanza di razze dissimili si verifica ben presto la più completa sterilità, enumera tutti i mali e tutte le anomalie degli individui che nei meticci assumono maggiore frequenza. Prescindendo dalle anomalie del sistema scheletrico, del tegumento e degli organi visivi i meticci sono fortemente esposti alla tubercolosi e danno un largo contributo alle malattie mentali in rapporto ai vari squilibri nel campo delle secrezioni interne, al morbo di Basedow e al diabete. G.

Rivista del Lavoro, n. 4, 1940, Roma.

LANTINI, *Riassunto storico della previdenza sociale in Italia*.

L'A. in poche pagine commenta l'evoluzione dell'azione sociale in Italia, legislazione ed accordi sindacali, così da darne una chiara idea utile ai lettori dal punto di vista della organizzazione e della propaganda. L'A. dopo aver accennato alle prime origini del movimento sociale, iniziato nel 1883 con le Società di mutuo soccorso e alle tappe successive che si conclusero nella assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, sia industriali che agricoli, e nella assicurazione di maternità, invalidità e vecchiaia, contro la disoccupazione e la tubercolosi, nuzialità e natalità, ricorda l'azione spiegata dal Fascismo in questo vasto campo di

attività assistenziale con la sua concezione corporativa e sindacale che ha promosso un movimento mutualistico armonico e completo che si esprime oggi con l'istituzione delle Mutue di Malattie.

G.

Rivista di biologia coloniale, fasc. III, 1940, Roma.

CIFERRI-BARBEUSI-SCARAMELLA, *Analisi biometrica del caffè in grani dell'A. O. I.*

Si è effettuato uno studio biometrico su 22 campioni di caffè in grani prodotti nell'A. O. I. operando un totale di 6600 misure. I dati globali riassuntivi e quelli per regioni sono stati elaborati con il metodo dell'analisi della varianza secondo Tisher; hanno così mostrato la non omogeneità dei campioni dal punto di vista biometrico. I dati raccolti forniscono una prima e necessariamente parziale base per una classificazione tecnologica commerciale dei caffè dell'A. O. I.

G.

Rivista di patologia femminile e di crenologia, fasc. I, vol. III, 1940.

CADROCARO-MASCIA, *Contributo allo studio dei tumori cerebrali complicanti lo stato gravidico* — GESTRI, *Cure termali e politica demografica*. — NERI, *Nuovi impianti nel reparto di terapia fisica del R. Stabilimento termale di Castrocaro*.

G.

Rivista di terapia moderna e medicina pratica, n. 8, 1940, Milano.

Le acque minerali della Corsica - Acque ferruginee, acque sulfuree - Il patrimonio idrominerale della Corsica sarà valorizzato - Il trattato enciclopedico della storia della medicina.

G.

Rivista terapeutica degli alcaloidi, n. 36, 1940, Milano.

La colchicina nella gotta e nei tumori - La cura antisifilitica favorisce la tabe e la paralisi progressiva? - La iosciamina e le sue principali indicazioni - Il valore diuretico ed anti infettivo dell'arbutina.

G.

Settimana Medica (La), n. 22, 1940, Palermo.

FERNANDEZ, *Cisti ematica vera del rene*.

L'A. illustra un caso in base al referto istologico e discutendo la patogenesi crede che anche per le cisti ematiche vere debba pensarsi ad una malformazione.

G.

Idem, n. 23, 1940, Palermo.

D'ASARO, *Brucellosi e tubercolosi ossea. Può essere di aiuto per la diagnosi differenziale fra brucellosi e tubercolosi l'intradermoreazione con la brucellina?*

L'A. allo scopo di una possibile diagnosi differenziale ha usato l'intradermoreazione con la brucellina Mirri in 21 bambini ammalati di tbc. osteo-articolare e 18 bambini affetti da altre malattie ed ha constatato che tale prova biologica non può essere di aiuto, in quanto le reazioni positive non sono in rapporto nè con i dati anamnestici nè coi dati clinico-radiografici.

G.

Idem, n. 28, 1940, Palermo.

BIONDO, *Contributo alla interpretazione clinica delle extra sistoli*.

L'A. che ha trattato l'argomento, in una comunicazione presentata alla IV Riunione del Gruppo cardiologico Italiano (Milano, 9 giugno 1940) dopo aver determinata l'entità clinica del fenomeno che deve considerarsi un disturbo del ritmo cardiaco di modesto significato patologico, associato più spesso ad un cuore normale che patologico, sovente neppure percepito dai pazienti, qualche volta sentito come una capriola al cuore o di tuffo sempre indipendente dalle lesioni valvolari o miocardiche, di cui non rappresenta neppure un momento causale o efficiente dello scompenso cardiovascolare, espone la patologia sperimentale onde provocare il fenomeno negli animali ed anche nell'uomo il meccanismo di azione che, secondo l'A., va attribuito ad uno stato particolare di aumentata eccitabilità del miocardio e al tessuto specifico neuromuscolare. In conclusione il fenomeno extra sistolico non impone la diagnosi di affezione miocardica ma obbliga il medico a ricercare la patogenesi del disturbo del ritmo che può essere riferita a stimoli abnormi, a processi funzionali a carattere transitorio (emozioni, compressione, tossinfezione).

La prognosi è favorevole negli individui normali; invece nei cardiopatici il giudizio è quello che si riferisce alla lesione cardiaca.

G.

Studi Sassaresi, fasc. II, 1940, Sassari.

DORE, *Studi sulla glicemia e sulla fosfatemia dopo l'iniezione di vitamina B nei bambini*.

La somministrazione di vitamina B in bambini normali ha provocato nel maggior numero dei casi, aumento del tasso glicemico; si è verificato invece ipoglicemia in soggetti in con-

dizioni generali più o meno deperate. La fosfatemia inorganica ha dimostrato un andamento inverso a quello della glicemia; al massimo della glicemia corrisponde il minimo della fosfatemia e viceversa. G.

Terapia, n. 254, 1940, Milano.

Le vaccinazioni profilattiche contro le epidemie di guerra (tetano, tifo, paratifo, dissenteria e vaiolo).

Viene riportato un lavoro di Prigge pubblicato in « Zeitschr. für arztl. Fortbildung », 1940, n. 10 in cui si fanno risaltare le misure profilattiche adottate per arginare le epidemie in genere e quelle di guerra in particolare e cioè l'isolamento degli ammalati, la disinfezione, lo spidocchiamento, il controllo dell'acqua potabile; ma ritiene che una vera protezione contro il contagio si ottiene con la immunizzazione attiva e passiva, partecipazione quindi diretta dell'organismo alla produzione di sostanze antagoniste e di altre sostanze protettive che si accumulano nel plasma neutralizzando i veleni batterici o rendendo innocui i batteri stessi. G.

Terapia, n. 253, 1940, Milano.

PIANA, *Sieroterapia delle peritoniti acute da appendicite.*

MONTI, *Forme streptococciche e otolarin-goiatritia.*

I dieci apparati dell'organismo umano.

Tubercolosi, n. 6, 1940, Roma.

Cifre della lotta contro la tubercolosi in Italia.

Dà notizia che l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale che accentra per moltissima parte l'attività curativa ha impegnato 900.000.000 per le costruzioni sanatoriali. Sono in funzione 47 case di cura con 14.700 letti mentre altre 16 case di cura con 7.300 posti letto sono in avanzata costruzione o già ultimate e pronte ad entrare in funzione. Dal 1929, in cui l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi iniziò la concessione delle prestazioni, sono stati spesi complessivamente 1.700.000.000 per l'assistenza. Attualmente 25.979 lavoratori e persone di famiglia sono ricoverati nei Sanatori dell'Istituto, mentre 6.834 persone sono assistite con cure ambulatorie. G.

Urbanistica, n. 3, 1940, Torino.

PETRUCCI-LAZZARI, *Il progetto del piano regolatore di Massa.*

VIOTTO, *Pavimentazione stradale, gruppi e tendenze dell'ultimo decennio.* G.

ESTERO

Blatter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, anno XXIX, maggio 1940, Berlino.

SOMMARIO: *Costituzione e fenomeno tubercolare - Altezza delle pressioni sanguigne sistoliche nelle ricerche dei medici fiduciari in A. V. - Medicina assicurativa e malattie della senilità più importanti del sistema circolatorio - Diagnosi, prognosi, divisione in gruppo e statistica dei carcinomi del retto - Brevi relazioni per il medico fiduciario.*

Medical Record, 17 luglio 1940, New York.

Dott. ECHMANN, *L'applicazione terapeutica della corrente a bassa frequenza.*

Dott. FRIDENBERG, *Gli ormoni e le vitamine nelle malattie oculari.*

Dott. KESTANDIG, *La piredermite vegetante.*

Medicina y Cirurgia, febbraio 1940, Santiago de Compostela.

BEATO, *La profilassi aspecifica del tifo esantematico.*

RODRIGUEZ, *Operabilità nei dolori addominali.*

CARREO, *La sindrome di Ombredanne in otologia.*

GISPERT CRUZ, *Traumatismi cranici encefalici.*

Medizinische Klind Wochen., p. 34, 23 agosto 1940, Berlino.

