

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno X
Numero 6
15 Dicembre
1941 . XX

Spedizione in abbonamento postale - Roma

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

GENERALI

& Historical Archive

Ricordiamo ai nostri assicurati che i Centri Sanitari dell'I. N. A. sono attrezzati con i mezzi più moderni per rispondere a tutte le esigenze della medicina preventiva

N. B. — In questo periodo di tempo di eccezionali emergenze è opportuno che i nostri assicurati, prima di recarsi presso i Centri Sanitari, Sub-Centri, Consultori, Medici specialisti, Stabilimenti termali, Case di cura ed Ospedali che concedono 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 a partire da L. 80.000 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) Prestifi senza interesse per operazioni di alta chirurgia (agli assicurati con polizze ordinarie e collettive per le relative spese debitamente comprovate) (Mod. S. S. 50).

F) Facilitazioni presso medici specialisti (per cure odontoiatriche, oculistiche e otorinolaringoiatriche) vedi elenco completo nelle pagg. III-V dell'Ed. speciale.

G) Facilitazioni presso ospedali e case di cura (vedi tabella a pag. VI).

H) Facilitazioni presso stabilimenti termali (vedi tabella a pag. 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. PESSO.

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 (V. Tab. pag. seguente) 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 borico;

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

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

per la colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

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

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

per la reazione di Meinicke o la R. di Ide; per la reazione citochol; 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. 51.

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).



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

- | | |
|--|--|
| <p>1. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita
 Dr. M. CLAUSI-SCHETTINI, L'età biologica in Assicurazioni Vita 278</p> <p>2. Indagini di statistica medica
 <i>Ricerche sulla pressione arteriosa:</i>
 a) Dr. G. CERONE DE LUCIA, La valutazione della pressione arteriosa in Assicurazioni Vita. 290
 b) Dr. A. STARNA, Qualche considerazione sulla indagine statistica della pressione . . . 300</p> <p>3. Medicina legale delle Assicurazioni Vita
 Dr. A. STARNA, La psicogenesi del suicidio e sua valutazione agli effetti legali (<i>continua</i>) . . . 304</p> | <p>4. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita
 Dr. G. PAPETTI, Di alcuni disturbi del ritmo cardiaco e loro interpretazione nell'esame clinico. 310</p> <p>5. Varie
 Dr. C. CONFORTO, Contributo statistico allo studio della etiopatogenesi e del decorso della angina pectoris 314</p> <p>6. Notiziario 321</p> <p>7. Dai Periodici 324</p> <p>8. Pubblicazioni ricevute 335</p> <p>9. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari. 336</p> |
|--|--|

SOMMARIO DEL N. 6 - EDIZIONE SPECIALE

1. *Consigli agli assicurati* : a) Dr. E. GUIDILLI, Che cosa significa la lingua sporca? - b) Dr. A. STARNA, La carne in scatola - c) Dalle Riviste: Note d'igiene.
2. *Notiziario*: Il Presidente della Commissione Monte Pensioni del Clero in visita alla Direzione dell'I.N.A. - L'inaugurazione del Centro Sanitario di Catanzaro - Promozioni - Nell'organizzazione dell'I.N.A. - Conferenze di personalità mediche a Roma.
3. *Provvidenze sanitarie*: Parte ufficiale: Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.

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.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**L'ETÀ BIOLOGICA IN A. V.**

Dott. MARIANO CLAUSI SCHETTINI

Medico di Direzione dell' I. N. A.

La vita umana, considerata nella sua estensione nel tempo, viene suddivisa in periodi, dall'infanzia alla vecchiaia, adoperando come misura il numero degli anni trascorsi dalla nascita. E' questa la misura che dà l'età aritmetica dell'individuo dal numero degli anni vissuti. Ma nel corso degli anni una lenta trasformazione avviene nell'organismo, morfologica, funzionale, umorale fino al periodo terminale della vecchiaia: la più prossima parente della morte come la definisce CHATEAUBRIAND, sì che ad ogni periodo corrisponde un carattere proprio che è la risultante di numerose variazioni e di numerosi elementi che, nel loro intreccio reciproco, non è facile individuare e fissare in uno schema di valutazione. Ogni età scrive KORANYI ha il suo carattere proprio: la debolezza dell'infanzia, l'impetuosità della giovinezza, la serietà dell'età adulta e la maturità della vecchiaia.

STRATZ e SCOTT rappresentano questa lenta trasformazione dalla nascita alla morte su di un grafico nel quale si vede che il ricambio comincia a diminuire dall'inizio della vita, la forza muscolare raggiunge il suo massimo sulla soglia della trentina, la vita sessuale poco dopo e la vita intellettuale verso la sessantina.

D'altra parte nei diversi individui è molto variabile il tempo nel quale queste tappe vengono percorse e nel quale si inizia la vecchiaia, sì che il vecchio non si definisce in base alla sua età arit-

metica ma in base allo stato dei suoi organi e soprattutto delle sue funzioni organiche.

Ne viene di conseguenza che un individuo di 60 anni può aver percorso più lentamente di quel che comporterebbero i suoi anni le tappe della trasformazione dei suoi organi e delle sue funzioni, per modo che egli non è ancora classificabile nel suo gruppo di età aritmetica ma in un gruppo di età meno avanzata e viceversa. E' questo il concetto dell'apprezzamento dell'età o meglio il concetto dell'età biologica che viene a contrapporsi a quello dell'età aritmetica o dello stato civile.

Così definito il concetto dell'età biologica è inutile dire che esso non è nuovo. Ma il ROMANELLI, riprendendolo, lo ha posto su nuove basi di ricerca e di applicazione, e in questo sta l'originalità del pensiero di questo Autore. Egli, Medico delle assicurazioni sulla vita umana, ha visto il lato pratico ed applicabile della questione e l'ha impostata su di un nuovo aspetto orientando le ricerche verso un fine assicurativo.

E' del 1938 un articolo del ROMANELLI apparso su l'« Assistenza Sanitaria » nel quale viene impostato il problema della età biologica nei suoi rapporti con la medicina delle Assicurazioni Vita e viene pubblicato uno studio statistico su alcuni caratteri somatici rilevati su tre gruppi di età: tra 20 e 24 anni; 35 e 39 anni; 50 e 54 anni. Con questi tre gruppi l'A. stabilisce tre termini « che

paragonati tra loro devono far risaltare le caratteristiche anatomo-funzionali dei tre gruppi di età » così disposti perchè l'età comune dell'assicurazione va dai diciotto ai sessantacinque anni e nelle età estreme il numero di assicurandi è scarso.

Successivamente lo stesso A. presentava nella XXVIII Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze una relazione sulla valutazione medica dei rischi tarati in Assicurazione Vita. In questa relazione dopo aver messo in rilievo i punti deboli dei sistemi in uso per la valutazione dei rischi tarati il ROMANELLI prospettava l'eventualità di un nuovo criterio di valutazione fondato appunto sui dati dell'età biologica.

Non vi è bisogno di illustrare quanto utile e importante sarebbe questo problema se i dati dell'età biologica fossero tali da consentirne l'uso. Difatti in ultima analisi è con un aumento di età che si classifica il rischio tarato. Ora ognuno può notare che se si potesse usare il metodo che il ROMANELLI attualmente prospetta in via di ipotesi, il medico dell'assicurazione vita avrebbe conseguito un notevolissimo vantaggio e una grande conquista, in quanto sarebbe arrivato a determinare con criteri medici, l'aumento di età da applicare ad ogni singolo rischio tarato.

A questo punto è naturale che ci domandiamo fino a qual limite il concetto ora espresso sia attualmente ammissibile e quali dati noi oggi possediamo che ci indirizzino verso questo ordine di idee. In altri termini è possibile l'apprezzamento dell'età, o la valutazione dell'età biologica? Quali sono le vie da seguire nella ricerca dei dati necessari per tradurre in schemi concreti e applicabili il problema dell'età biologica?

La questione non è certo semplice, e cercheremo di farne una sintesi sulla

guida dei contributi che numerosi studiosi hanno portato all'argomento.

Come è stato accennato ogni età o meglio ogni periodo di età ha le sue caratteristiche morfologiche, funzionali, umorali, e per conseguenza anche la vecchiaia — più o meno precoce — ha le sue.

Ma qui il campo di ricerche è più vasto e naturalmente più complesso, perchè non si tratta solo di determinare i caratteri della vecchiaia, bensì di vari periodi di età, in modo tale che ne possano derivare rispettivamente delle formule più o meno complesse da confrontare tra loro.

Ho detto or ora che ogni età ha le sue caratteristiche, e ciò si deve ammettere senz'altro, ma quando andiamo a cercare una condensazione di queste caratteristiche in una formula nel senso anzidetto dobbiamo riconoscere che questa aspirazione non è ancora possibile realizzare.

Tuttavia cammino ne è stato percorso, le ricerche non mancano e non languiscono, nell'ambiente medico-assicurativo dell'I.N.A. sotto la guida del ROMANELLI si tende fortemente a questo scopo, e se per ora è lecito dire « ignoramus » non è affatto lecito affermare « ignorabimus ».

E' facile comprendere che la risoluzione del problema è legata allo studio dell'uomo medio nei vari periodi di età considerati. E come uomo medio non deve intendersi in questo caso una media di caratteri soltanto morfologici, ma una media di caratteri d'ordine anatomico, funzionale, umorale, psicologico dalla cui sintesi sia possibile estrarre un tipo unitario medio per ogni età. Occorre però che io faccia una riserva sulla necessità di questa sintesi, nel senso che noi non cerchiamo per esempio il biotipo secondo PENDE, nel quale quella sintesi è indispensabile; ma cerchiamo di

riuscire a determinare l'apprezzamento dell'età: in tal senso a noi sarebbe sufficiente anche un solo elemento della sintesi biotipologica se questo elemento fosse un carattere costantemente proprio delle varie età e variabile con esse tanto da differenziarle. Sarebbe così molto più facile il nostro compito; tuttavia è più verosimile che sempre da una sintesi debba scaturire l'eventuale formula dell'età biologica.

Per quanto riguarda l'uomo medio che noi cerchiamo nelle varie età come termine di paragone bisogna notare che le discussioni esistenti su questa concezione sono fuori del nostro assunto, in quanto a noi non interessa un uomo medio come sintesi perfetta di armonia, sintesi questa più ideale che reale, almeno dal lato morfologico. A noi invece interessa, se esiste, la media dei caratteri propri di determinate età nei rapporti col processo di invecchiamento.

Nella ricerca del nostro fine non si deve eccedere nel dare soverchio valore alle misure antropometriche esteriori, specialmente se prese isolatamente, e lo stesso ROMANELLI ne avverte quando ci dice che occorre rivolgere le ricerche ai caratteri anatomo-funzionali dell'individuo. E quando si parla di caratteri anatomo-funzionali occorre soprattutto tener presenti i caratteri dei vari organi, delle loro funzioni, delle loro correlazioni che poi si assommano nella sintesi unitaria dell'individuo.

In questa sintesi ha certamente le sue ripercussioni correlazionistiche l'alterazione di un organo o di un sistema, pur dovendo ammettere che sono numerosi i mezzi di compenso, gli intrecci di influenze reciproche che portano ad una disparità di risultati nel quadro della vecchiaia individuale.

E' facile notare anche qui la difficoltà dell'argomento in quanto si tratta di vedere se e quanto l'alterazione di un or-

gano turbi la funzione e la struttura degli altri, nelle varianti individuali, in rapporto allo stato di senilità generale. Perché non tutti gli organi o sistemi invecchiano simultaneamente e ugualmente. Per modo che l'involuzione senile è fatta di invecchiamenti parziali che man mano si estendono a tutto l'organismo. Afferma a questo proposito GRASSET che l'individuo non ha l'età delle sue arterie, ma ha l'età dei suoi organi in generale, ed ogni grande apparecchio ha la sua età in ciascun individuo.

Come si vede l'argomento, specialmente nei fini che gli sono stati assegnati, non è semplice, anzi presenta notevoli punti deboli e notevoli difficoltà allo stato attuale delle nostre conoscenze.

Vediamo ora quali sono i caratteri apprezzabili che sono o potrebbero essere manifestazione di quella trasformazione che l'organismo subisce con lo andare degli anni.

Nello studio della senescenza un progresso è stato raggiunto con la conoscenza del fenomeno che le è intimamente legato, cioè il declinare dell'intensità dell'accrescimento. Rallentamento della moltiplicazione cellulare, progressiva riduzione del processo di assimilazione da parte delle cellule, trasformazione nelle proprietà fisico-chimiche cellulari, come progressiva diminuzione dell'acqua tissurale e alterazioni dei colloidii, modificazioni strutturali dei tessuti: sono questi in sintesi i vari fenomeni osservati nella senescenza.

La velocità di rigenerazione è funzione dell'età, e LECOMTE DE NOUY sulla base di questo principio ha cercato di determinare con esattezza il rapporto tra il tempo di cicatrizzazione di una piaga sterile e l'età del soggetto. Col calcolo matematico questo autore ha ricavato un indice di cicatrizzazione che

è funzione esclusivamente della superficie della piaga e dell'età del paziente. Questo indice è tanto più grande quanto più piccola è la piaga e quanto più giovane è l'individuo.

Non è il caso di prendere più oltre in esame il metodo ora accennato perchè è evidente che esso manca di praticità.

Ho detto in precedenza che non si deve eccedere nel dare soverchio valore alle misure somatiche; tuttavia non si può negare loro ogni valore, e non mancano le ricerche su questo aspetto del problema. Ho già citato le ricerche del ROMANELLI; ricorderò ancora quelle pubblicate da SCHIASSI sulla costituzione morfologica dei vecchi. Questo A. ha visto che mentre negli adulti fra i 20 e i 40 anni i brachitipi oscillano intorno al 20% nei vecchi: tra i 60 e i 70 anni i brachitipi raggiungono il 37%.

Anche FERRANNINI precedentemente e diversi altri AA. hanno messo in evidenza le caratteristiche morfologiche dell'abito senile.

Esiste dunque una tendenza alla deformazione brachitipica negli ultimi anni della vita. Nel rapporto dei valori tronco-arti è soprattutto il torace che aumenta nel vecchio per aumento dell'altezza dello sterno e per aumento del diametro antero posteriore. Scrive lo SCHIASSI che « l'aumento di lunghezza dello sterno è la conseguenza dell'atteggiamento inspiratorio del torace senile con arco costale a decorso orizzontale, con diminuzione di inclinazione dello sterno. Senza la diminuzione della inclinazione dello sterno non si può concepire un aumento della lunghezza sternale ».