Prof. A. MUSMANN, *Etiologia e patogenesi delle anomalie di refrazione con speciale riguardo alla miopia e al suo trattamento.*

Dott. KESELING, *L'uso terapeutico per inalazioni nelle malattie infettive catarrali e all'inizio dell'oligodinamia.*

Dott. MOLTEN, *L'uso abituale dell'insulina.*

Semana Medica Española, 17 agosto 1940, Madrid.

Dott. E. PEREZ CASTRO, *Nefrosi calcifica nelle stenosi pilorica e duodenale.*

Dott. U. S. LOBO, *Il prontasil in due casi di meningite tbc.*

Seguros, n. 48, 1940, Avana.

Editoriale - *Visita di Fermin Rossillo alle Associazioni della Compagnia Nazionale delle Assicurazioni - Associazione Cubana di studi delle Assicurazioni - Metodo per iniziare lo studio delle Assicurazioni.*

Statical Bulletin, n. 3, 1940, New York.

La primavera, la migliore stagione - La guerra e i tassi di natalità - Il tasso più alto della probabilità di morte per cancro - L'andamento della salute pubblica nel febbraio u. s.

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

QUALCHE ELEMENTO DI OTOSCOPIA /

LA MEMBRANA UDITIVA

Dopo aver accennato in una precedente nota alle caratteristiche dell'orecchio esterno dobbiamo ora passare a descrivere nelle linee più importanti per la semeiotica della specialità la membrana del timpano; la quale, con colorita immagine, è stata qualificata lo specchio dell'orecchio, poichè dello stato dell'orecchio medio costituisce in realtà la più fedele espressione.

E' bene anzitutto ricordare come la membrana si impianti obliquamente nel meato acustico formando superiormente un angolo notevolmente ottuso; con lo sviluppo delle ossa craniche durante l'adolescenza questo angolo tende a diminuire; ma anche nell'adulto non si dispone mai verticalmente e mantiene ancora una discreta obliquità. Le dimensioni di essa raggiungono nell'adulto all'incirca un centimetro di diametro sebbene sembri più piccola ed un poco ovale durante l'esame otoscopico per l'obliquità sopra accennata. La membrana è come incastonata all'anulo timpanico del condotto per mezzo di una speciale formazione connettivale detta *cercine di Gerlach* che è interrotta soltanto, per un certo tratto, superiormente, ove la membrana assume un aspetto depressibile ed è tale porzione detta appunto *membrana flaccida* di Shrapnell.

Tutta la restante membrana è invece detta, per la speciale fissità e tensione che presenta, *pars tensa*; essa è limitata per gran parte del quadro dall'anulo timpanico e superiormente dalle pliche o *legamenti timpano-malleolari anteriori* e *posteriori* che inquadrano in tal modo la membrana di Shrapnell. Questa è

sprovvista di fibre interne di sostegno a differenza della *pars tensa*; ma si costituisce per il semplice addossamento della mucosa della cassa alla membrana del timpano.

L'immagine otoscopica nel sano ci dimostra, con l'ordinario metodo di illuminazione artificiale descritto altra volta, la membrana di un colore proprio grigio-perlaceo che nell'adulto presenta la lucentezza della seta ed è stato rassomigliato alla mica; invece nel bambino e nel vecchio assume un colorito piuttosto biancastro.

Senza scendere in dettagli anatomici ci limiteremo a ricordare come le formazioni meglio visibili sulla membrana sono costituite dal manico del martello che si dispone obliquamente dall'alto in basso e dall'avanti all'indietro fino a raggiungere poco al disotto del centro della membrana il così detto ombilico ove viene a formare una speciale faccetta detta *spatola* del manico che corrisponde al fondo del leggero imbuto membranoso. All'estremo opposto, verso l'alto, il manico termina con un punto biancastro, processo anatomico che costituisce la *piccola apofisi*, dal quale si dipartono con due archi a curvatura leggermente diversa i *legamenti timpano-malleolari* già ricordati.

Sotto la luce piuttosto forte dello specchio frontale è più o meno visibile sulla membrana un raggio triangolare luminoso che dall'*umbus* si dirige in basso in avanti formando con l'asse del manico un angolo anteriore. La lunghezza di questo triangolo, la sua larghezza ed eventuali variazioni di essa che possono

giungere fino alla scomparsa sono dovute sia alle condizioni patologiche della membrana, sia soprattutto all'angolo che quel tratto della membrana viene a formare, rispetto allo specchio dell'osservatore, quando si stabiliscono le stenosi tubariche. La riflessione della luce forma il *triangolo luminoso* in ogni membrana normale, ma il modificarsi dell'angolo di essa nel libero giuoco di cui q provvista o per processi flogistici, potrà restringere, interrompere o far scomparire il triangolo stesso.

Accanto a questi punti di repere ben noti e costanti ve ne sono altri che, a seconda delle precipue condizioni anatomiche della membrana e in presenza di stenosi tubarica accentuata, si possono rendere visibili o comunque identificare con dei rilievi. Ad essi appartengono la *corda del timpano*, il *promontorio* con la *finestra rotonda*, la *branca dell'incudine* con la *staffa*, ecc.

Allorchè l'orecchio medio è colpito da un processo acuto la membrana assume un colore rosso scuro intenso; tutti i punti di repere scompaiono; talvolta la stessa delimitazione con il condotto si rende incerta; è quindi molto semplice l'identificazione di questa forma di otite acuta che diviene purulenta quando determina la perforazione. Questa è avvertita dal malato perchè si attenua il dolore lancinante all'orecchio e si accompagna alla comparsa di un secreto dapprima sieroso-ematico poi nettamente purulento. Ma questa forma, che capita abitualmente allo specialista ed è quasi sempre accompagnata da febbre, non interessa l'assicurazione vita perchè esclude la malattia durante questo periodo.

Nei casi di ipoacusia stabilitesi gradualmente la membrana presenta talvolta accanto ai segni della stenosi tubarica (riduzione o scomparsa del triangolo luminoso, accentuazione dei punti di repere, ecc.) zone di opacamento al-

ternate a zone atrofiche che lasciano intravedere la parete timpanica e possono accompagnarsi anche ad aderenza; si tratta abitualmente di otite media catarrale cronica; più raramente si è in presenza di otosclerosi; nei casi di stenosi tubarica semplice mancheranno le alterazioni trofiche della membrana mentre sarà più accentuata la retrazione imbutiforme con forte evidenza del manico del martello che tende a disporsi quasi orizzontalmente.

Comunque tali alterazioni non meritano speciale rilievo nella medicina delle assicurazioni vita perchè non costituiscono elemento di aggravamento per il rischio vita; ma solo motivo di preoccupazione per la capacità uditiva. Molto maggiore interesse offrono invece le otiti croniche purulente a decorso lento, intercorrente e che possono, nonostante una apparente benignità, rivestire una speciale insidiosità.

A tal fine ci necessita conoscere l'esistenza della perforazione, dove essa si trovi nei quadranti della membrana ed i suoi caratteri. La presenza della perforazione dimostra il più delle volte che, anche quando non si riscontra una secrezione, l'otite non è guarita; ma si trova soltanto in una fase latente. I caratteri della membrana, i bordi della perforazione e l'aspetto della mucosa della cassa sottostante insieme alla sede ci diranno se ci troviamo in presenza di semplici esiti della malattia oppure se questa si trova in un periodo di miglioramento. Naturalmente elementi importanti potranno ricavarsi dalle dichiarazioni dell'assicurato; ma queste ultime vanno subordinate a reperto dei fatti obiettivi.

Una certa difficoltà per i principianti costituisce l'accertamento della distruzione totale della membrana per cui la parete della cassa può essere scambiata per la membrana stessa. A tal fine si

tenga presente che il condotto nelle perforazioni totali risulta eccessivamente profondo, sarà anche visibile ad un certo livello delle pareti il cercine fibroso di Gerlac od il solco timpanico, nessun punto di repere abituale sarà individuato. Inoltre nella regione dell'*epitimpano* saranno quasi sempre visibili i residui della testa del martello o dell'incudine; infine specillando cautamente si avvertirà la resistenza ossea della parete anzichè quella elastica della membrana; quest'ultima manovra non è consigliabile che *in casi eccezionali*.

Nei casi invece nei quali la perforazione dichiarata è puntiforme essa può riuscire invisibile e potrà essere accertata con la *prova del Valsalva*. Questa consiste nel tentativo, da parte dell'esaminando di soffiare a bocca serrata dopo aver stretto le nari; in tal modo si gonfiano le guance e l'aria fattasi strada attraverso la tuba, giunge alla perforazione ove provoca un rumore sibilante percepito dal soggetto ed anche dall'esaminatore il quale potrà eventualmente esser provvisto del tubo di controllo auricolo-auricolare. Si potrà anche istillare una goccia di liquido nella regione auricolare pretimpanica ove, nei casi di flogosi acute, sono visibili pulsazioni isocrone al battito arterioso; tale fenomeno sembra dovuto alla trasmissione dell'impulso delle arteriole della cassa al liquido circostante che in tal modo attraverso la perforazione diviene visibile dal condotto.

Non consigliamo, dato il carattere prevalentemente collaudativo della visita assicurativa, altre manovre più indagatorie o fastidiose come l'uso dello speculo aspiratore di Siegle attraverso il quale si aspira eventualmente il pus che si trova nella cassa, nè le soluzioni vasocostrittrici come il liquido di Bonain cui si ricorre in presenza di congestioni della membrana.

Se passiamo ad esaminare la sede della perforazione dovremo riconoscere una prognosi diversa a seconda la zona lesa poichè alcune lasciano presumere un processo osteitico delle ossa sottostanti, mentre altre rappresentano le vie della spontanea evacuazione di una secrezione purulenta da una otite acuta accidentale in via di risoluzione. Si può genericamente ritenere che le perforazioni interessanti la parte centrale della *pars tensa* e soprattutto quelle del quadrante antero-inferiore appartengono a quest'ultimo gruppo; le perforazioni invece sui margini a ridosso dell'anulo o a ridosso della spatola sono spesso espressione di un processo carioso. Dovremo considerare quale espressione di un processo osseo, in special modo insidioso, tutte le perforazioni che occupano la *pars flaccida*.

Sebbene la presenza del pus in un vecchio otitico costituisca elemento di conferma circa l'esistenza di un processo cronico, nel nostro speciale campo potrebbe verificarsi la possibilità che il soggetto proceda, per lunga pratica acquisita, ad una detersione del pus poco prima della visita; nè d'altra parte, sono rari periodi di sospensione della secrezione in forme croniche pericolose. Per tale ragione la presenza o meno del pus, le cui caratteristiche olfattive e di abbondanza aggravano il prognostico, non racchiude in sè gli elementi del giudizio per una prognosi a lunga scadenza che è sempre ardua anche per lo specialista il quale nelle visite ordinarie può utilmente far conto sulla più completa collaborazione del malato.

Mentre per le perforazioni dei quadranti inferiori le caratteristiche otoscopiche ci dimostreranno i casi di otite purulenta cronica (poichè le acute come sappiamo non vengono accettate in assicurazione vita); per le *lesioni della pars flaccida* ricordiamo le seguenti lo-

calizzazioni con la relativa alterazione sottostante per ognuna di esse. Le piccole perforazioni che si riscontrano subito sopra la piccola apofisi sono sostenute da un processo osseo carioso del collo o della testa del martello che può già aver invaso la parete esterna dell'epitimpano; se la perforazione è un po' maggiore ed occupa la parte posteriore della *pars flaccida* fino ad invadere il bordo della *pars tensa* si deve ritenere come molto probabile una diffusione all'adito e all'antro mastoideo. Se infine il processo occupa non solo le suddette due zone, ma si è diffuso alla parete postero-superiore del condotto osseo si deve ritenere sicura una mastoidite purulenta cronica con epitimpanite; spesso in tali casi si vedono dei frammenti bianco-grigiastri secchi, di odore fetido dovuti all'esistenza di un coleosteoma.

Si comprende come la prognosi di queste varie localizzazioni e forme cliniche epitimpaniche sia ben diversa: mentre è discreta per la prima perchè può ritenersi legata ad una carie delle sole ossicine, diviene riservata per altre lesioni e risulta nettamente cattiva per l'ultima considerata.

Il processo otitico dimostra anche una certa profondità di impianto nei casi di granulazioni isolate che partono dalla parete timpanica in seguito ad iperplasia infiammatoria della mucosa; talora simili formazioni assumono l'aspetto di veri polipi i quali con la loro presenza possono anche ostacolare il libero deflusso del pus. In tali casi si cercherà di individuare la sede di impianto del polipo che depone per un processo assai tenace e insidioso allorchè risulterà impiantato sull'epitimpano; quando invece la granulazione si origina dal collo del martello o dalla lunga branca dell'incudine esista la possibilità di limitare l'intervento od anche la possibilità

di guarigione con cura medica senza pericoli maggiori, da tutto ciò risulta una prognosi notevolmente migliore.

Comunque senza scendere in particolari possiamo dire che le granulazioni o le perforazioni che si riscontrano nella metà posteriore della *pars flaccida* fanno sospettare l'esistenza di una epitimpanite; soltanto quando si potrà accertare che la granulazione è partita da un ossicino la diagnosi sarà limitata a quella di carie degli ossicini.

Al contrario le perforazioni con secrezione che interessano gli altri settori della membrana sono espressione di una otite purulenta cronica semplice. Questa può spesso cicatrizzare ed allora sarà possibile accertare gli esiti della malattia pregressa sotto forma di cicatrici biancastre nel corpo della membrana clinicamente tornata integra; tal'altra nella sede dell'antica perforazione può stabilirsi un deposito calcareo il quale può anche essere una formazione primitiva nelle persone di età. A conferma dell'otite pregressa il quadro otoscopico può talora presentare vaste cicatrici biancastre che sostituiscono o imbrigliano i residui della *pars tensa*; infine la perforazione può permanere indefinitivamente; ma dai bordi, dall'aspetto della mucosa, della cassa, dall'assenza di ogni secrezione possiamo ritenere di trovarci di fronte a semplici esiti.

Quanto siamo andati brevemente esponendo dimostra come l'esame del condotto e della membrana possa condurci ad una diagnosi e ad una prognosi diversa a seconda delle lesioni riscontrate. Così pure l'apparente vasta modifica del quadro otoscopico non sempre è indizio di alterazione grave in atto e d'altra parte lesioni circoscritte nel recesso epitimpanico, che sono di prognosi molto più severa, possono sfuggire ad un esame troppo affrettato.

Dott. A. STARNA.

Varie

LA PUBERTÀ

La pubertà costituisce quella che, in una concezione ideale, può essere considerata la primavera della vita. In effetti si tratta di un periodo critico dell'esistenza umana nel quale l'organismo, attraverso una serie di trasformazioni morfologiche e funzionali, assume la veste ed i caratteri necessari alla riproduzione della specie.

Con ciò si intende subito che la pubertà non è uno stato patologico: è solo una particolare condizione dell'individuo il quale, spinto da una legge naturale a perpetuarsi, è sottoposto ad uno sforzo che può debilitarne i diversi apparati e preparare il terreno per l'attecchimento di processi morbosi.

Ne deriva la necessità da parte di coloro ai quali è devoluta l'educazione fisica e spirituale degli adolescenti e, specialmente, da parte dei genitori che vogliono le loro creature vigorose nello spirito e nel corpo, di dedicare particolari attenzioni a tale periodo della vita ricorrendo al consiglio del medico ogni volta che si verifichi una qualunque deviazione dalla norma.

E tale è lo scopo di queste brevi note: mostrare il grande valore delle regole igieniche durante la pubertà e come in essa la medicina preventiva trovi uno dei suoi migliori campi di applicazione riparando in tempo difetti ed anomalie che potrebbero influenzare tristemente l'avvenire di giovani vite.

Esistono, infatti, delle precocità e dei ritardi pubertari i quali, pur non dando luogo ad autentici quadri morbosi, comportano una fenomenologia vaga, mal definita che il più delle volte non è riconosciuta o falsamente interpretata.

Si tratta di ragazzi o ragazze con un certo grado di obesità, i primi di tipo femminile e con testicoli infantili, non ancora mestruate le seconde, ambedue a pelle liscia e senza peli e che spesso presentano un ri-

tardo nello sviluppo intellettuale e riescono male negli studi.

E' il medico, in tali casi, che impedirà di commettere l'errore di istituire un rigido sistema educativo ingiustificato e dannoso.

Egli ricercherà eventuali infezioni latenti, insufficienze ghiandolari, carenze alimentari, cattive condizioni d'igiene generale, ecc., e consiglierà le cure necessarie alle quali sarà doveroso attenersi scrupolosamente.

Nelle fanciulle è frequente la cosiddetta « acrocianosi » la cui sintomatologia consiste principalmente nel colorito livido delle mani che appaiono umide di sudore, fredde ed anche leggermente gonfie; qualche volta il colorito livido si può trovare anche ai piedi, alle orecchie, ai pomelli ed al naso.

Questa malattia che si accompagna ad altri disturbi dovuti alla partecipazione di alcune ghiandole a secrezione interna, come le ovaie, la tiroide, le surrenali e l'ipofisi, e che, iniziata quasi sempre durante la pubertà persiste sovente anche nel periodo adulto, sebbene sia solo scarsamente influenzabile dalla terapia a nostra disposizione, migliora, tuttavia, in modo sensibile evitando l'esposizione abituale al freddo, la stazione eretta troppo prolungata e migliorando le condizioni d'igiene generale. Si consiglia, perciò, in questi casi l'abbandono di professioni che espongono troppo al raffreddamento e che costringono a restare troppo a lungo in piedi come, ad esempio, quella di commessa in magazzini non riscaldati; così pure è necessario rinunciare alle vesti troppo succinte e coprirsi bene il corpo preferibilmente con indumenti di lana.