La deformazione morfologica secondo SCHIASSI influisce sulla economia generale. Difatti mentre nel giovane ad un aumento del bisogno di ossigeno corrisponde un aumento del torace e quindi del polmone, e l'abito longitipico con-

sente la realizzazione di una maggior capacità vitale, nel vecchio la brachitipia, col torace inspiratorio a diametro antero-posteriore aumentato, determina una diminuzione della capacità vitale che non è proporzionata alla lieve riduzione del peso corporeo. Ne viene di conseguenza che nel vecchio avremo una diminuzione del rifornimento di ossigeno e una diminuzione delle attività organiche.

Tali risultati trovano riscontro in quelli ottenuti con altri metodi dal ROMANELLI.

Maggiore importanza avrebbero invece i caratteri esteriori apprezzabili alla semplice ispezione. Ma l'apprezzamento di questi caratteri ha molto di soggettivo e non può dare una determinazione precisa.

Nel quadro complessivo dei caratteri esteriori noi cogliamo soprattutto i caratteri della pelle, specialmente intorno alle labbra e agli occhi, il colore e il grado di usura dei denti, il colore delle sclere, lo sguardo, l'espressione, che è legata allo stato dei muscoli mimici, il portamento, il carattere dei peli, il connettivo sottocutaneo, la linea del corpo, ecc. Tutto questo trova la sua corrispondenza nella domanda specifica alla quale deve rispondere il medico che visita un soggetto assicurando: « mostra l'età indicata? ».

Passando allo studio più dettagliato dei vari organi e sistemi vediamo quello che l'esperienza finora ha raccolto.

Apparato circolatorio. — Ai nostri fini è, col respiratorio, forse l'apparato più importante perchè in esso si trovano le lesioni che spezzano più frequentemente la vita.

Cuore. — La grandezza del cuore nei vecchi è una questione controversa, forse in dipendenza della mancanza di omogeneità del materiale preso in esame

nelle ricerche statistiche. In molti studi antichi e anche recenti troviamo quale risultato un aumento di grandezza. Ecco per esempio una tabella di BIZOT.

Età anni	Uomini			Donne		
	Lungh. mm.	Largh. mm.	Spess. mm.	Lungh. mm.	Largh. mm.	Spess. mm.
30-50	97	108	38	94	100	36
50-70	105	119	41	105	105	36

Il peso del cuore nei vecchi è variabile; ma esiste quasi sempre una notevole differenza tra adulti e vecchi. Le medie trovate da DU CASTEL sono le seguenti:

Età anni	Uomini	Donne
20-30	gr. 242	gr. 241
30-40	» 295	—
40-50	» 309	» 278
50-60	» 367	» 310
60-80	» 371	» 347

CLENDENNING, pur avendo ottenuto cifre differenti, mette ugualmente in evidenza un aumento del peso del cuore con l'età.

Per noi queste ricerche non hanno importanza come pure quelle sulle alterazioni istologiche, in quanto questi elementi non essendo rilevabili sul vivente non sono utili ai nostri fini. Ci basti ricordare che è ammessa nei vecchi da numerosi AA. una tendenza alla ipertrofia del ventricolo sinistro.

Grande importanza hanno invece le misurazioni radiologiche. GROEDEL, MORITZ e DIETLEN hanno osservato un lieve aumento dei diametri cardiaci mediante registrazione radiografica.

Contro questi risultati stanno però quelli di altri Autori. Dal punto di vista anatomo-patologico ASCHOFF e ROSSLE ammettono che il peso medio del cuore diminuisce dopo i 50 anni. SMITH, calco-

lando su 1000 soggetti il peso del cuore in correlazione col peso del corpo, l'altezza, il sesso, ha visto una tendenza alla diminuzione del peso del cuore dopo i 50 anni sia nei maschi che nelle femmine. Dal punto di vista radiologico SCHIASSI e ORLANDINI in base alle loro ricerche ammettono nei vecchi un diametro di larghezza notevolmente inferiore a quello degli adulti e un diametro di lunghezza di poco superiore per modo che calcolando l'indice volumetrico la media del cuore senile viene ad essere inferiore a quella degli adulti.

Altri dati ci vengono forniti dall'esame fisico. L'itto della punta si trova nei vecchi spesso spostato verso l'esterno e in basso. SCHIASSI ha rilevato inoltre un fatto, cioè la palpazione dell'itto era possibile solo nel 52% della serie dei vecchi osservati, e mette in rilievo la difficoltà di spiegarlo. Lo stesso Autore mentre nei giovani ha trovato costantemente all'interno della mammillare la sede del battito cardiaco e rarissimamente all'esterno il limite inferiore sinistro del cuore ha viceversa trovato nei vecchi con una certa frequenza all'esterno della mammillare la sede del battito e il limite inferiore sinistro del cuore. Egli interpreta questo fenomeno come dovuto verosimilmente all'aumento dell'angolo di inclinazione tra diametro longitudinale del cuore e asse del torace. Il cuore si disporrebbe trasversalmente per un allungamento del suo peduncolo vascolare e per la trasformazione brachitipica del torace.

Circa l'efficienza funzionale del cuore senile possiamo ritenere che esista una certa limitazione di adattamento alle variazioni delle esigenze che si possono presentare nei vari momenti. Stimoli vari, fisici o psichici, malattie febbrili, ecc., possono facilmente determinare una rottura dell'equilibrio con deficienza cardiaca e con facilità ad aritmia.

La frequenza del polso, come è noto, diminuisce dalla nascita all'età inoltrata e aumenta di nuovo nell'estrema vecchiezza.

L'elettrocardiogramma nelle varie età della vita è stato oggetto di accurate ed interessanti ricerche da parte del DAGNINI su di un gruppo di 250 soggetti di sesso femminile dai 20 agli 80 anni, suddivisi in tre sottogruppi: da 20 a 40 anni; da 40 a 60; da 60 a 80. Nel gruppo degli elettrocardiogrammi esaminati sono stati compresi quelli appartenenti a tutti i vecchi che non presentavano sofferenze a carico dell'apparato circolatorio e che perciò potevano considerarsi normali per la loro età.

I risultati ottenuti dal DAGNINI possono essere così riassunti:

La variabilità dell'atriogramma nella età senile è molto pronunziata, con aspetti polimorfi che probabilmente sono espressione di sofferenza miocardica verosimilmente di origine coronarica. Lo intervallo PR presenta un leggero allungamento nell'età senile. Col progredire dell'età aumenta la frequenza con la quale si rileva l'onda Q_1 , mentre diminuisce la frequenza dell'onda Q_3 . L'asse elettrico, all'inizio della pubertà tende verso destra, e quindi attraversa una fase di equilibrio per presentare poi una netta tendenza verso sinistra man mano che si va avanti verso la vecchiaia, per modo che nei gradi estremi di questa si ha il massimo di prevalenza sinistra. La durata sistolica aumenta nell'età senile, e inoltre in questa età le T_1 e T_2 diminuiscono di altezza. In questa stessa età si notano frequenti alterazioni del ritmo, specialmente extra-sistoli, con maggior frequenza atriali, e alcune atipie ventricolari di probabile origine coronarica.

Aorta. — Sono note le alterazioni che le arterie subiscono con l'età e non è il

caso di insistere su questo argomento. Per quanto riguarda l'aorta una immagine radiologica che spesso si trova nella vecchiaia è costituita dall'allungamento del vaso con maggiore sviluppo della sua curva, sporgenza accentuata a sinistra dello sterno, accresciuta opacità. Questo reperto, in rapporto all'età, è spesso completato da orizzontalizzazione del cuore.

KREUTZFUCHS afferma che l'aspetto dell'aorta è in rapporto all'età. Secondo questo A. esiste una aorta infantile fino a circa 14 anni, una aorta adolescente da 14 a 20 anni nell'uomo e da 14 a 24 anni nella donna, una aorta adulta da 20-24 anni fino a 50-60 anni e una aorta senile. Il diametro dell'aorta in relazione all'età, al peso del corpo e al sesso è sempre lo stesso negli uomini normali. Esso aumenta regolarmente dalla nascita alla morte. A 20 anni il diametro dell'aorta viene calcolato a 20 mm. e viene ammesso dallo stesso KREUTZFUCHS un aumento di 1 mm. ogni 5 anni.

VAQUEZ e BORDET dànno una tabella delle dimensioni dell'aorta normale: Diametro di cm. 1,5-2 tra i 16 e i 20 anni; 2 cm. tra i 20 e i 30 anni; cm. 2-2,5 tra i 30 e i 40 anni; cm. 2,5-2,8 tra i 40 e i 50 anni; cm. 2,5-3 tra i 50 e i 60 anni; cm. 3-3,5 dopo i 60 anni.

Capillari. — Gli studi pubblicati finora sulle caratteristiche dei capillari nei vecchi non dànno elementi di valore. Il quadro che si descrive a proposito dei capillari nei vecchi è il seguente: anse di notevole altezza, molto frequenti le anse ad 8 intrecciate in vario modo, calibro ristretto, corrente lenta.

Pressione venosa. — Secondo alcuni Autori è aumentata, secondo altri diminuita nella vecchiaia.

Pressione arteriosa. — Sono numerose le ricerche sulla pressione arteriosa nelle varie età; ma occorre notare subito che le cifre della pressione, subordinate ai vari fattori alquanto mobili di questa, possono, entro certi limiti, variare nello stesso individuo, per modo che se la misurazione non è ripetuta varie volte, anche a distanza di tempo, può accadere di assegnare ad un gruppo un soggetto che invece appartiene ad un altro gruppo di età. Inoltre è da tener presente che può esistere vecchiaia e arteriosclerosi senza ipertensione e che l'ipertensione dei vecchi non deve essere abitualmente attribuita ad arteriosclerosi; in quanto secondo vari autori il vecchio che ha una pressione alta è tale perchè è un iperteso, e non perchè è un arteriosclerotico.

Vi è chi pensa che l'ipertensione senile, che non è costante, sia in rapporto con turbe vagosimpatiche e con iperadrenalinemia, che esisterebbe nella vecchiaia, detta da PENDE « sindrome simpaticotonica ».

Comunque nella pratica accade spesso di osservare una tendenza anche lieve alla ipertensione nella vecchiaia e tale tendenza dobbiamo ammettere in linea generale. Non è il caso, dato lo scopo di questo lavoro, di insistere oltre su questioni patogenetiche e sulle interferenze tra arteriosclerosi e ipertensione.

Un fatto degno di rilievo è quello segnalato da SCHIASSI riguardante la grande frequenza ed entità delle oscillazioni cui va soggetta la pressione nell'età senile. Nello stesso individuo infatti, ripetendo la misura della pressione a distanza di due tre mesi, sono state trovate differenze superiori a 35 mm. in più o in meno della cifra data dalla precedente misurazione.

L'ipertensione nei vecchi, scrive SCHIASSI, è una ipertensione *sui generis*. Il carattere che presenta l'ipertensione

senile è quello di essere sistolica, mentre la pressione diastolica è di poco o nulla aumentata, il che dimostra la prevalenza del fattore ipertensivo dinamico su quello statico.

Tra le numerose ricerche sulle cifre della pressione nelle varie età mi limiterò a riferirne qualcuna solamente.

SCHIASSI ha trovato, in una centuria di vecchi, una media della pressione massima di 175 mm. Hg e una media della pressione minima di 85 mm. Hg. L'A. stesso riconosce che i suoi dati sono notevolmente superiori a quelli di altri AA. e spiega questa differenza ammettendo che il suo gruppo statistico appartiene a quelle classi sociali nelle quali l'ipertensione è più frequente.

GALLORO, nell'esame di 2219 individui di sesso maschile dell'età da 20 a 60 anni ha ottenuto i dati riportati nelle tabelle seguenti:

Pressione massima.

Età	N. dei casi	Media aritmetica	Media densità	Valore medio	Scarto Quadr. medio della media seriale
20-25	184	123,25	120	125,00	9,83
25-30	272	137,20	125	125,00	9,15
30-35	392	129,13	130	130,00	9,60
35-40	419	130,91	130	132,50	10,26
40-45	318	132,79	130	138,50	12,22
45-50	253	137,47	140	137,50	13,75
50-55	202	136,75	140	137,50	15,45
55-60	179	148,44	145	145,00	19,26

Pressione minima.

20-25	184	77,63	80	77,50	6,58
25-30	272	79,65	80	82,50	6,65
30-35	392	81,55	80	82,50	7,19
35-40	419	83,24	80	85,00	7,92
40-45	318	85,44	85	85,00	8,15
45-50	253	87,94	90	87,50	8,56
50-55	202	90,07	90	90,00	9,71
55-60	179	92,54	90	92,50	10,63

Le tabelle seguenti dimostrano i dati ottenuti da FIANDACA, il quale ha diviso i soggetti esaminati in normali, sovrappesi e sottopesi a seconda del tipo costituzionale.

Gruppo d'età	Mx	Mn
<i>Normali</i>		
20-24 anni	120.4	76.2
35-39 »	125.6	80.0
50-54 »	130.3	81.4
65-69 »	139.2	83.5
<i>Sottopesi</i>		
20-24 anni	119.5	75.5
35-39 »	126.5	79.5
50-54 »	134.5	83.0
65-69 »	142.5	84.4
<i>Sovrapesi</i>		
20-24 anni	121.8	76.4
35-39 »	128.4	80.2
50-54 »	136.5	83.2
65-69 »	146.2	86.5

Come ho detto in precedenza esistono notevoli oscillazioni della pressione nello stesso individuo, ed esistono inoltre notevoli oscillazioni individuali nelle persone appartenenti ad uno stesso gruppo di età, costituzione e sesso. Ciò determina una estrema mobilità dei reperti, una media con forti scostamenti quadratici e tutto un insieme di condizioni che a mio parere rende lo studio della pressione poco adatto al raggiungimento del nostro fine.

Sangue. — SOKOLOFF, DENIS e altri hanno trovato nei vecchi una diminuzione delle emazie mentre GRAVIK, HAMMER e KIRSCH hanno trovato una iperglobulia. Da una tabella di SCHWINGE risulta

che il numero dei corpuscoli rossi va aumentando nel corso della vita per raggiungere il massimo oltre i 70 anni.

L'emoglobina, venne trovata da alcuni AA. normale, da altri aumentata, da altri ancora, diminuita. Il numero dei leucociti secondo SCHWINGE va aumentando con l'età, secondo altri diminuisce, secondo altri ancora è normale.

Come si vede i reperti dei vari AA. sono molto discordi e nulla dicono di conclusivo. Nulla egualmente ci può dire la formula leucocitaria e la conta delle piastrine.

La velocità di sedimentazione delle emazie è accelerata nella vecchiaia come risulta dalle ricerche di SCUDERI e LOW-BEER.

Sulla riserva alcalina e sul pH dei vecchi molte ricerche sono state eseguite, ma i risultati sono contraddittori e il fenomeno dell'acidosi nella vecchiaia non è un fatto costante.

Numerosi studi sono stati pure eseguiti sulla calcemia e sulla potassiemia nelle diverse età, tra i quali quelli del FIANDACA. Se dovessi esprimere un mio parere personale su questo argomento, e specialmente sulle conseguenze che sono state tratte dai risultati delle indagini direi che molte nebulose costruzioni sono sorte su questo biochimismo. Per portare un esempio dirò che c'è chi per aver trovato un aumento del potassio sostiene che nella vecchiaia esiste un certo grado di vagotonismo mentre c'è pure chi sostiene senz'altro e autorevolmente che la vecchiaia è una sindrome simpatico-tonica.

Non ha torto il BERGMANN quando, esponendo le sue idee riformistiche, sostiene che fra i concetti da abbattere è compreso lo schema della vagofonia e della simpaticotonia. Perché infatti i due schemi sono così intrecciati che non possono essere tenuti rigidamente distinti come due forme opposte ben delimitate.

Sembra in ogni modo che nella vecchiaia vi sia una tendenza all'ipocalcemia e all'iperpotassiemia, ma tali differenze, rispettivamente nelle varie età, sono così poco distinte da non poter costituire alcun fondamento per delle conclusioni concrete.

Il comportamento della magnesiemia e della fosfatemia non presenta alcuna nota veramente caratteristica, e i risultati ottenuti dal FIANDACA, che si è largamente interessato con importanti ricerche delle proprietà biochimiche del sangue in rapporto all'età biologica, non sono dimostrativi per quanto riguarda il nostro fine.

Il contenuto dei cloruri nel sangue dei vecchi sembra alquanto diminuito. Secondo LUCCHI l'acido urico è normale; esiste invece un arricchimento del siero in acido urico secondo PUCCHIONI negli uomini di 45-50 anni.

Si ammette da molti AA. che con l'età il tasso dell'urea tenda ad aumentare: numerosi altri AA. hanno trovato in persone anche di età avanzata cifre normali di urea.

La colesterinemia nei vecchi è notevolmente e costantemente aumentata secondo BEQUEREL e RODIER. Ciò ha trovato conferma in numerose ricerche di altri AA. Non è il caso di fermarsi qui sulle varie ipotesi ammesse per spiegare la ragione di questo aumento e i discussi rapporti esistenti tra colesterinemia e cancro, arteriosclerosi, ipertensione.

Per quanto riguarda il glucosio ematico è ammessa una tendenza alla iperglicemia nei vecchi. Vi è però qualche parere discorde. ROMKE sostiene che la glicemia a digiuno è indipendente dall'età, ma alla prova di carico gli individui sopra i 60 anni rispondono con una curva che ascende più del normale. Secondo PORTER e LANGLEY nella vecchiaia è ritardato il ritorno alla glicemia base dopo carico di zucchero.

L'interesse teorico delle modificazioni umorali che accompagnano la vecchiaia è grandissimo, e si comprende come la questione sia sempre di attualità. Se per la biologia una formula umorale della vecchiaia sarebbe un grande progresso nella ricerca dell'essenza della vecchiaia stessa, in medicina delle assicurazioni sulla vita non sarebbe meno importante, in quanto permetterebbe l'attuazione di un sistema di valutazione più appropriato dei rischi in esame. Ma purtroppo i risultati finora raggiunti sono contraddittori spesso e non consentono alcuna sintesi di questa materia. E' da tener presente inoltre che varie ricerche sono molto delicate e non esenti da cause di errore, e per giunta eventuali malattie esistenti nei vecchi presi in esame possono falsare i risultati ottenuti.

Ricorderò in ultimo che vari AA. hanno indirizzato le loro ricerche verso le proprietà immunitarie dei vecchi, constatando sperimentalmente quello che la osservazione generale aveva già dimostrato, e cioè una diminuzione del potenziale immunitario nell'età avanzata. A tal proposito PIERRET, BRETON, CHRISTIAENS così si esprimono: « la senescenza del sangue si manifesta molto meno con dei fenomeni chimici che con dei fenomeni di ordine immunitario.

Anche i raggi mitogenetici Gurwitsch sono stati applicati allo studio dei caratteri delle varie età ed è stata constatata nei vecchi una diminuzione dell'effetto irradiante. Su questo argomento riferì CONFORTO all'Assemblea dei medici degli Enti di assicurazione vita nel 1939.

Apparato respiratorio. — Ho descritto le modificazioni del torace a proposito delle modificazioni della costituzione morfologica nei vecchi. Con l'età le cartilagini costali si calcificano, l'angolo costale posteriore si modifica per diminu-

zione dell'inclinazione delle costole da dietro in avanti, lo sterno si eleva, aumenta il diametro anteroposteriore del torace, gli spazi intercostali si riducono. Sulle modificazioni dello scheletro toracico in rapporto all'A. V. RICCIOTTI ha pubblicato un interessante articolo su l'« Assistenza sanitaria ».

A carico delle vie aeree superiori si nota una tendenza all'ossificazione delle cartilagini.

Accennerò rapidamente ai caratteri anatomici del polmone nella vecchiaia, perchè, come ho detto in altra occasione, tutto ciò che non è rilevabile nel vivente non interessa, e aggiungerò che per la stessa ragione o per impossibilità di rilievo nel nostro ambiente o per scarsità di interesse qualche punto è appena ricordato nel corso di questa rassegna e altri sono stati o saranno trascurati.

Il polmone senile è piccolo, raggrinzito, spesso deformato, sclerotico con riduzione del lume dei vasi.

Le modificazioni funzionali sono più importanti. Le modificazioni del respiro che avvengono con l'età sono in parte determinate dalle modificazioni del torace che presenta una riduzione della mobilità e della elasticità.

L'aria respiratoria si calcola nell'adulto che raggiunga i 500 cmc. in stato normale, a riposo e a respiro tranquillo.

Età anni	cmc. ad ogni espirazione	
	uomini	donne
25-35	500	317
35-45	466	283
45-55	421	250
55-65	378	229
65-75	324	194
75-85	297	168
85-93	257	148

Con l'età secondo la precedente tabella di GEIST tale quantità viene diminuendo.

Anche la capacità vitale diminuisce con l'età. VIALE ha calcolato la seguente tabella sui dati di GEIST.

Età (anni)	Capacità vitale cmc.	
	uomini	donne
15-25	3248	2198
25-35	3697	2348
35-45	3448	2098
45-55	3123	1848
55-65	2798	1699
65-75	2398	1436
75-85	2198	1249
85-93	1898	1099

Emerge dall'esame di questi dati un fatto fondamentale, e cioè la notevole riduzione della capacità vitale e della ventilazione polmonare nella vecchiaia. Anche SCHIASSI conferma questo fatto nelle sue ricerche. Egli dà le cifre riportate nella tabella a pagina seguente.

Finchè il vecchio sta a riposo l'ossigeno disponibile per i bisogni della respirazione dei tessuti è sufficiente; ma le cose cambiano aspetto nell'attività, quando si determina un aumento del bisogno di ossigeno. Appare allora la dispnea da sforzo patologica.

Apparato digerente. — Dall'esame dei dati esistenti non risultano elementi che attualmente possano inserirsi nei nostri fini.

Renii e urina. — LECORCHÉ e TALAMON nel *Traité de l'albuminurie* affermano che ogni uomo, andando avanti negli anni, tende a divenire albuminurico, e ritengono che SADLER si sia imbattuto in una serie tutta particolare

	Vecchi (SCHIASI)	Adulti (VIOLA)	Giovani XVI anni (SCHIASI)	Giovani XI anni (SCHIASI)
Media aritmetica cc	2200	4144	3900	2140
Variatio	1100-3900	2646-6430	2300-5500	1050-3230

di casi quando afferma che l'albuminuria nei vecchi è rarissima. Quest'ultimo A. nell'esame di 70 urine appartenenti a vecchi dell'età media di 65 anni trovò solo 20 albuminurici e aggiunge che di questi 20 15 presentavano segni di affezione cardiaca. E' da osservare però che anche qui è difficile distinguere quello che è il prodotto dell'età da quello che è fenomeno morboso.

Secondo GEIST la composizione dell'urina non presenta differenze notevoli tra giovani e vecchi. Secondo lo stesso A. il peso specifico dell'urina nel vecchio è più alto.

MOREAU avendo saggiato la funzionalità renale mediante la ricerca dell'urea ematica, della costante di Ambard, dell'eliminazione del blu di metilene afferma che nei vecchi apparentemente sani esiste sempre una insufficienza funzionale dei reni.

Sul metabolismo basale nei vecchi i risultati delle ricerche non sono concordi. LUCCHI non ritiene che la senescenza per se stessa determini una notevole diminuzione del metabolismo basale, mentre secondo altri AA. la senescenza porta ad un abbassamento del metabolismo.

Nessun dato specifico preciso, utile, attendibile o importante per noi possiamo trarre dall'esame della termoregolazione e della termogenesi, delle glandole a secrezione interna, del sistema nervoso e della psiche.

Qualche dato importante può fornirci l'esame del sistema scheletrico.

I caratteri della prostata sono difficilmente rilevabili nel nostro ambiente.

Organi dei sensi. — Tra questi ci soffermeremo sull'occhio nel quale potremo trovare delle note che hanno la loro importanza nello studio dell'età biologica, per quanto anche sull'organo dell'udito non manchino utili ricerche riferite ai caratteri di esso nelle varie età.

VELE in una relazione presentata all'Assemblea dei Medici degli Enti di assicurazione vita nel 1939 ha descritto i caratteri dell'occhio nelle varie età presentando la seguente tabella nella quale sono rappresentati i risultati delle sue ricerche:

Casi	Soggetti esaminati	Esito dell'esame biomicroscopico		
		caratteri giovanili	caratteri media età	caratteri senili
100	Giovani	93	7	—
100	Media età	4	91	5
100	Vecchi	—	5	95

I caratteri dell'occhio senile possono essere così riassunti secondo la relazione ora citata.

La presbiopia s'inizia a 40-45 anni, età nella quale appare pure l'arco senile, opacamento grigiastro o bianchiccio a semiluna o ad anello presso il margine corneale, immediatamente in dentro del limbus. Nella vecchiaia la lente si sclerotizza e subisce un lieve intorbidente, il campo visivo a volte è ristretto, il senso cromatico è alterato. I vecchi confondono facilmente il bianco con il giallo chiaro e l'azzurro con il verde.

Mediante uno studio più approfondito e con l'aiuto di perfezionati strumenti ottici altre note possono essere rilevate.

Nell'uomo maturo si osservano nei vasi della congiuntiva bulbare delle alterazioni rispetto all'età giovanile, con una tendenza al rallentamento della corrente; la cornea presenta delle opacità periferiche; i caratteri dell'iride, del cristallino e del vitreo si modificano. Nel vecchio la congiuntiva perde un po' della sua trasparenza, può apparire presso il limbus una pigmentazione a strie e sulla congiuntiva bulbare possono essere osservati depositi bianco-giallastri. I capillari sono dilatati, la corrente in essi è rallentata. Alterazioni si hanno pure a carico della camera anteriore, dell'iride, del cristallino, del vitreo.

MERIGON DE TREIGNY descrive i caratteri dell'occhio nelle varie età, nell'infanzia, nell'adolescenza, a 20 anni, a 30 anni, a 40-45 anni ed oltre. Questo A. così si esprime: « nell'infanzia la sclerotica è bianca splendente con viraggio al blu, la regione del limbo è netta e si passa bruscamente dalla opacità della sclerotica alla trasparenza della cornea. La pupilla è ampia e riempie tutto l'occhio, come si suol dire. L'accomodazione è vigorosa e a 10 anni può raggiungere un punto prossimo di 7 cm., i mezzi oculari sono perfettamente trasparenti. La vecchiaia dell'occhio comincia poi intorno a 20 anni. A questa età il punto prossimo è già a 10 cm., le pupille pur conservando una prontissima reattività sono meno ampie e il cristallino comincia ad opacarsi. A 30 anni l'accomodazione è di 7 diottrie, a 40 anni è di 4,5; a 50 anni è di 2,5; a 60 anni è di 0,50; a 70 anni è 0 ».

L'A. infine dopo aver descritto i ca-

ratteri dell'occhio dopo i 40-45 anni, che ometto di riportare perchè la descrizione è ravvicinabile a quella sopra riassunta così conclude: « E' più sicuro fare un buon esame dell'occhio che far declinare ai propri pazienti il numero dei loro lustri ».

Al termine di questa rapida rassegna presentata non allo scopo di illustrare le varie ricerche e i meccanismi dei fenomeni osservati, nè di esaminare da vicino il problema della vecchiaia, la cui essenza del resto ci sfugge ancora, ma di ricordare quel che è stato studiato in riferimento alla ricerca dei caratteri delle varie età della vita, dobbiamo riconoscere che nulla di concreto, stabile, sicuro esiste che consenta la costruzione di una formula dell'età biologica. Ciò d'altra parte non autorizza a negare ogni importanza a queste ricerche, che se oggi ancora non hanno raggiunto dei punti concreti potranno domani portare un contributo, di cui non si può precisare la portata, alla questione della valutazione dei rischi in assicurazione vita, e se anche non potessero da sole risolverla potrebbero per lo meno meglio adeguarla alla realtà ed integrare il sistema di valutazione attuale basato su criteri attuariali.

Se l'idea del ROMANELLI sia una vana aspirazione o sia invece una anticipazione solo nel corso di ulteriori ricerche potrà essere determinato.

ZUSAMMENFASSUNG. — *Der Verfasser prüft die Möglichkeiten die Norm des biologischen Alters in der Lebensversicherung anzuwenden.*

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

RICERCHE SULLA PRESSIONE ARTERIOSA (V. nn. 3-4-5 c. a.)

La valutazione della pressione arteriosa in A. V.