I malati di cuore vanno sorvegliati in modo particolare durante la pubertà poiché le cardiopatie, sia congenite che acquisite, si scompensano facilmente mettendo la vita in serio pericolo.

Una forma caratteristica della pubertà è

quella conosciuta sotto il nome di « cuore irritabile della crescita ».

La sintomatologia di esso è costituita da sensazioni di palpitazioni cardiache insorgenti spontaneamente o dopo un piccolo sforzo fisico o in seguito a lievi emozioni, accompagnate spesso da un leggero senso di affanno; quando è stato compiuto uno sforzo notevole e prolungato compaiono anche tremori, vertigini e deliqui.

Il cuore irritabile della crescita, che iniziatosi durante il periodo pubertario scompare il più delle volte nell'età adulta, può anche persistere a lungo ma non è una vera e propria malattia di cuore nè deve preoccupare chi ne è affetto in modo da limitarne le attività.

Sarà solo necessaria una certa sorveglianza ed un metodo razionale nell'esecuzione degli esercizi sportivi che saranno alquanto limitati ma mai aboliti.

E' sempre, però, la persona dell'arte che deve decidere se il cuore è effettivamente sano, poichè la pubertà è il periodo della vita in cui più facilmente attecchisce pur sotto forme assai leggere (qualche volta è un semplice torcicollo, una dolenzia ad un ginocchio, ecc.) il reumatismo articolare acuto dal quale ha origine la percentuale più alta delle tanto temute cardiopatie organiche.

L'apparato respiratorio, nel periodo pre-pubertario e pubertario, è facile preda della tubercolosi polmonare.

Le statistiche dimostrano che in tali periodi con maggior frequenza compaiono i primi segni di quella malattia, la quale, per le ragioni dette in principio, è più grave che nelle altre età.

Si comprende, perciò, di quanta importanza sia negli adolescenti la diagnosi precoce per cui il Governo Nazionale ha ingaggiato così generosa lotta e come sia doveroso, specialmente nelle famiglie tarate, consultare il medico alle prime avvisaglie di dimagrimento, di inappetenza, ai primi colpi di tosse e dalle prime irregolarità mestruali.

Per quanto riguarda l'apparato digerente il periodo pubertario non ha caratteristiche speciali.

Qualche A. ha richiamata l'attenzione sulla frequenza dei disturbi gastrici ed intestinali che rappresenterebbero spesso il primo instaurarsi di affezioni colecistiche specialmente quando sussistono fattori ereditari; ma la questione è ancora controversa.

Di grande importanza è invece l'alimentazione.

A questo proposito e per comprendere il valore del regime alimentare ricorderò che, durante la Grande Guerra, nelle regioni del Belgio, della Germania e dell'Austria costrette ad una riduzione della razione dei grassi e quindi di alcune vitamine, un'inchiesta condotta all'uopo dimostrò una frequenza straordinaria nei ritardi della crescita e della maturazione sessuale.

Ciò si comprende subito quando si pensi alla necessità dell'organismo adolescente di crescere ed alle speciali esigenze inerenti a tali necessità.

Più che negli adulti è necessaria, perciò, la somministrazione di sostanze proteiche animali, di vitamine e di sali (calcio in modo particolare), costituenti alimentari questi contenuti a sufficienza in un regime dietetico discretamente abbondante e vario.

L'adolescente deve mangiare quantitativamente come o più del babbo e la sua razione alimentare globale deve essere divisa in quattro pasti: una prima colazione piuttosto abbondante e costituita da latte, pane o biscotti e frutta — il pasto di mezzogiorno e quello della sera, in ambedue dei quali figurino convenientemente la carne, oltre i legumi, il burro, i formaggi e le frutta fresche — una merenda piuttosto leggera a base di marmellate e pane.

Deve essere proibito il caffè e gli aperitivi, mentre il vino potrà essere concesso in quantità ridotta (un quarto di litro al giorno per gli studenti, mezzo litro per gli operai) verso i quindici o sedici anni. La crisi puberale, come è stato già detto, comporta una serie di modificazioni morfologiche e funzionali alle quali prende parte tutto l'organismo in modo più o meno evidente, ma il fatto grossolanamente più notevole è senz'altro l'apparizione dei caratteri sessuali primari e secondari a tutti noti e cioè:

l'inizio dei flussi mestruali, lo sviluppo degli organi genitali, l'apparizione dei peli al pube ed alle ascelle, la modificazione della voce che diventa di tonalità più bassa, la formazione di una personalità psichicamente più matura, ecc.

Ora, poichè la base di questo rigoglioso movimento di rinnovazione dell'organismo infantile è costituita dalla funzione delle ghiandole a secrezione interna e principalmente dal triangolo ipofisi-tiroide-ghiandole genitali, la mancata o anormale funzione di queste ghiandole comporterà una serie di forme morbose ora gravi ora leggere che è sempre bene riconoscere subito e curare diligentemente.

L'insufficienza genitale maschile è, appunto, l'effetto dell'irregolarità di funzionamento delle suddette ghiandole ed essa si estrinseca alcune volte in maniera assai grave come con l'eunuchismo, in cui le ghiandole genitali sono completamente assenti, ma più frequentemente con forme bene influenzabili dalle moderne cure, come la criptorchidia (ritenzione di uno o di ambedue i testicoli) il gigantismo armonico o disarmonico (cioè con armonia o disarmonia delle diverse parti del corpo tra loro), col nanismo e coll'eccessiva magrezza o eccessivo ingrassamento, forme tutte in cui i caratteri sessuali sono più o meno invertiti avvicinandosi di più a quelli femminili che a quelli maschili.

In tali casi la moderna terapia — come dice F. Lajani — può realizzare una vera e propria profilassi della pubertà.

L'avvenire sessuale di tali adolescenti, seriamente compromesso, può essere molto migliorato influenzando le ghiandole a secrezione interna incriminate coi raggi X, colla diatermia, coi raggi ultravioletti ed infrarossi, colla ionizzazione e colla somministrazione delle ghiandole stesse o dei loro principi attivi.

I genitori, per questo, dovranno attentamente seguire l'instaurarsi nei loro figlioli del periodo pubertario e lo svolgimento di esso, rivolgendosi al consiglio del medico quando, con il loro amoroso interessamento, avranno notata qualcuna delle anomalie descritte, come l'accrescimento staturale troppo forte o troppo scarso, l'ingrassa-

mento eccessivo, le forme a tipo femminile, ecc.

A questo punto, e per finire, dovrei fare qualche parola sugli immensi benefici apportati dalla ginnastica, razionale e metodica, all'organismo degli adolescenti, mi limiterò a farne solo un breve cenno.

Innanzitutto è necessario fissare un concetto generale: gli esercizi fisici non tendono esclusivamente allo sviluppo muscolare ed esteriore del corpo, ma fanno sentire la loro profonda e benefica influenza a tutti gli apparati organici non escluso il sistema nervoso con le sue attività spirituali più alte.

L'aumento ponderale e staturale avviene in modo più regolare ed armonico, evitando anche le tanto frequenti deformità della colonna vertebrale (cifosi della pubertà); le funzioni gastriche ed intestinali vengono notevolmente migliorate dai diversi movimenti del tronco; le ghiandole a secrezione interna, sotto l'influsso del maggior apporto di sangue più ossigenato funzionano con più regolarità; l'attività nervosa si perfeziona ed, infine, le facoltà intellettuali affiorano decisamente e si affinano.

Per questo i grandi pensatori dell'antichità accoppiavano l'equilibrio spirituale a quello fisico: Platone, Eschilo, Pitagora, Sofocle, Euripide ed altri non abbandonarono mai i loro esercizi ginnici e qualcuno di essi fu anche un vero atleta. Giustamente la saggezza latina ci ha tramandato la massima « Mens sana in corpore sano ».

DOTT. G. PAPETTI.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

AIELLO, *Nuove fonti di intossicazione mercuriale (con casistica)*. — Estratto dal « Lavoro Umano », vol. 1°, 1940, Torino.

L'A. riferisce su alcuni casi di mercurialismo in operai elettricisti addetti alla nuova industria della pubblicità luminosa mobile. G.

Id., *Patologia e prevenzione del colpo di calore*. — Estratto dal « Lavoro Umano », vol. 1°, 1940, Torino.

L'A. illustra una vasta casistica di colpiti da insolazione, con sintomatologia prevalente

del tipo sincopale, con segni di coma; segue per frequenza la sintomatologia del tipo asfittico convulsivo. Tratta alcuni punti importanti della prevenzione e della terapia. G.

ID., *Orientamento professionale in agricoltura*. — Estratto dal « Lavoro Umano », vol. 1°, 1940, Torino.

L'A. traccia il profilo professionale degli operai agricoli qualificati mungitori. G.

CASSEROTTI, *Contributo allo studio clinico dell'acrocianosi, con particolare riguardo alla terapia acetil-colinica*. — Estratto da « Biochimica e Terapia Sperimentale », 1929.

COZZOLI, *Un nuovo metodo di sorpresa per le ambliopie simulate*. — Estratto dal « Giornale di Medicina militare », fasc. 6°, 1940, Roma.