Dott. GUGLIELMO CERCONE DE LUCIA

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

In quest'ultimo ventennio l'uso dello sfigmomanometro, accolto con unanime consenso quale prezioso mezzo di rilievo delle condizioni pressorie arteriose, ha avuto larga diffusione nella pratica medica. L'importanza, che giustamente si attribuisce a questo strumento di indagine clinica, non poteva sfuggire all'attenzione degli Enti di assicurazione sulla vita, e pertanto da alcuni anni la applicazione dello sfigmomanometro viene sistematicamente richiesta ed applicata nella medicina assicurativa.

Tuttavia, nel campo clinico come in quello assicurativo, sarebbe errato e poco prudente voler attribuire un valore assoluto alle cifre manometriche e fondare esclusivamente su di esse un giudizio diagnostico e prognostico, poichè i dati manometrici sono quasi sempre una pura espressione sintomatica; non si potrebbe pretendere infatti di diagnosticare una insufficienza aortica per il solo rilievo di una ipertensione sistolica, così come non si potrebbe pretendere di pensare ad una calcolosi biliare occludente solo per la presenza di un ittero o di ravvisare un'infezione tifoide solo in una curva iperpiretica.

Non per questo i dati manometrici perdono nella patologia il loro valore, il quale anzi, quando sia inteso in senso relativo e complementare a quello degli altri dati clinici, assume una notevole importanza e non viene più oggi considerato con quella ostile diffidenza che consigliava il MACKENZIE ad affermare che « le conclusioni importanti e

di lunga portata nell'uso degli strumenti di rilievo sono non soltanto ingiustificate, ma anche erronee e che si vede lo sfigmomanometro usato come criterio di diagnosi, come guida nella cura, come indirizzo alla prognosi, e ciò perfino in occasione delle assicurazioni sulla vita ».

Il primo quesito che ci dobbiamo porre nella valutazione dei dati manometrici è questo: quali sono i valori normali della pressione arteriosa negli individui sani?

La vecchia affermazione che la pressione sistolica dovrebbe essere rappresentata dalla somma del numero degli anni di età al numero 100 è da ritenersi errata. Numerose osservazioni, condotte su numerosissimi individui sani o presumibilmente sani, dimostrano che, pur essendo ampia la variabilità della pressione arteriosa presso i singoli soggetti, le differenze di pressione dovute all'età sono inferiori a quanto comunemente si ritiene.

Riproduciamo nella seguente tabella le medie ottenute da diversi ricercatori per i gruppi di età da 20 a 40 anni e da 40 a 60.

L'osservazione della tabella permette di fare a prima vista due constatazioni, e cioè che le cifre manometriche ottenute dai diversi autori su soggetti diversi si presentano notevolmente concordanti e che in quasi tutte le ricerche eseguite non figurano i dati relativi alla pressione diastolica.

La concordanza dei predetti dati statistici sulla Mx e la considerazione che

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

Ricercatori	Casi osservati	Età	Mx	Mn
CHRISTENSEN	?	$\frac{20 - 40}{40 - 60}$	$\frac{117 - 124}{124 - 133}$	
FLEISCHMANN	?	$\frac{20 - 40}{40 - 60}$	$\frac{122 - 126}{128 - 134}$	
FROST	?	$\frac{20 - 40}{40 - 60}$	$\frac{120 - 124}{126 - 132}$	$\frac{80 - 84}{84 - 89}$
GALEOTTI (1)	2000	?	$\frac{135 - 140}{135 - 140}$	$\frac{75 - 80}{75 - 80}$
KAEWEL	22407	$\frac{20 - 40}{40 - 60}$	$\frac{120 - 124}{125 - 136}$	
LINDSTEDT	?	$\frac{20 - 40}{40 - 60}$	$\frac{120 - 123}{125 - 131}$	
<i>Mutual Life Insurance Co.</i>	150419	$\frac{20 - 40}{40 - 60}$	$\frac{123 - 124}{126 - 133}$	
<i>New-York Life Insurance Co.</i>	545000	$\frac{20 - 40}{40 - 60}$	$\frac{120 - 125}{125 - 134}$	$\frac{79 - 83}{83 - 87}$
OLIVIER	9700	$\frac{20 - 40}{40 - 50}$	$\frac{123 - 128}{128 - 130}$	
SECHER	3707	$\frac{20 - 40}{40 - 60}$	$\frac{125 - 130}{130 - 145}$	

(1) Le ricerche furono condotte su individui giovani e sani (candidati all'aviazione), adottando per il rilievo il sistema Pachon.

le oscillazioni pressorie individuali possono essere, anche fisiologicamente, abbastanza sensibili, permettono di ritenere come normali per la pressione Mx valori oscillanti da 110 a 150, tenendo presente che le cifre di 140-150 negli individui dai 20 ai 40 anni debbono per lo meno considerarsi quali cifre di allarme, esprimenti cioè una tendenza ipertensiva (W. GALLI).

In quanto ai valori normali della Mn, le indicazioni degli autori sono meno precise e concordanti, e si deve ritenere che questa incertezza sia dovuta alla mancanza di un copioso materiale statistico ed alla maggiore difficoltà e diversità tecnica di rilievo, le quali contribuiscono a rendere i dati della Mn meno attendibili di quelli della Mx.

Indichiamo, qui appresso, le cifre della Mn ritenute normali da alcuni ricercatori in soggetti sani di età superiore ai 20 anni:

FROST	80-89
GALLAVARDIN	70-75
GALLI G.	75-90
LAUBRY	80-90
LIAN	65-90
<i>New-York Life Insur. Co.</i>	79-87
<i>Strasburger</i>	63-95

In base a tali dati potremmo ammettere come normali per la Mn valori oscillanti da 70 a 90, desunti con metodo ascoltatorio.

Tuttavia come è possibile stabilire un confine netto e preciso tra il normale ed

il patologico, conoscendo la sensibile variabilità fisiologica della pressione arteriosa, sia nello stesso individuo, che tra un individuo e l'altro? Se le medie dei valori pressori ottenute dai vari ricercatori rappresentano l'indice di normalità per la gran maggioranza dei casi, non per questo siamo autorizzati a definire come patologiche, sempre ed in tutti i casi, le eventuali deviazioni di lieve entità che, solamente e meglio, potrebbero essere definite come superiori od inferiori alla media.

Il carattere patologico di una modificazione della pressione, sempre che tale modificazione sia contenuta entro piccoli limiti, più che dalle cifre manometriche deve essere desunto e sospettato dalla sua progressività nel tempo (ZOIA) e dalla tendenza alla stabilità. Purtroppo questo criterio, che deve essere assolutamente seguito e rispettato nelle osservazioni della clinica comune, mal si presta ad essere adottato ai fini della medicina assicurativa, ove il rilievo della pressione arteriosa, anche se preceduto da particolari accorgimenti atti ad eliminare eventuali influenze perturbatrici sulle condizioni circolatorie ed effettuato nelle più favorevoli condizioni di tempo e di ambiente, rimane pur sempre unico.

Pertanto se da un lato l'applicazione sistematica dello sfigmomanometro in A. V. costituisce un validissimo mezzo sussidiario di diagnosi, atto a salvaguardare gli interessi degli enti assicuratori, d'altra parte essa può talora rappresentare uno svantaggio per l'assicurando rifiutato o per l'assicurato accettato con sovrappremio, a meno che non sia loro riconosciuto e concesso rispettivamente il diritto al « rinvio » o alla « revisione » a qualche distanza di tempo. Bisogna riconoscere tuttavia che la valutazione del rischio non si arresta ordinariamente alla sola osservazione dei

dati manometrici, ma prende in considerazione tutti gli altri dati emergenti dall'esame obbiettivo e dai mezzi di indagine collaterale.

Ciò non diminuisce la grandissima importanza dei dati manometrici per un orientamento diagnostico e prognostico, ed è perciò necessario stabilire una classificazione dei valori normali ed anormali della pressione arteriosa.

Nel seguente prospetto indichiamo le cifre, rilevabili con uno sfigmomanometro tipo Riva-Rocci con metodo ascoltorio, che possono ritenersi più attendibili per individui dai 20 anni in poi.

Pressione arteriosa	Ipotensioni conclamate	Cifre di allarme	Cifre normali	Cifre di allarme	Iptensioni conclamate
Mx	< 100	100-110	110-140	140-150	> 150
Mn	< 65	65-70	70-90	90-95	> 95

Allo scopo di valutare l'attendibilità delle cifre esposte nel precedente prospetto ho eseguito una indagine statistica sui dati della pressione arteriosa ottenuti dai medici di ruolo dell'I.N.A. presso il Centro Sanitario di Messina ed il Sub-Centro Sanitario di Catanzaro nelle visite praticate per scopi assicurativi ed assistenziali. Dopo accurate selezioni sono stati presi in esame solamente i soggetti sani, di sesso maschile, dell'età da 20 a 60 anni, nel numero complessivo di 432.

Nella seguente tabella vengono riportate le medie aritmetiche dei valori della pressione arteriosa (sistolica, diastolica e differenziale) riscontrati negli otto gruppi quinquennali di età, ottenuti dalla suddivisione del totale dei casi.

Allo scopo poi di studiare presso ciascun gruppo di età e presso il gruppo di tutte le età la ripartizione numerica

Pressione arteriosa riscontrata in soggetti sani
(casi: n. 432)

Età	Num. dei casi	Medie aritmetiche		
		Mx	Mn	Pd
20-24	19	120,63	74,68	45,95
25-29	48	125,43	75,10	50,33
30-34	78	128,57	75,98	52,59
35-39	81	129,54	78,55	50,99
40-44	79	130,53	79,17	51,36
45-49	59	135,57	82,25	53,32
50-54	45	137,53	84,00	53,53
55-59	23	137,52	83,69	53,83

dei diversi valori riscontrati per le pressioni Mx e Mn, vengono riportati nelle seguenti tabelle i risultati ottenuti, esponendo il numero dei casi compresi in cinque classi seriali di valori della pressione arteriosa. Tali classi sono costituite per la Mx da valori: inferiori a 100, da 100 a 109, da 110 a 140, da 141 a 150 e superiori a 150, e per la Mn da valori: inferiori a 65, da 65 a 69, da 70 a 90, da 91 a 95, e superiori a 95.

Tale suddivisione è stata suggerita dall'opportunità di eseguire un esame comparativo con le attendibili cifre di

Età	Num. dei soggetti esaminati	Numero dei soggetti con valori di pressione sistolica:				
		< 100	da 100 a 109	da 110 a 140	da 141 a 150	> 150
20-24	19	—	—	19	—	—
25-29	48	—	—	48	—	—
30-34	78	—	—	78	—	—
35-39	81	—	—	76	5	—
40-44	79	—	1	71	7	—
45-49	59	—	—	48	11	—
50-54	45	—	—	32	13	—
55-59	23	—	—	16	7	—
20-59	432	—	1	388	43	—

Età	Num. dei soggetti esaminati	Num. dei soggetti con valori di pressione diastolica:				
		< 65	da 65 a 69	da 70 a 90	da 91 a 95	> 95
20-24	19	—	3	16	—	—
25-29	48	1	4	43	—	—
30-34	78	2	7	69	—	—
35-39	81	—	6	73	2	—
40-44	79	2	4	70	2	1
45-49	59	—	—	56	2	1
50-54	45	1	1	39	4	—
55-59	23	—	—	22	1	—
25-59	432	6	25	388	11	2

normalità o di anormalità della pressione arteriosa esposte in uno dei precedenti prospetti.

Esaminando il prospetto relativo ai valori della Mx, è facile constatare che la frequenza numerica dei casi incide con un totale di 388 e con una percentuale di circa il 90% nella classe delle cifre normali, mentre 44 casi sono compresi nelle classi delle cifre di allarme e nessun caso figura nelle classi delle cifre patologiche.

I dati invece relativi al prospetto dei valori della Mn potrebbero suscitare una certa perplessità per la discordanza con le cifre riferite come normali od anormali. Infatti mentre il maggior numero dei casi figura con un totale di 388 e con una percentuale di circa il 90% nella classe dei valori normali e 36 casi figurano nelle classi delle cifre di allarme, 8 casi risultano compresi nelle classi delle cifre patologiche, e, precisamente, 6 casi con la stessa cifra di 60 e 2 casi con la stessa cifra di 100.

Tuttavia bisogna osservare che i dati statistici finora conosciuti sui valori della pressione diastolica sono meno attendibili e vanno accolti con maggiori riserve, data la maggiore difficoltà tecnica di rilievo e la maggiore incertezza

sui limiti presumibilmente sicuri dei valori normali; ed è forse per questo ultimo motivo che i medici esaminatori saranno stati indotti nei suddetti 8 casi a ritenere i valori riscontrati come normali ed a giudicare, pertanto, come sani e normotesi i soggetti in esame.

* * *

Se ora ci soffermiamo a considerare il significato dei valori manometrici, riscontrati dai vari AA., non possiamo non ricordare che la Mx è in prevalenza l'esponente dell'energia contrattile del cuore, che la Mn è in prevalenza l'esponente del « tono » delle pareti arteriose e delle resistenze periferiche e che la Pd (pressione differenziale) è l'indice del coefficiente circolatorio e cioè della differenza potenziale tra l'azione sistolica e le resistenze periferiche. Questa fondamentale premessa è necessaria e decisiva per ammettere che nello studio e nella valutazione della pressione arteriosa è erroneo rivolgere l'attenzione alla sola pressione sistolica, e che è sommamente importante, ai fini diagnostici e prognostici, osservare contemporaneamente il comportamento dei valori della Mn e della Pd.

A tal proposito LUSTIG e GALEOTTI fanno giustamente rilevare che una bassa pressione minima ed una buona pressione differenziale sono le condizioni migliori per un organismo e che in tali condizioni anche una pressione massima alta non assume necessariamente un significato sfavorevole. Riteniamo che questo postulato scientifico debba essere rigidamente rispettato anche in A. V. e che, pertanto, anche i dati relativi alla Mn ed alla Pd trovino sempre maggiore considerazione nel criterio valutativo del rischio e nelle osservazioni statistiche sui valori della pressione arteriosa nei soggetti normali e sulla durata della vita negli iper o ipotési.

Abbiamo già in un precedente prospetto esposti, secondo le cifre più attendibili, i valori della Mx e della Mn ritenuti normali o deviati (cifre di allarme); dobbiamo ora stabilire quali sono i dati della Pd più comunemente accettati come base di normalità in soggetti sani.

Le cifre proposte in tal senso sono principalmente le seguenti:

1) Pd = da 40 a 50 mm. Hg.

2) Pd = da 36 a 48 mm. Hg. con cifra media indice di 42.

I valori di questa seconda formula sono stati ottenuti da SCHMITZ, il quale, utilizzando i dati ricavati da HUNTER dalla misurazione della pressione arteriosa di oltre mezzo milione di individui americani sani, giunse alla conclusione che i valori della Mx, Mn e Pd sono tra loro proporzionali come le cifre 3:2:1, e che la cifra media indice della Pd è di 42 mm., ammettendo peraltro che nei soggetti sani si possono avere delle oscillazioni entro i limiti di 1/7 in meno o in più, e cioè da 36 a 48.

Se ora rivolgiamo l'attenzione al comportamento della Pd nel campo patologico, dobbiamo subito osservare che il suo valore « ideale » (cioè il valore che indichi le migliori condizioni di equilibrio vascolare per questa o per quella determinata alterazione pressoria), il quale deve nei soggetti sani ritenersi e mantenersi costante in rapporto al valore della Mx, non può più essere desunto dall'applicazione delle predette formule. Se, infatti, per es. volessimo prendere in considerazione la formula sfigmomanometrica: $\frac{Mx}{Mn} = \frac{160}{110}$ e stabilire se la Pd « reale » sia o meno indice di buon equilibrio vascolare, troveremo che, applicando la formula Schmitz, potrebbe ammettersi come normale una Pd di 48, ed applicando la 1ª formula una Pd di 50, cioè valori coincidenti o

quasi con quello effettivo; il che sarebbe in netto contrasto con il caratteristico e riconosciuto aspetto patologico convergente dei valori M_x e M_n .

Pertanto le predette formule, se possono essere ritenute valide per la valutazione della P_d in soggetti sani e se, talora, dal raffronto con la P_d in esame, possono indicare soltanto in senso generico una alterazione pressoria differenziale, non possono essere adottate per la determinazione della P_d ritenuta indice di buon equilibrio vascolare in casi patologici.

Per quanto riguarda poi lo studio dell'equilibrio tra pressione circolatoria e pressione differenziale lo SCHMITZ faceva notare che nei soggetti sani il rapporto $H:P_d$, cioè fra l'altezza della pressione ($H = M_x + M_n$) e la pressione differenziale, è pressochè costante e corrisponde presso a poco a 5, ammettendo che tale rapporto, con un limite di tolleranza di $1/7$ in più o in meno, deve oscillare nelle persone sane tra 4,15 e 5,55 e che le deviazioni da tali limiti valgono a denotare l'esistenza di disturbi dell'equilibrio.

Tale asserzione peraltro va accolta con qualche riserva, poichè, se essa deve ritenersi valida per la maggior parte dei casi, può talora dimostrarsi fallace; se infatti si prendesse in considerazione la formula sfigmomanometrica: $\frac{120}{70}$ che frequentemente può osservarsi in persone del tutto sane, e si applicasse il predetto sistema si otterrebbe quale rapporto un valore di 3,8 e cioè una cifra deviata dai limiti fissati e che pertanto dovrebbe essere indice di una inesistente alterazione dell'equilibrio.

D'altra parte il suddetto A. attribuisce alle deviazioni del rapporto un valore di segnale di eventuali condizioni morbose dell'apparato circolatorio, e cioè di uno squilibrio nei confronti dell'equilibrio

dei normotesi, mentre nella patologia della pressione arteriosa è necessario conoscere anche presumibilmente quali sono le deviazioni da quell'equilibrio tra M_x ed M_n , che, raggiunto in condizioni patologiche (e quindi non più equivalente a quello del normoteso), possa ritenersi come l'espressione della migliore concordanza e del più favorevole adattamento dei valori pressori. Lo studio delle deviazioni, inteso in tal senso, avrebbe un notevole valore prognostico, poichè negli individui affetti dalla stessa malattia l'equilibrio vascolare rappresenta un elemento prognostico meno grave di una rottura dell'equilibrio, tenendo presente che, a rottura avvenuta, lo squilibrio convergente deve essere giudicato più severamente di quello divergente.

Occorrerebbe, pertanto, adottare un sistema più semplice e più pratico, che, nello stesso tempo e con eguale attendibilità, permettesse la valutazione della P_d « ideale » tanto nei soggetti sani che in quelli affetti da alterazioni pressorie. A tale scopo ritengo di poter proporre il sistema di dedurre la P_d sottraendo dal valore della M_x quello della M_n , calcolato secondo la formula di Lian ($M_n = \frac{M_x}{2} + 10$ o 20), e cioè:

$$P_d \text{ (« ideale »)} = M_x - \left(\frac{M_x}{2} + 10 \text{ o } 20 \right)$$

Se infatti applichiamo il predetto sistema ad alcuni più conosciuti tipi di formule sfigmomanometriche otteniamo i risultati indicati nel prospetto della pagina seguente.

Dall'osservazione del prospetto si può desumere che il carattere patologico dell'alterazione pressoria è valutato sulla base dei valori della M_x e della M_n e che la rottura dell'equilibrio vascolare è dimostrata dagli scostamenti in aumento o in diminuzione della P_d reale da quella « ideale » con cifre superiori a 10, precedute dal segno + (indice di di-

Formule sfigmomanometriche	Tipi nosologici	Pd « reale »	Pd « ideale »	Scostamenti della Pd « reale »	Significato clinico della pressione arteriosa
$\frac{120}{80}$	Soggetto sano	40	40 o 50	0 o -10	Fisiologico con equilibrio vascolare
$\frac{200}{80}$	Insufficienza aortica (tipo Hodgson)	120	80 o 90	+40 o +30	Patologico con squilibrio vascol. divergente
$\frac{220}{120}$	Ipertensione essenziale	100	90 o 100	+10 o 0	Patologico con equilibrio vascolare
$\frac{130}{100}$	Iposistolia	30	45 o 50	-15 o -25	Patologico con squilibrio vascolare convergente
$\frac{100}{70}$	Angioipotonia costituzionale	30	30 o 40	0 o -10	Patologico con equilibrio vascolare

vergenza) o dal segno — (indice di convergenza). Bisogna peraltro aggiungere che il calcolo della Pd con tale sistema non dà alcun affidamento nel caso di cifre di Mx inferiori a 100, il che praticamente non risulta dannoso, considerando che tali cifre rarissimamente si riscontrano nelle comuni osservazioni e specialmente in A. V.

Indichiamo nel quadro seguente i presumibili valori equilibrati della Mx in rapporto alle diverse cifre della Mn, desunti con l'applicazione del suddetto metodo :

70	100-120	105	170-190
75	110-130	110	180-200
80	120-140	115	190-210
85	130-150	120	200-220
90	140-160	125	210-230
95	150-170	130	220-240
100	160-180		

* * *

Numerosi, complessi e non del tutto noti sono i fattori, fisiologici o patologici, che possono provocare modificazioni della pressione arteriosa. Nonostante le ricerche più minuziose e le conclusioni più disparate dei clinici, dei fisiologi e degli anatomo-patologi, il problema etio-patogenetico delle alterazioni della pressione arteriosa è tuttora, se

non del tutto insoluto, ancora incerto ed oscuro. Se si escludono infatti alcune entità morbose, dovute ad alterazioni anatomiche (insufficienza aortica, insufficienza miocardica, aortite, arteriosclerosi) o ad improvvise e notevoli diminuzioni della massa sanguigna (emorragie), delle quali è ben conosciuto il meccanismo determinativo, nulla di preciso e di definitivo si può dire sulle cause e sulle modalità d'insorgenza del fenomeno ipertensivo e di quello ipotensivo, siano essi a carattere idiopatico che a carattere sintomatico.

Comunque è generalmente ammesso che il meccanismo di regolazione della pressione arteriosa è presieduto dal sistema nervoso vegetativo, e particolarmente per tramite dei centri vasomotori, dei nervi vasomotori e dei nervi depressori.

I centri vasomotori, classificati per ordine di importanza, sarebbero: i diencefalici e bulbari, gli spinali, i gangliari periferici ed infine i corticali, i quali ultimi, non da tutti ammessi, sarebbero particolarmente soggetti alle influenze psichiche.

Tra i nervi vasomotori grande importanza assumono quelli che dominano il vasto territorio vascolare dello splancnico.

In quanto ai nervi cosiddetti depressori, dei quali è stata sperimentalmente accertata l'influenza centripeta ipotensiva, se ne conoscono due: il nervo di CYON-LUDVIG che, compreso nel nervo pneumogastrico, sarebbe, secondo le ricerche di KÖSTER, di TSCHERMAK e di altri AA., in rapporto solo col tratto iniziale dell'aorta, ed il nervo seno-carotideo di HERING, che è una branca del glossofaringeo che, attraverso il plesso del globo carotideo, contrae ampie anastomosi col vago e col simpatico.

Non altrettanto concordi ed attendibili sono finora le vedute dei vari autori per stabilire con precisa sicurezza dove, come e da che le predette sezioni del S.N.V. vengono influenzate nei perturbamenti pressori; si ammette infatti genericamente che questa o quella zona vasoregolatrice verrebbero, per via diretta o per via riflessa, sensibilizzate da impulsi, a carattere eccitomotorio od inibitorio, derivanti dall'azione unica o combinata di influenze nervose, ormonali, chimico-fisiche o tossiche.

Questa incertezza etio-patogenetica non esclude peraltro la possibilità di affermare che la risultante patogenetica terminale che conduce alle alterazioni della pressione arteriosa è costituita principalmente da una costrizione o da una dilatazione delle arteriole di un vasto distretto vascolare e da una iper o ipocinesia sistolica, tenendo presente che il fattore miocardico, il quale di solito accompagna sempre ed in varia misura i fenomeni vasospastici e vasoparalitici, può anche sussistere isolatamente.

Le modificazioni della pressione arteriosa possono essere costituite da:

1) *aumenti transitori*, come negli sforzi muscolari, eccitazioni psichiche, periodo premenstruale, gravidanza, puerperio, emicranie, stati neurastenici, coliche saturnine, crisi tabetiche, eclampsia gravidica, convulsioni epilettiche, etili-

simo acuto, crisi vasali generali, angina pectoris, periodo labile o iniziale dell'ipertensione essenziale, ecc.;

2) *aumenti permanenti*, come nella menopausa, iperglobulia, morbo di FLAIANI-BASEDOW, saturnismo cronico, insufficienza aortica, dispnea cronica, ipertensione essenziale, angiopatie arteriosclerotiche o luetiche, glomerulo-nefriti diffuse a tipo sub-acuto o cronico, nefrosclerosi, ecc.;

3) *diminuzioni transitorie*, come in alcuni stati neurastenici, malattie infettive acute, intossicazioni, emorragie, coma diabetico, choc anafilattico o traumatico, delirio, ecc.;

4) *diminuzioni permanenti*, come nell'iposistolia, alcuni vizi di cuore, morbo di Addison, malattie croniche cachetizzanti, angioipotonia costituzionale, ecc.

Questa prima, generica distinzione, la quale non deve essere ignorata o trascurata dal medico, può essere semplificata dalla suddivisione delle modificazioni pressorie in due gruppi: ipertensioni ed ipotensioni. Se, infine, passiamo ad osservare in ciascuno di questi gruppi il comportamento dei singoli valori della pressione arteriosa, dobbiamo rilevare che le modificazioni possono manifestarsi a carico di uno o di entrambi i valori, determinando dei particolari tipi sfigmomanometrici che rivelano o un'alterazione pressoria isolata (iper o ipotensioni massimali o minimali) o un'alterazione completa (iper o ipotensioni globali).

E' opportuno inoltre tener presente, come abbiamo precedentemente scritto, che i fattori patogenetici terminali che influenzano la pressione arteriosa sono principalmente due, e cioè una iper o ipocinesia sistolica per la Mx ed una arterocostrizione o una arterodilatazione per la Mn.

Tenendo conto dei suddetti dati ed

aumento dell'energia contrattile miocardica; in tal caso l'ipercinesia miocardica, in assenza di difetti meccanici circolatori, è primitiva, ed è rivelata dal constatato aumento della gittata sistolica (fino a 80 cc.), il che fa supporre che essa sia l'espressione di una accresciuta eccitabilità inotropica miocardica.

L'ipercinesia sistolica è invece secondaria nelle altre affezioni morbose indicate nel precedente prospetto, ove la maggiore attività contrattile del miocardio è sollecitata a compensare le deficienze meccaniche del circolo; ciò vale anche nel caso delle aortiti, nelle quali le lesioni degenerative, oltre ad eliminare le influenze ipotensive del nervo depressore di Cyon, sopprimono la funzione retrattile del mantice aortico, annullando l'importante azione motoria consensuale sulla progressione dell'onda sanguigna.

Nelle ipertensioni complete invece il fattore predominante è la costrizione delle arteriole, la quale causa l'innalzamento della Mn, mentre l'ipercinesia sistolica ha in ogni caso un carattere compensativo e secondario al grave ostacolo periferico vasale.

In quanto alle ipotensioni i meccanismi di produzione dei diversi tipi sono riferibili ad alterazioni dinamiche o anatomiche delle varie sezioni dell'apparato cardio-vascolare.

Da quanto siamo via via venuti esponendo possiamo trarre la conclusione che la ricerca dei valori della pressione arteriosa ha importanza grandissima in A. V., poichè i dati manometrici non solo concorrono con i reperti dell'esame clinico e delle indagini sussidiarie a convalidare una conclusione diagnostica, ma possono talora da soli rappresentare un ausilio preziosissimo che conduca alla scoperta di un quadro morboso insospettato o spinga il medico esaminatore ad approfondire un esame obiettivo su-

perficiale o in primo tempo apparentemente negativo.