CUCCO, *Sindrome oculare da « Amplexus interruptus »*. — Estratto dagli « Annali di Ottalmologia e Clinica oculistica », fasc. 5°, 1940. Società Editrice Pacini, Pisa.

Questo estratto, che è una primizia del volume di Alfredo Cucco (*Amplexus interruptus*, editore Bocca, 1940), ci presenta oltre 50 casi di gravi alterazioni oculari concomitanti a sindromi neuro-angio-spastiche e neurasteniche, tracciando la patogenesi. E' un contributo importante ai problemi demografici attuali. G.

DONEGANI, *Significato della ptialo-reazione di Zambrini in Neuro Chirurgia*. — Estratto da « Nevrasse », n. 2, 1940, Torino.

L'A. espone i risultati ottenuti dall'applicazione della ptialo-reazione Zambrini quale « test » della resistività organica, su 150 casi di interventi cerebrali. L'A. conclude il lavoro affermando che la reazione offre dei vantaggi innegabili se valutata con opportuno discernimento e soprattutto ha un valore pratico per seguire il decorso post-operatorio dell'ammalato. G.

DRACKMANN e SECHER, *Manual of Life Insurance Medicine*. Ed. Host e Son, Copenhagen, 1940.

E' uscita nel corrente anno in decorosa veste tipografica l'edizione inglese di questo manuale danese dovuto alla collaborazione di molti specialisti di medicina di assicurazione vita, sia danesi che americani. Molti capitoli di questo libro sono dovuti al valente Prof. Secher, che è anche l'ordinatore del volume, capitoli di cui

parecchi vennero tradotti e pubblicati nella nostra Rivista negli anni 1938-39.

Dopo una parte introduttiva sulla tecnica di assicurazione dei rischi vengono trattati numerosi argomenti che riguardano i singoli rischi tarati. Le cifre sulla morbosità e mortalità si riferiscono quasi esclusivamente a statistiche danesi e americane. La pubblicazione è stata possibile per il contributo dato dalle Compagnie Danesi di assicurazione e di riasicurazione. Il volume sarà letto certamente con molto interesse dagli studiosi della materia. St.

FABBRICHESI, *Il problema del medio e del piccolo ospedale*. — Estratto dalle rubriche tecniche e legali dell'« Ingegnere », n. 4, 1940, Roma.

FRANK, *Cura delle onde vitali e biomeccanica cerebrale*. — Estratto dalla « Nuova Medicina Italiana », n. 7, 1937, Napoli.

ISOLANI, *L'uso dell'etere in associazione con la sieroterapia nel trattamento della intossicazione difterica sperimentale*. — Estratto da « Neopsichiatria », vol. III, fasc. V, 1937. Industrie Grafiche Lischi e Figli, Pisa.

ID., *Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della tubercolosi del cervello*. — Estratto da « Neopsichiatria », vol. IV, fasc. 4, 1938. Industrie Grafiche Lischi e Figli, Pisa.

ID., *Sulla interruzione della sindrome catatonica con l'Evipan sodico*. — Estratto da « Neopsichiatria », vol. III, fasc. 1° e 2°, 1937. Industrie Grafiche Lischi e Figli, Pisa.

LAMBERTI-BOCCONI, *Nozioni elementari per l'accettazione dei rischi*. Roma, Tipografia Ferraioni, 1940.

Nel corso di perfezionamento per i lavoratori delle Aziende del Credito svoltosi nel c. a. per iniziativa della Conf. Fasc. delle Aziende e della Conf. Fasc. dei Lavoratori Aziende del Credito e delle Assicurazioni, il Lamberti-Bocconi tenne una serie di conferenze che sono state opportunamente raccolte in questo volume.

In esso con giusto senso didattico l'A. ha esposto gli scopi ed i vari tipi di assicurazione illustrandoli nella loro essenza: dal ramo vita ai rami cosiddetti elementari ed ai più recenti rami minori. Lontano da ogni esposizione attuariale o procedurale il libro si legge con piacere per la chiarezza della forma e per l'ag-

giornamento delle varie forme di rischio e dimostra accanto ad una esposizione felice una non comune competenza da parte dell'A. St.

LENZI, *A proposito di norme per la costruzione di ospedali e di ospedali monoblocchi.* — Estratto dalle rubriche tecniche e legali dell'«Ingegnere», n. 5, 1940, Roma.

PAGLINO, *I contributi degli italiani al progresso della biometria 1839-1939.* — Estratto dall'opera «Un secolo di progresso scientifico italiano», edita dalla Società Italiana per il progresso delle scienze.

La biometria ha avuto in Italia dei valenti cultori come risulta da questo studio completo: Santorio, Professore alla Università di Padova che visse nel secolo XVI può considerarsi il precursore di questa scienza; ma è soprattutto con gli studi del Livi comparsi con l'inizio di questo secolo che il contributo degli italiani si è fatto maggiore e successivamente per merito del Niceforo, Gini, Boldrini, ecc.

Siamo lieti che il Paglino, la cui vasta cultura in biometria è ben nota, abbia voluto ricordare i meriti dei nostri, quando ancora troppo da alcuni si continua ad ammirare tutto ciò che porta l'etichetta di forestiero St.

PANAGIA, *La ptialotialo-reazione di Zambrini.* — Estratto dal «Giornale di Medicina Militare», fasc. XII, 1935.

Id., *Il fenomeno di ostacolo del Donaggio e la reazione di Zambrini nella pratica medica.* — Estratto dall'«Osservatore Maggiore di Novara», n. 4, 1939. Arti Grafiche De Grandi e C., Varallo Sesia.

PELLEGRINI Prof. R., *La produzione scientifica italiana nell'anno XVII nel campo della medicina infortunistica.* — Quaderno n. 5 (Serie II) de «L'Assistenza sociale», 1940.

La pubblicazione dell'illustre Direttore dell'Istituto di Medicina legale e delle assicurazioni di Padova, non è già, come potrebbe far supporre il titolo, una arida elencazione; ma una elaborata rivista critica della vasta materia che l'A. ha ordinato ed illustrato con la sua vasta competenza.

Lo spirito polemico e la specifica competenza dello scrittore rende la lettura dello studio veramente piacevole e dimostra come questa branca medico-legale vada allargando sempre più i propri orizzonti. Questo materiale, anche se tra esso abbonda la casistica, potrà essere meglio elaborato per opere organiche in un domani che speriamo prossimo.

La scarsità di queste opere, lamentata dall'A., è del resto giustificata non solo dalla complessità della materia; ma anche dalla difformità dei concetti generali e della loro interpretazione medico-legale. Per quanto interessa a noi notiamo come il cap. VIII che tratta dello stato anteriore e della predisposizione, dimostra come gli antichi problemi dell'assicurazione vita stiano diventando anche i problemi dell'assicurazione sociale. Così pure nelle conclusioni il Pellegrini enumera tra gli argomenti da risolvere quello dei rischi tarati, ciò che conferma come i vari rami assicurativi tendano, quali che siano le loro basi attuariali e sociali, a coincidere in larghi settori.

Non è certo possibile in poche righe riassumere quanto brillantemente il Pellegrini commenta nell'esposizione di circa 250 lavori.

Da questa ampia rassegna vediamo in realtà una fervida attività dei giovani delle varie scuole e soprattutto di quella di Padova; e ciò costituisce un buon auspicio per l'incremento della specialità. St.

QUARELLI e DE DOMINICIS, *La silicosi.* — Editto dalla Soc. Reale di Assic., 1940, Torino.

Il Prof. Quarelli con la collaborazione del dott. De Dominicis ha scritto sopra questo argomento un pregevole volume edito sotto gli auspici della Reale Mutua di Assicurazioni di Torino.

Il lavoro è diviso in una parte dottrinale ed in una parte clinica.

Nella prima gli A.A. tengono a ribadire il concetto ormai classico e sostenuto da Quarelli in numerosi congressi come cioè la silicosi sia una entità clinica di fibrosi polmonare dovuta all'assorbimento di silice per via aerea; recentemente invece Policard, Rist, Crouzier ed altri studiosi specialmente francesi hanno creduto di poter negare questa individualità qualificandola come semplice manifestazione fibrotica della t.b.c. polmonare.

Tutte le cognizioni delle malattie professionali da inalazioni contrastano un tale concetto etiopatogenetico e sono esposte validamente in questo lavoro. Ci limitiamo a riferire qualche cifra dei lavori statistici consultati dal Quarelli.

Così Villiani da una raccolta di 4000 casi di silicosi raccolti in Germania ha constatato che la morte è dovuta nel 30-40% dei casi per insufficienza di cuore senza segni clinici di t.b.c., nel 60-70% invece per la tubercolosi. Quanto alla frequenza di lesioni di sclerosi polmonare

Badham ha riscontrato la loro presenza nel 25,9 % dei minatori; sopra un totale di 122 casi 49 offrivano estese zone di sclerosi, la tubercolosi si poteva sospettare soltanto nel 5,10 %, e in una indagine di Hayhurst sopra 966 spaccapietre la t.b.c. era accertata in soli 6 casi; al massimo può essere sospetta nel 5 %.