ZUSAMMENFASSUNG. — *Nachdem er die von anderen Verfasser festgestellten Ziffern und die eigenen Ergebnisse berichtet hat, prüft der V. die Bedeutung der verschiedenen Blutdrucksdaten.*

BIBLIOGRAFIA

- Dalle istruzioni ai fiduciari della New-York Life Insurance Co. — « L'Assistenza Sanitaria », n. 3, 1933.
- GALLI G., *L'ipertensione: prognosi e cura.* — « Rassegna Clinico-Scientifica », n. 9, 1938, Milano.
- GALLI W., *Alcuni criteri per l'esame e la prognosi della circolazione sanguigna negli assicurandi sulla V.* — « L'Assistenza Sanitaria », n. 4, 1933.
- GREPPI E., *In tema di ipertensioni associate.* — « Rassegna Clinico-Scientifica », n. 4, 1940, Milano.
- KAEWEL R., *I valori della pressione sistolica secondo le indagini dei medici fiduciari di A. V. in Germania.* — « L'Assistenza Sanitaria », n. 5, 1940.
- KÜLBS F., *La pressione sanguigna.* — Vol. II del « Trattato di Medicina Interna » di Mohr e Staehelin, Soc. Edit. Libr., Milano, 1923.
- LUSTIG e GALEOTTI, *Trattato di Patologia Generale.* — Soc. Edit. Libr., Milano, 1924.
- MAY E. e OLIVIER J., *La prognosi dell'ipertensione arteriosa.* — « L'Assistenza Sanitaria », 1935, n. 4.
- MACKENZIE J., *Principi di diagnosi e cura delle malattie del cuore.* — Soc. Editr. Libr., Milano, 1926.
- MELDOLESI G., *Cuore e Vasi.* — « Trattato di Diagnostica Funzionale », Pubblicazione A. Wassermann, Milano, 1941.
- SECHER K., *Ipertensione (IX Relazione, 2ª parte).* — « L'Assistenza Sanitaria », 1939, n. 3.
- SCHMITZ K. L., *Valutazione dei dati sulla pressione sanguigna.* — « L'Assistenza Sanitaria », 1936, n. 5.
- STARNA A., *La pressione minima o diastolica.* — « L'Assistenza Sanitaria », 1933, n. 5.
- SULTANO A., *La pressione arteriosa e le sue alterazioni.* — « L'Assistenza Sanitaria », 1939, n. 4.
- ZOIA L., *Sull'ipertensione arteriosa.* — « La Medicina Internazionale », Milano, 1933, n. 10.

Qualche considerazione sulla nostra indagine statistica della pressione

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

Nel terminare la pubblicazione dei lavori e delle tabelle compilati dai nostri Medici dei Centri non possiamo esimerci da alcune brevi considerazioni generali e da qualche conclusione che fin d'ora se ne può trarre. Naturalmente bisogna tener presente che in tali indagini vi può essere stata una qualche differenza nel rilievo individuale eseguito dal medico, così pure può presumersi che esistano delle variazioni regionali etniche; tuttavia in linea generale possiamo dire che l'indagine si è svolta secondo il metodo che è stato adottato da KAEVEL.

Questo A. infatti non ha voluto procedere a selezione di alcun genere e perciò soggetti tarati per nefropatie, cardiopatie e sani, o apparentemente tali sono stati esaminati nel loro complesso tenendo presente soltanto l'età dell'esaminando. Ugualmente hanno proceduto le indagini praticate presso i vari Centri dell'I.N.A. come risulta ad esempio dalla illustrazione fatta da alcuni Centri come Milano e Trieste. Tale modo di procedere va tenuto presente perchè così veniamo a determinare la media della pressione nelle varie età di tutti i soggetti venuti a noi, sia per visita di assicurazione che per il collaudo della salute, tra i quali ultimi non sono rari individui con tare iniziali. In tal modo i nostri risultati non possono costituire un mezzo per ricercare l'indice pressorio fisiologico delle varie età.

In proposito è bene tener presente che, allo stato attuale delle nostre cognizioni scientifiche, dobbiamo ritenere

arbitrario che esista per tutti gli individui di una determinata età una pressione normale circoscritta in limiti molto angusti. La scarsa efficacia dei metodi terapeutici che si sforzano di far discendere la ipertensione per il pericolo che essa costituisce, ottenendo un effetto soltanto temporaneo, sta a dimostrarci come ogni organismo abbia un proprio equilibrio pressorio il cui meccanismo fisiogenetico ci sfugge nella sua complessa essenza.

La stessa pressione, mentre da alcuni AA., quali il GALLAVARDIN, venne interpretata come effetto della forza ventricolare, da VAQUEZ e dalla sua scuola essa è stata intesa come espressione della forza di retrazione vascolare alla onda idrostatica centrifuga. A tali concetti, esclusivamente meccanici, l'endocrinologia ha sostituito un concetto più vasto di correlazioni ormoniche, espressione più completa dei primi accertamenti della scuola di VAQUEZ sulla iper-adrenalinemia, concetto completato successivamente dalle cognizioni del tono simpatico ai fini della regolazione del lume di tutto il vasto torrente circolatorio.

Senza soffermarci sopra queste teorie neuro-ormonali oggigiorno dobbiamo essere cauti circa il noto presupposto che ogni ipertensione debba ritenersi di origine arteriosclerotica. BASTAI e DOGLIOTTI recentemente hanno potuto riscontrare che l'invecchiamento biologico dell'organismo avviene non già per opera dell'arteriosclerosi a carico dei vasi di grande e medio calibro, ma tale fenomeno sarebbe secondario ad altera-

zioni circolatorie di natura fisico-chimica che si riscontrano a carico dell'endotelio dei capillari.

Questi ultimi, che adempiono l'alta funzione di regolare il ricambio organico, diverrebbero poco permeabili, tortuosi e verrebbero ad ostacolare il ricambio stesso portando fatalmente ad una involuzione sclerotica dei tessuti ed in certo grado anche dei parenchimi. Si comprende come questo ostacolo alla funzione endoteliale determini un aumento della pressione che in certi limiti riesce a compensare la diminuita capacità specifica dializzante dell'endotelio nella funzione di disintossicazione organica. Se volessimo avanzare un paragone con l'apparato respiratorio dovremmo dire che tale reazione vegetativa ipertensiva equivale fisiologicamente alla dispnea.

Che il sangue dell'iperteso possieda sostanze stimolanti vaso-attive è stato dimostrato dall'esperienza di BERNAL che il DEL PIANO riferisce. A noi interessa solo ricordare che queste sostanze sono oggi ritenute di origine renale secondo la ben nota teoria di VOLHARD; ma la loro azione sarebbe indiretta, in quanto esse agirebbero attraverso uno stimolo ormonico complesso di correlazione surreno-ipofisario. Precisamente per tale ragione non possiamo più definire i limiti che separano il soggetto fisiologicamente sano da quello in condizioni di morbosità latente in quanto

non soltanto viene a mancare l'albuminuria, ma anche ogni accertabile deficienza della capacità funzionale renale secondo i mezzi di cui attualmente disponiamo.

Pertanto queste indagini statistiche sono limitate ad indicare la pressione riscontrata e nulla ci dicono circa il loro valore fisiologico. Comunque noi crediamo che sarebbe indispensabile, per determinare cifre utili, specificare nelle conclusioni delle indagini il sesso del soggetto, il decubito, l'orario in cui è stata eseguita la misurazione, e l'apparecchio usato che presso l'I.N.A. è l'Erkameter. Un'altro elemento importante per determinare il valore di una pressione è il raffronto con la costituzione del soggetto; tale raffronto è stato eseguito dai nostri Centri soltanto nell'indagine di Napoli la quale però ha considerato soltanto alcuni gruppi di età e pertanto non l'abbiamo potuta inserire nelle nostre tabelle riassuntive. D'altra parte si comprende come non sarebbe giusto attribuire la causa della ipertensione, ad esempio, alla corpulenza del soggetto; ma dovremo ritenere che entrambe queste tare sono state determinate da una unica causa, la costituzione pletorica.

Ma anche in mancanza di questi casi, le misure esposte ed illustrate dai nostri colleghi si prestano a qualche rilievo di speciale evidenza. Nella Tab. I abbiamo raccolto le pressioni Mx. e Mn. per le età estreme esaminate secondo è risultato

TABELLA 1.

CITTÀ	Gruppi di età				Scarto quadratico medio				Casi esaminati	
	20-25		55-60		20-25		55-60		20-25	25-60
	Mass.	Min.	Mass.	Min.	Mass.	Min.	Mass.	Min.		
Milano . . .	123	77	148	92	9,8	6,5	19,2	10,6	184	179
Torino . . .	126	73	130	91	—	—	—	—	109	97
Trieste . . .	123	71	157	96	9,6	8,45	29,9	14,2	101	93

Pressione	PROVINCE	GRUPPI DI ETÀ								Casi esaminati
		20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	
Massima	Milano	123	127	129	130	132	137	136	148	2.219
	Torino	126	126	128	131	135	140	141	130	2.024
	Trieste	123	125	127	132	142	144	149	152	1.000
	Ancona	124	124	128	129	134	142	142	132	813
	Bologna	123	127	126	131	142	147	154	157	505
	Catanzaro . . .	120	125	128	129	130	135	137	137	432
	Asti	126	127	130	132	138	147	147	146	248
Minima	Milano	77	79	81	83	85	87	90	92	2.219
	Torino	73	78	79	81	83	86	89	91	2.024
	Trieste	71	81	83	85	90	92	94	96	1.000
	Ancona	76	78	80	81	81	88	87	88	813
	Bologna	74	78	79	80	89	91	94	96	505
	Catanzaro . . .	74	75	75	78	79	82	84	83	432
	Asti	68	72	74	74	78	77	82	81	248

dalle indagini quantitativamente più ricche eseguite dai nostri Centri. Orbene risulta evidente che col passare degli anni i valori della pressione aumentano sempre; tale fatto è evidente per la Mx ed è più accentuato nelle indagini nelle quali vennero anche considerati soggetti patologicamente ipertesi (Milano e Trieste).

Anche gli scarti quadratici medi si vanno facendo più alti con l'avanzare dell'età e la Mx, che rappresenta l'indice più sensibile e facilmente determinabile, lo denuncia in grado maggiore. Si ha la impressione che pur avendo quasi tutti i soggetti una pressione nella prima giovinezza ad un dipresso uguale, col trascorrere del tempo entrino in azione le tendenze costituzionali della maturità, gli effetti delle abitudini di vita, dell'alimentazione, delle infezioni croniche per cui tali valori vengono alterati in modo

diverso e si fanno comparativamente sempre più divergenti. Come la rosa formata dai piombini del fucile da caccia è tanto più larga, quanto più ci si allontana dalla bocca dell'arma; così l'età fa divergere le pressioni (scarto quadratico medio), pur essendo tutte tendenzialmente dirette all'aumento.

Questo aumento viene gradualmente seguito nella Tavola 2 diviso per gruppi d'età e separatamente per la Mx e per la Mn secondo i valori riscontrati dai singoli Centri. Uno solo di questi, Torino, denuncia nel gruppo più anziano del periodo di osservazione un aumento di soli 4 mm., mentre altri come per Bologna, l'incremento raggiunge ben 35 mm.; in media esso è di 20 mm. Più esattamente si riscontra che nei primi quattro quinquenni nei gruppi di età esaminati l'aumento è lieve; dopo i 49 anni si fa più accentuato.

In confronto con l'indagine di KAEVEL che riscontra un aumento nel gruppo più anziano di soli 13 mm. rispetto al più giovane, i valori osservati presso i nostri assicurati risultano notevolmente maggiori, fatta eccezione per Ancona. Tale andamento potrebbe in parte esser dovuto ad una certa senilità presso le nostre popolazioni latine (più precoci nello sviluppo e nella maturità), anticipata relativamente alla razza nordica che è quella presa in considerazione dal KAEVEL. Non possiamo però escludere che siano frequenti, tra i soggetti di una certa età esaminati dai Centri, individui portatori di morbosità latente o dichiarata e giunti alla nostra visita per richiedere consiglio di carattere dietetico terapeutico.

Quanto alla Mn l'aumento dei valori riscontrato si presenta distribuito uniformemente per tutti i gruppi di età e si fa maggiore con essa, altre deduzioni in merito a tale cifra non è possibile fare, data la non facile determinazione esatta di essa e pertanto di relativa esiguità dei soggetti esaminati.

Da quanto siamo venuti illustrando risulta confermata la diversità dei valori circa la pressione arteriosa nelle varie età e pertanto è consigliabile di valutare ai fini assicurativi una stessa pressione, ad esempio di 140 mm., diversamente a seconda si tratti di un giovane o di una

persona di età. In altri termini la pressione arteriosa rientra nella valutazione di quella che il ROMANELLI, con felice espressione, chiama età biologica.

Ai fini pratici immediati pertanto è buona norma per il medico di assicurazione distinguere nella valutazione pressoria due gruppi di età a seconda si tratti di soggetti che abbiano superato o meno i 40 anni di età; nel secondo caso la Mx da presumere normale potrebbe essere limitata entro i 140 mm. rispetto ai 150 abitualmente considerati normali per qualsiasi età. In tal modo si eviterebbe di assumere come normale un assicurando che all'età di 30 anni fosse portatore di una pressione di 150 mm., poichè la fisiopatologia ci dice come egli andrà con gli anni incontro ad un ulteriore aumento della pressione che è certamente di natura patologica.

Naturalmente solo gli ulteriori risultati sull'argomento permetteranno di meglio determinare la valutazione della pressione normale per grandi gruppi di età; la alta frequenza delle cause di morte per malattie dell'apparato cardiovascolare ci indica come la pressione offra sempre dei pericoli anche se essa, come abbiamo sopra accennato, possa riconoscere quali determinanti dell'aumento, nell'ordine di tempo, complessi fattori neuro-ormonici prima che si stabilisca la classica arteriosclerosi.

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 conoscereste mai.

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

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

Medicina legale delle Assicurazioni Vita

La psicogenesi del suicidio e sua valutazione agli effetti legali

Dr. ALBERTO STARNA

(Continuazione v. numero precedente)

Il BORRI così si esprime: « per ciò che concerne gli atti di postuma esecuzione (materia testamentaria) l'invalidazione eventuale di essi è subordinata alla raggiungibilità della prova di una vera e propria *insania mentis* anche contingente purchè sincrona alla manifestazione della volontà ». Successivamente il BORRI ammette anche una specie di inabilitazione per gli imbecilli ed i fatui ai quali in materia testamentaria riconosce la funzione di semplici vettori dell'asse ereditario, « ma non possa riconoscerli il diritto di deviare questo corso normale di corrente successiva verso linee secondarie o terziarie e, men che meno, verso terzi ».

Sempre sul problema della capacità a testare da parte del suicida TANZI e LUGARO ammettono la validità, tranne sia dimostrabile un grave delirio. Ugualmente in tal senso si esprimono MOGLIE e numerosi altri psichiatri in quanto l'atto del suicidio presenta molto spesso tutti gli attributi della decisione dopo riflessione in piena consapevolezza come di chi trovasi nella completa sanità mentale meno per quanto riguarda il campo ideo-affettivo della propria persona. Tutto ciò dimostra che gli attributi psicologici della capacità nel suicida offrono forse più della imputabilità, e meglio della responsabilità, una zona grigia indeterminata nella quale v'è ben poco di assoluto e molto di opinabile.

Anche GRASSO-BIONDI, trattando delle

basi biologiche per testare, di fronte al suicidio conviene nello stesso concetto confortato dai pareri espressi da medici-legali e dalla passata giurisprudenza (Corte di Cassazione 1899) la quale riconosceva la validità « non essendo il suicidio per se solo argomento di pazzia ». Qualche esempio nella recente giurisprudenza conferma lo stesso orientamento sebbene talvolta meno rigido.

Così le massime di una sentenza della Cassazione Civile del 2-III-37 (De Nicolò c. D'Ambra) si esprimono in tal modo; « Il suicidio del testatore non può essere assunto a causa di infermità idonea a produrre la nullità del testamento se non si ricolleggi ad uno stato di infermità mentale... la quale può essere totale o parziale purchè di tale gravità da annullare nel testatore la capacità di intendere e di volere ». In tal modo la capacità a testare viene assimilata agli stessi estremi della imputabilità (Art. 85 C. P.) nella quale v'è il riferimento cronologico « al momento in cui l'ha commesso ».

Ma altrove la nullità viene ricondotta alla sola pazzia come implicitamente afferma questa altra sentenza della C. di Appello di Napoli (Pilla *utrinque*) del 7-11-38 che dice: « la determinazione suicida, se è di per sè indice di minorata resistenza psichica, non importa tuttavia incapacità a testare quando non integri uno stato di monomania ossessionante e conducente alla interdizione ». Poichè

lendo all'art. 450 dell'attuale C. di Commercio che l'assicuratore viene liberato dall'obbligazione, oltrechè nei casi in cui la morte è effetto di condanna giudiziaria o di duello eseguito dall'assicurato, anche in caso di « suicidio volontario ». Con questa ultima specificazione la giurisprudenza è dovuta entrare in merito ad una indagine psicologica delicatissima.

Abbiamo già visto nel nostro schema dei componenti psicologici che la volontà è di fatto integra nella ipotesi IV e pertanto in tali casi l'Ente di assicurazione potrebbe invocare sempre l'articolo 450 C. di Comm.; ma la giurisprudenza molto spesso ha allargato il significato della parola « volontario » da quello inteso in senso comune ad un significato superiore, filosofico, richiedendo la perfetta coscienza del soggetto perchè possa essere invocato. Ma la coscienza dell'evento nel suicida ragionante è presente (V. Tavola sui componenti psicologici); soltanto all'analisi psicologica essa si deve presumere turbata; per tale fatto e invocando l'inscindibilità degli elementi della responsabilità si è ammessa quasi sempre nel suicida una volontà coatta e pertanto inficiata legalmente.

Tale trasposizione dal campo scientifico in quello legale ha creato una deplorabile confusione tra ciò che si intende usualmente e ciò che forma la coscienza e la volontà in psicologia. Per quest'ultima la prima di queste facoltà risulta abitualmente integra come dimostra la cura messa dal soggetto nell'esecuzione dell'atto, nel giustificare le proprie decisioni spesso a lungo meditate e come confermano le lettere dei suicidi ove si parla delle loro ultime volontà; la coscienza (Io) invece è fatalmente turbata in qualche componente.

I sostenitori delle responsabilità sostengono che da quelle stesse lettere ri-

sulta come il suicida abbia perduto la libera scelta di poter agire diversamente; egli è convinto che la sua determinazione è non solo la migliore ma l'unica possibile quasi non potesse agire diversamente. A costoro si può obiettare che allorquando è avvenuta la deliberazione la volontà non costituisce più niente altro che un istrumento esecutivo superiore; il perturbamento deve perciò ricercarsi nelle varie personalità che compongono la coscienza sulla quale si riverbera anche quella specie di sentimento che è la credenza personale.

Ciò non toglie che il suicida ragionante abbia perfetta nozione dell'evento (coscienza usuale) e agisca liberamente. Tali facoltà sono ritenute, come vedemmo, sufficienti per ammettere la capacità civile.

In senso strettamente legale pertanto l'art. 450 del C. di Comm. dovrebbe essere liberatorio per le evenienze da noi ipotizzate alla voce IV. Resterebbero invece coperti dall'assicurazione i casi che abbiamo ascrivito alle voci I, II e III. E' precisamente per tale scopo che, a nostro avviso, il legislatore ha specificato all'art. 450 escludendo il suicidio « volontario » dal rischio; *a contrariis* si deve presumere che il « suicidio involontario » limitatamente ai casi di disgrazia, delirio acuto o di malattia mentale propriamente detta, costituisca un rischio coperto dall'assicurazione.

L'interpretazione scientifica evidentemente deve riscontrare o comunque lasciar presumere una alterazione di alcune facoltà psichiche superiori in ogni suicida; da ciò si è inferito che il suicidio non sia volontario nel senso non solo scientifico; ma anche in quello comune della parola, ciò che è un evidente errore di raziocinio di assimilazione. Infatti a questo punto la qualifica di volontario diverrebbe un pleonasma nella disposizione legislativa, a meno che non

l'interdizione cui si fa riferimento (Art. 409 C. C. del L. I) è concessa solo in casi « di abituale infermità di mente » è evidente che tale non può dirsi che sia lo stato dell'ordinario suicida.

Quanto poi alla qualificata monomania ossessiva, pur senza speciale competenza psichiatrica, dobbiamo ritenere che con tale termine antiquato l'estensore ha forse voluto intendere una psicosi degenerativa del tipo ossessivo ed impulsivo (ZIVERI). Ma di fatto la psicosi ossessiva menzionata è caratterizzata dal riconoscimento dell'irrazionalità dei timori tra i quali è stato descritto anche il timore del suicidio (misofobia); tali forme non portano abitualmente alla consumazione dell'atto.

Si è anche parlato di monomania in forme di paranoia rudimentale (BIANCHI) nella quale naturalmente l'assimilazione della idea delirante determina una irresponsabilità assoluta. Senza ulteriormente dilungarci sulla forma clinica indicata possiamo concludere che la giurisprudenza ha di fatto limitato la incapacità a testare a forme psicasteniche gravi che comportano il ricovero manicomiale, ed ha considerato valido il testamento di persone tarate in minor grado od in modo intermittente.

A titolo di notizia storica merita infine di essere ricordato che l'art. 585 del C. Albertino stabiliva che il testamento del suicida era nullo, così pure lo stesso articolo sanzionava che alla salma fosse vietato concedere gli onori funebri. Una simile sanzione partiva però da un concetto assolutamente diverso da quello che a noi interessa; essa voleva essere la punizione per l'antisocialità dell'atto. Allo stesso criterio erano ispirati il divieto dei suffragi religiosi e nell'alto medio evo la confisca di beni, la sepoltura in speciali recinti ed in modo infamante come era in uso presso gli inglesi.

IL SUICIDIO NELLE ASSICURAZIONI. — Nel diritto commerciale il suicidio può presentarsi soltanto alla discussione nelle assicurazioni sulla vita e più raramente nell'assicurazione facoltativa infortuni. In simili casi invece della motivazione psicologica abituale, od insieme ad essa, può esistere da parte del soggetto il desiderio di far ottenere la liquidazione del capitale assicurativo al beneficiario, il quale è spesso un congiunto che ha già sofferto delle dissennatezze amministrative del suicida. Forse per questa ragione il PELLEGRINI qualifica tale suicidio come umanitario.

Simile giustificazione, che ricorda quella del ladro il quale si vantava di essere utile all'umanità mettendo in circolazione il denaro tesaurizzato, è socialmente anche più inconcepibile perchè in tale evidenza il suicida oltre che sfuggire ad ogni responsabilità legale della propria azione ed a provocare la perdita economica del suo personale lavoro, si ripromette di togliere alla collettività assicurata una quota della comune previdenza.

Il suicidio nell'assicurazione vita costituisce certamente il problema più arduo per la giurisprudenza commerciale alla stessa guisa della coppia suicidio-tentato suicidio in quella penale cui già facemmo riferimento. In entrambi i casi è la volontà dell'agente quella che deve determinare la conformazione dell'illecito con diversa responsabilità. Poichè il negozio assicurativo sulla vita è fondamentalmente diretto a cautelare l'individuo dall'evento fortuito o comunque, anche se certo, indeterminato nell'epoca e nelle modalità (assicurazione a vita intera); un contraente non può forzare deliberatamente questo evento che comporta un danno diretto per l'altro contraente.

La legislazione italiana del 1882 ha creduto di dirimere la questione stabi-

si volesse limitare questo significato al caso eccezionale, e non dimostrabile facilmente, del suicidio provocato e pre-determinato per il solo scopo di far lucrare un premio (LORDI e ILARDI), mentre tutti gli altri suicidi sarebbero qualificati involontari anche se la volontà era perfettamente integra.

Giustamente il PASANISI di fronte alle tate che si riscontrano nei precedenti del suicida in base alle perizie mediche retrospettive afferma che « se ciò dal punto di vista medico è esatto non lo è dal punto di vista legale », cioè tale constatazione non dovrebbe avere alcun effetto giuridico.

Ma la realtà è diversa nè certamente è facile provare che un suicida era perfettamente sano nel momento in cui commise l'atto; comunque argomentando per induzione ogni giudice finirà col convincersi che colui che si è ucciso non era normale, *deinde* suicidio involontario e conseguente copertura del rischio. Il suicidio involontario così inteso viene inoltre con un po' di buona volontà (ILARDI) assimilato ad un caso di morte accidentale, mentre psicologicamente si trova a grande distanza; lo scopo è evidentemente quello di rendere in tal modo liquidabile la polizza di un assicurato suicidatosi durante il periodo di carenza.

Una simile interpretazione potrebbe giungere a far annullare in pratica la clausola contrattuale della carenza di due anni per il rischio del suicidio, carenza stabilita legalmente per ordinanza del Ministero delle Corporazioni in ogni polizza di assicurazione sulla vita fin dal 1932. Sostiene infatti l'ILARDI con altri che tale clausola riguarderebbe solo l'ipotetico suicidio volontario premeditato poichè l'involontario rientrerebbe nel rischio fortuito ed ogni suicidio diverrebbe così liquidabile. In realtà la carenza vuol essere ed è (in quanto l'articolo 450 del Cod. di Comm. non costi-

tuisce norma di ordine pubblico, ma convenzione privata derogabile dalla volontà delle parti come ammette la giurisprudenza) limitazione alla liquidazione per un certo tempo; ma successivamente amplifica la liquidazione legale a tutti i suicidi.

Qualche società assicuratrice credette utile riservare nelle clausole la liberazione contrattuale allorché l'assicurato si fosse procurato « coscientemente » la morte, il che risulta ugualmente e più della volontà impossibile ad esser dimostrato. A conferma di ciò ecco la massima di una sentenza di Cassazione del 15-VII-1933 (« Phoenix » contro Zenon).

« La clausola di irresponsabilità stipulata in un contratto di assicurazione sulla vita per l'ipotesi di « morte datasi coscientemente », ha una portata diversa di quella « di suicidio volontario » di cui nell'art. 450 C. Comm.; per la prima il giudice è tenuto all'accertamento della cosciente esecuzione del gesto, che invece non occorre per la seconda, per la quale basta la sola volontarietà ».

« Pertanto stipulata nel contratto di assicurazione la prima delle suddette clausole, quando risulti che il suicidio, sebbene volontario, sia l'effetto di uno stato di incoscienza che abbia tolto all'assicurato la facoltà di valutare gli effetti del suo gesto, non può l'assicuratore sottrarsi all'obbligo assunto, e il relativo apprezzamento da parte del giudice di merito è incensurabile in Cassazione ».

Altre volte il Tribunale superando la forma della legge che parla di volontà ha preteso, per ammettere la liberazione dell'assicuratore, che fosse integra la coscienza e libera la volontà del suicida, requisiti che sebbene empiricamente possibili non possono coesistere nel suicida come risulta dall'indagine psicologica. In tal senso si esprime la seguente massima del tribunale di Milano (Sez. VIII

26-2-1934 - Franchini contro « l'Abeille »: « Pattuita la inefficacia di un contratto di A. V. nel caso che l'assicurato « si dia volontariamente la morte » questa ipotesi ricorre quando l'assicurato, nel momento di togliersi la vita, non solo ha la piena coscienza dell'atto che sta per compiere e delle sue letali conseguenze, ma ha inoltre la volontà libera in quel momento di compiere o di non compiere l'atto stesso. Alla stregua di tale principio deve ritenersi non volontario il suicidio dell'assicurato che, in istato di profonda depressione fisica e psichica e non scorgendo altra via di scampo, si toglie la vita per sottrarsi alle disastrose e disonorevoli conseguenze di errori commessi ».

Quindi secondo la giurisprudenza perchè un suicidio venga qualificato volontario deve esser commesso in stato di dimostrabile serenità se non proprio di letizia. Una recente sentenza della C. di Appello di Milano del 17-V-39 (Leva c. Comp. di Milano) dichiara ancora più esplicitamente: « Il suicidio avvenuto sotto l'influenza di un dolore, di una passione, di un turbamento invincibile cui il suicida non poteva resistere, non può ritenersi volontario perchè la volontà non era libera ».

Altri giuristi ritengono che il suicidio dovrebbe essere giuridicamente qualificato volontario quando concorrano gli estremi dell'imputabilità come ritiene il FANELLI conformemente a quanto abbiamo visto sentenziato dalla Suprema Corte circa le capacità a testare (De Nicolò c. D'Ambra). Invece la giurisprudenza ha finito, a causa della qualifica « volontario » nell'art. 450 del C. di Comm., per impostare e risolvere la questione su basi che lo stesso FANELLI riconosce « essenzialmente psicologiche e filosofiche (si parla spesso di libero arbitrio) altamente opinabili ». Quello che a noi medici interessa è da un lato il rispetto del diritto naturale, dall'altro che il suicidio susseguente a debilitazione psichica grave, vero evento fortuito sopravvenuto, sia coperto dalla polizza come ogni altro rischio.