Quanto alla durata del lavoro nella roccia perchè si manifestino i vari casi della silicosi da un prospetto di Schulte e Husten, ricavato da oltre 10.000 minatori della Ruhr, si rileva come mentre nel primo quinquennio la silicosi sia assente o leggera rispettivamente nel 76,3 % e nel 22,5 % dopo 10 anni si ha l'assenza di ogni segno nel 47 % e una silicosi leggera nel 48,5; infine nel quinquennio 10-15 anni si riscontra silicosi leggera nel 60,1 % media nell'8,7 %, grave nell'1 %, che sale al 4 % dopo una media di 20 anni di lavoro.

Senza soffermarci sulla parte clinica e radiologica che completa la prima parte del volume nè sulla ricca casistica ricavata da tutte le regioni d'Italia ricordiamo come a conclusione del libro sia stato trattato il complesso problema della prevenzione e quello assicurativo la cui soluzione legislativa è diversa nei vari paesi (Germania, Sud Africa, Gran Bretagna), così pure gli elementi base riferiti per la formulazione di una legge che riguardi l'assicurazione per la silicosi in Italia. . St.

ROMBOLA, *La reazione di Zambrini nella tubercolosi polmonare*. Tesi di specializzazione in malattie dell'apparato respiratorio. Cooperativa Tipografica, Modena, 1938.

SECHER, *La determinazione quantitativa dell'acido ascorbico nel trattamento vitaminico con sanocrisina delle malattie articolari*. — Estratto da «Zeitschrift für Rheumafor-schung», 3ª Serie, Quaderno 6, 1940.

Id., *La tolleranza degli idrati di carbonio nelle poliartriti ed in altre numerose malattie (idem)*.

Id., *Successive comunicazioni sul trattamento con sanocrisina nelle malattie articolari (Trattamento vitaminico; controllo dei risultati)*. — Estratto idem, Quaderno 5.

Id., *Osteomalacia come causa di nanismo* - «Acta Medica Scandinava», fasc. III-IV, 1938.

SERONO, *Equilibri e disfunzioni enzimatiche, ormoniche e vitaminiche nel vivente*. —

Estratto dalla «Rassegna di Clinica terapia e scienze affini», fasc. 3°, 1939, Roma.

TRINCAS, *La reazione di Zambrini in chirurgia*. — Estratto da «Atti e memorie della Società Romana di chirurgia», fasc. 11°, 1940, Roma. Ediz. Universitas.

L'A. che ha compiuto il lavoro per incarico della Direzione Generale della Sanità Pubblica, a seguito delle indagini eseguite, ritiene che la reazione Zambrini permetta di conoscere le oscillazioni attuali della resistenza vitale determinata dall'intervento, coincidente d'altronde con le altre indagini collaterali e ritiene pertanto che sia utile aggiungerla alle varie ricerche che si eseguono per valutare il grado di resistenza fisica dei malati, prima e dopo l'intervento. G.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari

Dott. REBAUDI MARIO - Pormassio (Imperia).

Dott. GALEAZZI FRANCESCO - Nogarole Rocca (Verona).

Dott. BAGNOLI BENIAMINO - Fossalto (Campobasso).

Dott. NICCOLINI GIOVANNI - Castel del Piano (Grosseto).

Dott. LOMBARDI GIUSEPPE - Cuccaro Vetere (Salerno).

Dott. BARILE GIOVANNI - Ruvo di Puglia (Bari).

Dott. BORRODDE ANTONIO - S. Lussurgiu (Cagliari).

Dott. SENA CELESTINO - Nola (Castellammare).

Dott. GIARDINO ERNESTO - Grimaldi (Cosenza).

Nel settembre u. s. il nostro collega e valente collaboratore Dott. Giuseppe Papetti dirigente il C. S. di Bologna, ha avuto la grave sventura di perdere l'adorata mamma. Al carissimo collega inviamo le più sentite condoglianze.

Il 5 ottobre si è spento in Roma a 62 anni il Gr. Uff. Dr. Luigi Pozzi Ispettore Capo Superiore a riposo e Vice Direttore Generale *ad honorem* dell'Istituto. Nella sua lunga attività fu tra i più apprezzati Funzionari dell'I.N.A. Dal 1937 aveva assunto l'Agenzia Generale di Brescia. Alla famiglia le nostre più sentite condoglianze.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

FIRENZE - Centro di Assistenza Sanitaria

MODENA - Consultorio di medicina preventiva e di igiene

N. B. — *In questo periodo di tempo di eccezionali emergenze è opportuno che i nostri assicurati prima di recarsi presso i Centri Sanitari, Consultori, Medici specialisti e Case di cura che danno facilitazioni, si informino della loro efficienza.*

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite per il Collaudo della salute (a tutti, comunque assicurati, ogni due anni, presso i Centri e Consultori dell' I. N. A., vedi tabella a pag. 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. 30.000 si concede un buono di visita medica gratuita ogni due anni.

Tale buono (Mod. S. S. 80) distribuito dalla Agenzia presso la quale l'assicurato paga il premio, è utilizzabile presso i Sanitari disposti ad eseguire le visite alle condizioni convenute con il Sindacato Nazionale 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 Coo» Consigli d'igiene e di medicina preventiva.

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

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

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

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, FIRENZE, 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 apurina (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 della uricemia, colesterinemia, calcemia, citochol, Meinicke, Wassermann e Ide devono essere inviati presso i Laboratori della Direzione Generale dell' I. N. A. in Roma, via Sallustiana, n. 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		ORARIO	L O C A L I T À		ORARIO
PIEMONTE			TOSCANA		
Torino	Via S. Maria Vittoria 1.	Giorni feriali 2° e 4° lunedì (sospeso)	Firenze	Piazza Stazione, 2	Giorni feriali
Alessandria	Via Roma 14	Giorni feriali			
Asi *	Via Aliberti, 2	1° e 3° lun. - 2° e 4° giov.			
Biella *	Via Arnolfo, 20	2° 4° martedì	Marche e Dalmazia		
Novara *	Via S. Giacomo, 2		Ancona	C. Mazzini, 13	Giorni feriali
Vercelli	C. Carlo Alberto		Ascoli	P. Popolo - V. Archivio	1° 3° mercoledì
			Macerata	V. Ricci, 2	Ultimo mercoledì
			Pesaro	V. Rossini, 2	2° 4° martedì
			Zara	Calle Larga	2° giovedì
LOMBARDIA			LAZIO E UMBRIA		
Milano	P. Diaz, 6	Giorni feriali	Littoria	P. XXIII marzo - Pal. I.N.A.	Domenica
Bergamo	V. Camozzi, 33	1° 3° lunedì	Perugia	P. Vittorio Emanuele, 1	2° 4° martedì
Brescia	P. Vittoria - Palazzo INA	1° 3° martedì	Roma	V. Sallustiana, 51	Giorni feriali
Como	V. D. Fontana, 2	2° 4° giovedì	Roma	V. Tritone, 142	Giorni feriali
Cremona	V. Campi, 1	1° 3° mercoledì	Terni	V. Tacito	Mercoledì
Legnano	C. Vittorio Emanuele, 5	2° 4° martedì	Tivoli	V. S. Croce	1° 3° giovedì 2° 4° sab.
Pavia	C. Mazzini, 3	2° 4° sabato	Viterbo	C. Vitt. Emanuele	1° 3° sabato
LIGURIA			CAMPANIA		
Genova			Avellino	P. Libertà, 52	2° 4° martedì
			Benevento	V. Isabella Morra, 6	1° 3° mercoledì
Bolzano	V. Rosmini, 20		Caserta	C. Umberto, 53	2° 4° giovedì
Bressanone	V. Roma, 5		Castellammare di Stabia	V. S. Maria dell'Orto, 3	1° 3° venerdì
Isola della Scala	P. Nazario Sauro		Napoli	P. Costanzo Ciano, 32	Ultimo sabato
Rovereto	Agenzia Principale INA.		Portici	V. Belluoci Sessa, 17	Lunedì
Trento *	V. Bellenzani, 14		Salerno	C. Garibaldi (Pal. Natella)	
Verona	V. Vitt. Emanuele, 11				
VENEZIA TRIDENTINA			SICILIA ORIENTALE E CALABRIA		
Padova	P. Spalato, 1	Giorni feriali	Catania	V. A. Mussolini, 16	Venerdì e sabato
Belluno	V. Garibaldi, 1	2° sabato	Catanzaro	Scesa Leone	2° mercoledì
Treviso	V. Vitt. Emanuele, 29	3° martedì (4)	Cosenza	C. Mazzini	2° martedì
Udine *	V. Sauro, 1	2° e 4° martedì	Messina	V. Colombo, 40	Giorni feriali
Venezia *	Calle larga XXII Marzo		Ragusa	V. M. Cofia, 12	
Vicenza	P. Roma, 11	3° lunedì	Reggio Calabria	C. Garibaldi, 2	
			Siracusa	V. dei Mille, 2	
VENEZIA VENETA			SICILIA OCCIDENTALE		
Trieste	P. Dalmazia, 3	Giorni feriali	Agriporto	V. Roma, 291	
Fiume	V. XXX Ottobre	2° 4° martedì	Enna	V. Vitt. Eman., 2	
Gorizia	V. Crispi, 9	1° 3° giovedì	Palermo	V. Maqueda, 182	
Monfalcone	V. Duca d'Aosta, 26	1° 3° mercoledì	Trapani	V. Torrearsa	
Pola	Via Garibaldi, 13	2° e 4° venerdì			
Postumia	Viale Oberdan, 7.b	1° 3° martedì			
VENEZIA GIULIA			SARDEGNA		
Bologna	V. Pignattari, 1	1° e 3° lunedì	Cagliari	V. Roma, 73	
Modena	Piazza Mazzini, 4	Giorni feriali	Iglesias	Agenzia Principale INA	
Modena	P. Mazzini, 4	1° 3° lunedì	Nuoro	V. Garibaldi, 81	
Parma	V. Garibaldi, 23	2° 4° giovedì	Oristano	Agenzia locale INA	
Piacenza	P. Cavalli, 2	2° 4° mercoledì	Sassari	P. Italia, 7	
Reggio Emilia	V. Emilia S. Stefano, 3	1° 3° martedì			

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

Medici specialisti che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

ODONTOIATRI

Agrigento: Dr. A. CUCURULLO.
Canicattì: Dr. G. CASSARO, P. Palma.
Alessandria: Dr. A. PICCINI, V. della Vittoria, 8 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Savonarola, 12.

Casale Monferrato: Dr. U. GAUDINA, V. Palestro, 7 - Dr. A. REDOGIA, P. Duomo, 1 - Dr. G. PINOLINI, V. Benvenuto S. Giorgio, 8.

Novi Ligure: Dr. M. LE BELLONE.

Tortona: Dr. C. TORTI.

Ancona: Dr. L. PANAREO, C. Vittorio Emanuele III, 9.

Aosta: Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. SPERITO, V. Ospedale - Dr. A. BOFFA, P. Vitt. Emanuele, 7.

Ivrea: Dr. G. BALMA, P. Vitt. Emanuele, 12 - Dr. G. MATUINO, V. Arduino - Dr. G. PUGLIESE, V. XXI Aprile.

Aquila: Dr. G. B. DE ANGELIS.

Arezzo: Dr. M. MICHELINI, V. Francesco Crispi, 2.

Ascoli Piceno: Dr. A. MONDOZZI, V. B. Cairoli - Dr. L. PENNELI, V. Malta - Dr. A. TASSONI, V. Malta.

Asti: Dr. A. DEGAN, P. Medici, 1 - Dr. C. IVALDI, C. Dante, 3 - Dr. L. MALAGOLI, V. Cavour.

Barl: *Andria:* Dr. F. SARDANO.

Bergamo: Dr. E. AVETTA, V. Monte Grappa, 7 - Dr. G. BRAUN, Viale Roma, 12 - Dr. G. CALDEROLI, Via XX Settembre, 46 - Cav. Dr. C. CASTELLI, - Prof. Dr. G. CAVAZZENI, V. Roma, 6 - Dr. V. DAL LAGO, P. V. Veneto, 1.

Bologna: Dr. F. BIGNARDI, V. Saffi, 2 - Dr. G. CAPUZZI, P. De Marchi, 6 - Dr. A. CARAMITI, V. Innerio, 17 - Dr. A. FRANCESCONI, V. Saffi, 2 - Dr. M. GIANNOTTI, V. Saffi, 2 - Dr. G. PIVA, V. Maggiore, 5.

Bolzano: Dr. E. GRONES, C. Vittorio Emanuele, 7 - Dr. F. TRANQUILLI, P. Vitt. Emanuele, 8.

Bressanone: Dr. M. REIS, V. Ponte Aquila, 1.

Merano: Dr. G. DE BOSIO, - Dr. A. KONIG, C. Goethe, 6 - Dr. F. SINGER, V. Dante, 38.

Brescia: Dr. O. BERTOLI, C. Magenta, 26 - Dr. E. CASTELLI, V. 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, 68 - Dr. G. PINNA-STARA, Viale Diaz.

Iglesias: Dr. E. SPINAS, V. Roma, 5.

Campobasso: Dr. A. MARTINO - Dr. SANTORO, Manfredi.

Carrara: Dr. G. Batt. LODOVICI, V. Lunense.

Catania: Dr. M. DI GRAZIA, V. Garibaldi, 9 - Dr. S. GRECO, V. 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. PADERI, V. Indipendenza, 4 - Dr. L. TORI, P. Grimaldi, 2.

Lecco: Dr. M. HEUMANN, V. Roma, 28.

Cosenza: Dr. G. ANDREASSI, V. Mazzini - Dr. O. CERBELLI, P. Ferrovia - Dr. A. CHIMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isonzo.

Cremona: Dr. L. BERTOLOTI, 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 Giovecca, 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 BOCA, V. Vittorio Emanuele.

Sanremo: Dr. E. GISMONDI, V. Vittorio Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.

Ventimiglia: Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.

Livorno: Dr. I. CAPITANI, Scali Ugo Botti, 2 - Dr. O. CASAGNI, V. Magenta, 8 - Dr. C. QUARANTORSI, V. Enrico Mayer, 18.

Portoferraio: Dr. A. LAGHI.

Lucca: *Altopascio:* Dr. G. L. PIEGATA.

Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.

Mantova: Dr. G. CONSOLO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiasa, 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 - Dr. F. P. PADULA, V. A. Persio, 42.

Messina: Dr. F. TODARO, Via Dei Verdi.

Milano: Dr. G. ALTARA, C. Roma, 68. - Dr. G. BIAGINI, V. Aversa, 17.

Magenta: Dr. R. RUSSITANO.

Monza: Dr. E. BONSAGLIO, V. Vittorio Emanuele, 1 - Dr. A. CAMPANARI, V. Italia, 13 - Dr. P. SAVIO, V. B. Lumi, 3.

Modena: 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, 68.

Meta di Sorrento: Cav. Uff. Dr. V. Russo, Corso Littorio, 113.

Sparanise: Dr. F. GRANDE.

Novara: Dr. F. BORRINI, V. Cavour, 17 - Dr. D. SCENDRATI, C. Regina Margherita, 12.

Palermo: Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villarmosa, 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.

Placenza: D. E. CAVANNA GOBBI, V. S. Marco, 5 - Dr. U. MISTRALETTI, V. Chiapponi, 87 - 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. Salara, 44 - Prof. Dr. B. DE VECCHIS, Via Cornelio Celso, 1 - Dr. BONCRISTIANI, V. Arenula, 53 - Dr. A. PIERLUIGI, C. Trieste, 141 - Dr. A. ERCOLANI, Largo Magnagrecia, 3.

Rovigo: Dr. B. BENATTI - Dr. A. BORELLINI.

Adria: Dr. G. FERROCI - Dr. N. GIORDANI.

Salerno: Dr. A. CONVERSO, V. Roma, 47.

Sassari: Dr. A. FENU, 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. CALLARI.

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. Di. 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 - Ivrea: Dr. C. GARZINO, Osp. Civile.

Arezzo: Prof. Dr. FRACASSI, C. Vitt. Emanuele, 223.

Asti: Dr. C. LOVISOLO.

Bergamo: 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. CAVAL-LARO, 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 CRISTO-FARO, 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.

Carlintino: Dr. N. DE SIMONE.

S. Severo: Dr. G. COLIO.

Forlì: Dr. P. MARCHINI, C. A. Diaz

Imperia: Dr. M. ODISIO, V. G. Be-rio, 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, 181 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. Farini, 6 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, Via Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPPELLI, Corso Italia, 33.

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

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

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

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

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

Prof. Dr. O. VALLI, C. Valentino, 11 - Dr. S. VAUDETTE, 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. Manno, 5 - Dr. L. LAUDADIO, C. Felice, 28.

Iglesias: Dr. A. TORNÙ, P. Sella.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Padova: Prof. Dr. E. 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.

Siena: Dr. Prof. L. BELLUCCI.

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

Torino: Dr. E. BATTAGLIOTTI, Via S. Chiara, 20 - Prof. Dr. C. BRUZZONE, V. Confienza, 15 - Prof. Dr. A. CASSA, 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 - Dr. P. T. MANCINI, Via Plana, 11 - Dr. C. MEANO, V. Della Rocca, 6 - 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 Riva, 32.

Varese: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI, P. M. Giappa, 14 - Prof. Dr. G. PINAROLI, V. Fiume, 4.

Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI.

Venezia: Dr. G. BREGANZATO.

Vercelli: Dr. P. PETTERINO, Via Oltoni, 1.

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

Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
ABBAZIA . (Fiume)	Casa Dr. Howart	30 e 50 %	MODENA .	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20	30 %
BOLOGNA .	Osp. « B. Mussolini » dell' I. N. F. A. I. L.	20 %, 1 ^a e 2 ^a cl. 10 %, 3 ^a cl.		Casa « Berti »	30 %
	Casa « La Policlinica - Um- berto I »	30 %	NAPOLI .	Sanatorio « C. Forlanini » .	80 % diaria L. 20
	« Villa Rosa » - Via Casti- glione, 103	30 %	PALERMO .	Clinica Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	30 % 30 %, retta 20 %, interventi e ricerche
BRESCIA .	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	25 e 30 %	PALLANZA (Novara)	« Villa Panorama » (cure Ar- naldi)	25 %
CAGLIARI .	Casa Prof. G. Baggio - Pia- zza S. Benedetto	30 %	PIACENZA .	Casa « Piacenza »	20 %
CALTANIS- SETTA	Casa Dr. Ballati	30 %	REGGIO EMILIA .	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	30 %
CATANIA .	Istituto Medico del Lavoro - Via De Felice, 37	ass. popolari L. 10 visita annuale	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi . .	20 e 25 %
CATANZARO	Ist. clin. diagnost. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo	30 %	S. SEVERO (Foggia)	Clin. Troiano - V.le Stazione	30 %
COMO . .	Ist. Cardiolog. Prof. G. Galli - Via Volta 46	30 %	TORINO .	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40 % ass. popolari L. 11 visita annuale 35 %
COSENZA .	Casa Catalani - Villa Amelia	30 %		Clin. malattie professionali - R. Università	
GENOVA .	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale		Istituto terapia otonica - Corso Oporto 10	
	Ist. Inalazioni Dr. B. Oxilia - Via XX Settembre 1-2 .	30 %		« Villa Maria » - Villa della Regina, 14	30 e 40 %
LOCRI . (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro	30 %		Ospedale Maggiore S. Giov. Battista e della Città di Torino	15 %
MESSINA .	Ist. terapia fisica Dr. G. Spa- gnolio - Piazza Stazione .	30 %	TREVISIO .	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	30 %
MESTRE . (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I » . . .	10 e 20 %	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 perma- nente E. Pestalozza	50, 30, 20 %
CAGLIARI .	Casa B. Salvatore (ostetricia e ginecologia)	30 %		Casa « Immacolata Conce- zione » (artrite, sciatica e reumatismi) - V. Pompeo Magna, 14	50 %, ambulanza 1 ^a cl. L. 50 retta 2 ^a » » 40 » 3 ^a » » 25 »
ROMA . .	Clinica Ostetrica Ginecolog- ica R. Università di Roma Cura della sterilità .	A tutte le as- sicurate visite gratuite gio- vedì e sabato ore 15	PADOVA .	Casa « La Salutare » (loca- lità Altichiero) (neurolo- gia)	20 %
	Osp. S. Gallicano (dermosi- filopatia)	diaria 30,50	TREVISIO .	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otorinolaringo- logia)	30 %
	Ist. « Regina Elena » (tumori)	» 35 —	MIAZZINA . (Novara)	Casa « Eremo » (malattie polmonari)	15 e 30 %
	Clinica Odontoiatrica R. Uni- versità	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)	Acqua salso-bromo-iodica; termale. Fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti - Nevriti.	Hôtel Trieste e Vittoria; 20% su cure - 10% pensione, fino al 31-12-1940.
ACQUA SANTA (Ascoli Piceno)	Acqua solfurea-termale. Fanghi. Inalazioni.	Artriti cr. - Mal. ricambio, pelle, respiratorie.	25% Grotta sudatoria e fanghi - 50% Bagni.
AGNANO . . . (Napoli)	Acque salso-bromo-iodiche; bicarbonato-alcalino-bromo-iodiche; bicarbonato-alcaline. 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 bicarbonato-solfato-alcalino-litiose e medio-minerali.	Stitichezza - Epatopatie cr. - Colecistiti.	50% su tariffe.
CARAMANICO . . (Pescara)	Acqua solforosa-salzo-bromo-iodica.	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-bromo-iodiche ferruginose e medio-minerali.	Artriti affezioni ginecologiche, respiratorie, linfatismo.	30% sulla tariffa in vigore.
CASTROCARO . . (Forlì)	Acqua salso-bromo-iodica .	Artrite - reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio Rinofaringiti.	25% su tariffe (Categ. B).
CHIANCIANO . . (Siena)	Acque bicarbonato-solfato-alcalino-ferrose e medio-minerali. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle bibite e bagni 1ª e 2ª classe (per forme popolari anche 3ª classe)
OIVITAVECCHIA . (Roma)	Acqua solfato-alcalino-ferrosa.	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligo-minerali.	Diateesi arica - Calcolosi reno-vescicale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
GUARDIA PIEMONTESE (Cosenza)	Acque solfuree-salzo-bromo-iodiche - Fanghi.	Artrite - Malattie cutanee	30% su tariffe
LEVICO (Trento)	Acqua arsenico-ferruginosa Bagni.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	Pol. ord. e collettive 10% su tariffe.
LIVORNO (Acque della Salute)	Acqua salso-bromo-iodica. 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)	Acqua bicarbonato-solfato-alcalina-ferrosa e salso-bromo-iodica. Bagni, fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	20% su tariffe.
MONTECATINI . . (Pistoia)	Acqua salso-bromo-iodica. Fanghi vegeto-minerali - Bagni.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. . (Padova)	Acqua salso-bromo-iodica. Fanghi naturali vulcanici.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Terme preistoriche: 20%, 1ª classe - 15% 2ª e 3ª classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
PORRETTA (Bologna)	Acqua solfurea-salzo-bromo-iodica.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	50% ingresso stabilimenti - 25% sulle cure.
POZZUOLI (Terme puteolane)	Acqua salso-solfato-alcalina. Fanghi radioattivi,	Reumatismi e artriti scrofolosi - Mal. ricambio - Postumi di fratture.	25% sulle tariffe.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
RECOARO . (Vicenza)	Acqua arsenicale-ferruginosa e medio-minerale ferruginosa.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	25% sulle tariffe.
SALICE TERME Voghera (Pavia)	Acque salsiodiche e solforose. Bagni. Fanghi. Inalazioni.	Malattie ginecologiche e del ricambio. Scrofosi. Malattie pelle e vie respiratorie.	80% sulle tariffe.
SALSOMAGGIORE . (Parma)	Acque salsobromoiodiche .	Artrite 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. CASCIANO B. (Siena)	Acqua solfato-alcalino-ferrosa-termale. Fanghi vegeto-minerali caldi.	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1ª classe - 50% su tariffe 2ª classe.
S. CESAREA . (Lecce)	Acqua solfocarbonato calcica a 33° C. - Fanghi veg. min.	Artritismi e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. ord. e coll. - 25% sulle tariffe.
SARDARA . (Cagliari)	Acqua bicarbonato-alcalina-termale.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
SOIACCA . (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiacca.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20% sulle tariffe.
SCRAJO EQUENSE . (Napoli)	Acqua sulfurea-salzo-bromo-iodica.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	25% - 20% - 15% sulle tariffe.
TERMINI IMERESE (Palermo)	Acqua salzo-bromo-iodica.	Reumatismo - Artrite cr. - Nevralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.

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

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

L' ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI PER LO SVILUPPO DEMOGRAFICO DELLA NAZIONE



Una forma assicurativa molto semplice è quella che l'Istituto Nazionale per le Assicurazioni ha da tempo divulgato sotto la denominazione di « POLIZZA PRO FAMILIA » che offre a tutti i genitori la possibilità di mettere a disposizione dei figlioli un piccolo capitale per il giorno in cui essi vorranno crearsi una famiglia.

ESEMPIO PRATICO

Un padre vuole assicurare nella forma su accennata, con controassicurazione, e per la somma di L. 1.000, un suo bimbo di anni due. A tale scopo corrisponde una volta tanto, un premio unico di L. 394,25. Se il figliuolo sposerà prima del 35° anno di età, l'Istituto gli pagherà la somma di L. 1.000 all'atto del suo matrimonio; se egli invece raggiungerà il 35° anno di età senza contrarre matrimonio, l'Istituto gli rimborserà il premio unico versato di L. 394,25; rimborso che sarà egualmente effettuato ai di lui eredi nel caso che egli venisse a mancare prima del 35° anno di età senza aver contratto matrimonio.

Nel caso di bambine il termine utile per ottenere la liquidazione del capitale assicurato all'atto del matrimonio è fissato al 30° anno di età.

Ma la « Polizza pro Familia » è anche molto adatta per essere utilizzata in forme collettive rivolte ad opere di bene in genere e di una schietta e simpatica solidarietà sociale.

Così ad esempio come un benestante di un qualsiasi paesello rurale può, con limitato sacrificio, costituire con detta polizza una piccola dote ad un gruppo di bimbe povere sue compaesane; così un industriale può compiere un gesto altamente significativo, facendo altrettanto per l'ultima nata o per l'ultimo nato di tutti i suoi dipendenti.

Non sarà questo un seme sparso invano; esso darà i suoi copiosi frutti che, maturandosi in epoca relativamente lontana, conserveranno continui e fecondi rapporti di cordiale collaborazione fra coloro che saranno stati generosi e coloro che al beneficio saranno stati chiamati.

Tutte le Agenzie dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni sono pronte a fornire gratuitamente ogni necessario chiarimento a chiunque ne faccia richiesta.



Corporate Heritage
& Historical Archive