Orbene l'applicazione integrale dell'art. 450 qualora fosse intesa nel suo vero senso potrebbe fare escludere dal beneficio della liquidazione i casi dolorosi nei quali l'assicurato per fortuito evento abbia esaurita la propria capacità psicovolitiva di lottare nella vita e così menomato abbia deliberatamente posto fine ai suoi giorni. D'altra parte una interpretazione eccessivamente restrittiva

TAV. VIII.

Media annua dei suicidi verificatisi fra gli assicurati dell'I.N.A. divisi per periodo di carenza.
(1937-1938 O. C. V. M. - Uomini)

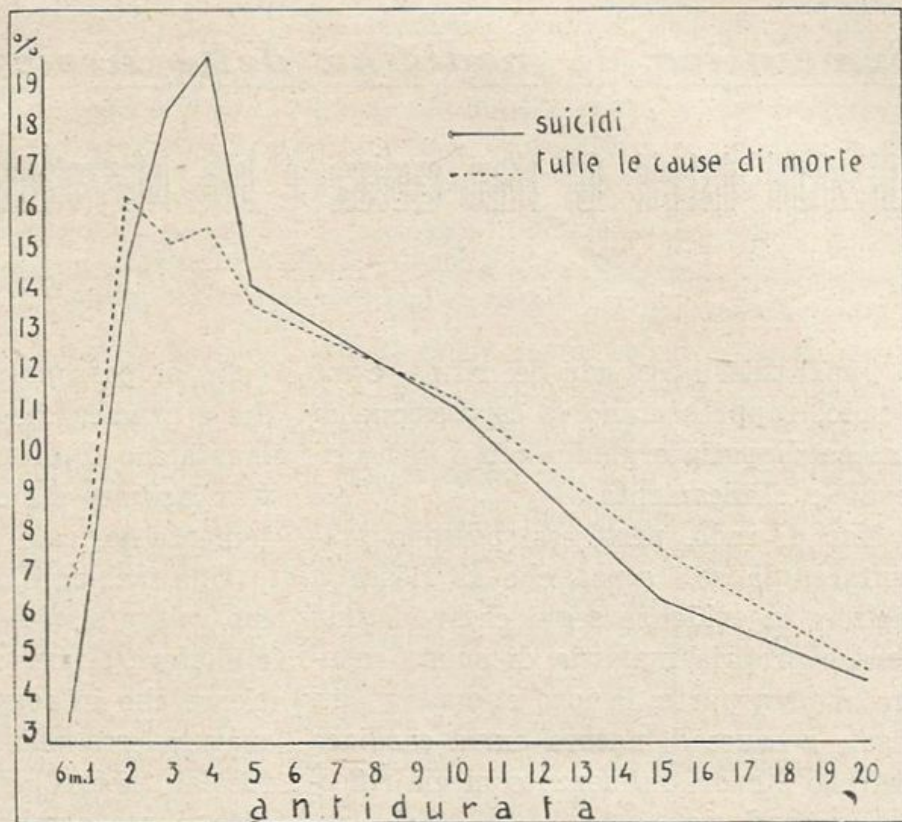
CARENZA in rapporto all'epoca dell'emissione della Polizza	A N T I D U R A T A							
	Da 0 a 6 mesi	Da 6 mesi a 1 anno	2° anno	3° anno	4° anno	5° anno	Dal 5° al 10°	Dal 10° al 15°
6 mesi (1930-1932) . . .	2	2,33	4,66	3,33	5,33	2,33	1,20	0,06
1 anno (1927-1929) . . .	1	0,66	5,33	7,33	4,66	5 —	2,40	0,46
2 anni (1933-1935) . . .	—	2 —	3 —	2,33	2,33	1 —	—	—

della liberazione nei riguardi dell'assicuratore rende oggi impossibile la dimostrazione della volontà suicida « qualificata » intendendo con ciò la premeditazione dell'atto fin dalla stipulazione del contratto.

Perciò opportunamente le società di assicurazione hanno preferito rinunciare all'indagine psicologica retrospettiva di dubbia possibilità riservandosi soltanto un periodo di carenza che, come abbiamo già ricordato, per ordinanza Ministeriale è stato portato a due anni. Anche le

Compagnie americane in seguito alle forti perdite verificatesi per suicidio durante la crisi del 1930-33 hanno come le altre Compagnie europee stabilito un periodo di carenza equivalente.

Si comprende facilmente come il suicidio premeditato ad epoca fissa abbia modeste possibilità di applicazione, la volontà in tale argomento non può mantenersi troppo a lungo tanto più che nel frattempo le cause di tale determinazione, quali i rovesci economici o l'avvilimento affettivo, hanno trovato una qualche soluzione ed un balsamo nel tempo trascorso. Comunque per accertare se esista questa premeditazione all'ingresso in assicurazione abbiamo esaminato i sinistri, che si sono verificati per tale causa presso gli assicurati dell'I. N. A. dal 1926 al 1938 distribuendoli



Graf. 5 — Distribuzione secondo l'antidurata dei sinistri entro 20 anni dall'assicurazione. (I.N.A. - Uomini C. V. M. 1926-38).

per antidurata dei contratti (vedi tavola 8).

Poichè le carenze contrattuali erano diverse, comprese tra sei mesi e due anni, potremo ritenere molto sospetti soltanto i suicidi verificatesi nell'anno che segue immediatamente il periodo di carenza. Come si vede in tale periodo i sinistri per suicidio sono in numero più ragguardevole; ma in parte si verificano già durante la carenza ed in parte quando essa è cessata da diverso tempo. Vediamo così che nei contratti con carenza di sei mesi il maggior numero dei suicidii si riscontra nel quarto anno con la media di 5,33; in quelli con carenza di un anno il massimo si verifica il terzo anno con 7,33 ed infine nei contratti con carenza di due anni il massimo si verifica durante il secondo anno di carenza.

(Continua).

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

Di alcuni disturbi del ritmo cardiaco e loro interpretazione nell'esame clinic

Dott. GIUSEPPE PAPETTI

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

Quasi tutti i disturbi del ritmo, come è noto, rappresentano la espressione di una cardiopatia organica più o meno rilevabile clinicamente.

Non di rado, però, essi possono presentarsi da soli senza che si riesca a mettere in evidenza segni chiari di una vera e propria malattia di cuore, mentre, d'altra parte, la loro etiopatogenesi risale a cause di natura extra cardiaca essendo il cuore influenzato in via riflessa o secondaria.

Ed appunto di questi e della loro interpretazione clinica intendo trattare brevemente prescindendo, quindi, da qualunque cardiopatia in qualunque modo accertata.

Per noi medici di assicurazione l'interpretazione esatta di tali disturbi del ritmo cardiaco si presenta sovente irta di gravi difficoltà in quanto solo in via eccezionale ci è consentito di servirci dello ausilio diagnostico più prezioso in questo campo, cioè dell'elettrocardiogramma; nè, per evidenti motivi, viene a soccorrci, tolti pochi casi, il criterio anamnestico il quale pure riveste notevole importanza in alcune forme cliniche.

Dovremo, per tanto, utilizzare scrupolosamente e cautamente i rilievi obiettivi e quel poco che, solo di rado, l'Assicurando ci avrà fornito dei precedenti clinici.

Partendo dal concetto, accettato dai più, che la frequenza normale del polso a riposo si aggira intorno a settanta e diminuisce, in genere, con l'aumento del-

l'età, si possono avere delle « tachicardie e bradicardie semplici » in cui l'aumentata o diminuita frequenza del battito cardiaco sta con una azione completamente normale del cuore.

Una tachicardia semplice di scarsissimo valore si osserva nella pubertà o nel climaterio; non si deve, però, dimenticare che in soggetti giovani o nell'età matura essa può essere l'espressione di focolai tubercolari latenti, anche completamente afrebrili e che bisogna diligentemente ricercare, oppure di una forma di Basedow frusto che a tutta prima era sfuggito perchè a sintomatologia assai sfumata.

Tra le aritmie sinusali è di osservazione frequente negli adolescenti e nei giovani la aritmia respiratoria.

Questa, chiamata da MACHENZIE aritmia giovanile, consiste in una accelerazione inspiratoria del polso seguita da un rallentamento espiratorio; con la prima il polso si rimpiccolisce, con la seconda s'ingrandisce.

Tale disturbo deve essere considerato di scarso o nessun valore clinico; al più si potrà utilizzare come pietra di paragone, secondo il KULBS, per il riconoscimento di disturbi cardiaci nervosi, ma non deve essere confuso, come qualche volta si è fatto, con aritmie di valore prognostico assai più grande.

In casi dubbi sarà sufficiente invitare il soggetto a compiere ispirazioni ed espirazioni lente e profonde perchè le caratteristiche dell'aritmia respiratoria appaiano in maniera inconfondibile.

Tachicardie semplici si osservano nei tropici, negli operai che lavorano in ambienti surriscaldati, nella convalescenza di malattie acute febbrili ed in soggetti ipereccitabili specialmente giovani.

Secondo H. G. ARMSTRONG un polso frequente (97 circa) accoppiato a bassi valori della pressione arteriosa (Mx. 102 - Mn. 58) si riscontra in soggetti facili alle sincope, che svengono alla più piccola emozione e che, perciò, vanno considerati alla stregua di distonici neurovegetativi.

In presenza di una tachicardia semplice — come fa notare LEWIS — compaiono spesso dei rumori sistolici alla base o alla punta, con itto sovente più o meno diffuso, che non bisogna interpretare come segni di vizio valvolare o di ipertrofia cardiaca poichè si tratta di fatti in rapporto coll'aumentato lavoro del cuore e non con una lesione organica. Se vi è, però, l'associazione di tremori, vertigini, disturbi vasomotori, cardiopalmo e sensazioni di punture alla regione precordiale, si dovrà pensare ad una forma di neurosi cardiaca, bene inteso dopo avere escluso una cardiopatia organica (G. TIDOW).

Come le tachicardie anche le bradicardie semplici possono avere un significato completamente fisiologico: è noto che Napoleone aveva quaranta pulsazioni al minuto.

Un rallentamento della frequenza del polso senza significato clinico si nota nei giovani sportivi, in periodo di riposo, nelle puerpere, ecc.

Naturalmente non si dovrà interpretare come bradicardia un bigeminismo cardiaco in cui l'azione cardiaca ha effetto dinamico ad una pulsazione sì ed una no, come si dirà più oltre.

E' utile non dimenticare che rallentamenti del ritmo si possono avere in malattie del fegato anche senza ittero, nelle compressioni cerebrali ed in alcuni

avvelenamenti (tabacco, piombo, caffè ed autointossicazioni del ricambio); nei soggetti attempati, però, le malattie del fegato danno più spesso tachicardie che bradicardie.

Bradicardie di grande importanza clinica e specialmente prognostica sono quelle che riconoscono la loro causa in disturbi più o meno gravi della conduzione dello stimolo dal nodo del seno e da quello di Tawara, attraverso il fascio di His-Paladino, fino alle fibre cardiache.

Clinicamente tali disturbi si estrinsecano coi diversi gradi e colle diverse forme di « blocco cardiaco »; blocco seno-auricolare, quando l'interruzione della via di conduzione avviene tra il nodo di Keith e Flack ed orecchietta, blocco atrio-ventricolare (incompleto o completo) se il disturbo di conduzione risiede nel fascio di His, blocco delle branche del fascio di His se lo stimolo resta bloccato al livello di una delle branche del fascio stesso.

Come è noto, tutte le suddette forme di blocco dipendono da lesioni infiammatorie, acute o croniche, di natura reumatica, sifilitica, influenzale, difterica, pneumonica e da lesioni neoplastiche localizzate nel sistema specifico di conduzione oppure da alcune intossicazioni.

La loro diagnosi, senza l'aiuto dello elettrocardiogramma e senza quello anamnestico, è addirittura impossibile se si eccettua il blocco atrioventricolare completo, o dissociazione atrioventricolare, in cui si può sospettare od emettere la diagnosi con l'osservazione accurata del soggetto.

La dissociazione atrio-ventricolare, base di quell'entità clinica nota col nome di sindrome di Morgagni-Adams-Stokes o polso raro permanente, si manifesta con disordini accessionali sotto forma di attacchi epilettiformi o di semplici assenze psichiche, con contrazioni toniche e cloniche degli arti, perdita

della coscienza, viso e mucose cianotiche, polso raro fino a 30-20 pulsazioni o meno; gli attacchi generalmente di pochi minuti si risolvono il più delle volte lasciando il paziente ignaro di quanto è accaduto, ma possono essere seguiti da rapida morte.

Nei periodi intervallari permane quasi sempre una spiccata bradicardia.

Da quanto si è detto si comprende come sia importante, in presenza di un soggetto con 30-40 pulsazioni al minuto, lo stabilire se ci troviamo o no di fronte ad una dissociazione atrio-ventricolare.

Dovremo, innanzi tutto, cominciare con l'escludere un blocco di origine vagale perfettamente fisiologico; caratteristica di questo ultimo è quella di scomparire con iniezioni di atropina o di adrenalina, con l'inalazione di nitrato d'amile o coll'esercizio.

Non potendo servirci di altro ci gioveremo semplicemente dell'esercizio.

Di grande valore sarà l'osservazione delle odulazioni venose al collo: esse, rispecchiando le contrazioni delle orecchiette che nel blocco completo battono con un ritmo nodale indipendente dal ritmo dei ventricoli che è autonomo (idioventricolare), risulteranno assai più frequenti del polso radiale e dell'itto della punta. L'esame radioscopico potrà mettere in evidenza un'azione auricolare indipendente da quella ventricolare.

Anche la misurazione della pressione arteriosa potrà indirizzarci verso la diagnosi po'chè, come ha notato T. POSTELI, la dissociazione atrio-ventricolare comporta spesso una evidente eccedenza della pressione arteriosa differenziale. Tale sintomo, come è facile comprendere, va preso in considerazione dopo aver escluso tutte le altre malattie che lo presentano, come l'insufficienza aortica, l'ipertiroidismo, gli aneurismi arterovenosi e certi stati febbrili.

Ma la forma di aritmia che con maggior frequenza si riscontra nella pratica è, senza dubbio, l'aritmia extrasistolica la quale, come si sa, è costituita da una extracontrazione di tutto il cuore o dei soli ventricoli dovuta ad un extrastimolo originatosi in un punto qualsiasi del cuore stesso.

Si distinguono, perciò, delle extrasistoli auricolari, atrio-ventricolari e ventricolari a seconda dell'origine dell'extrastimolo; è ammessa anche una extrasistole sinusale.

Per la diagnosi è necessario fare nello stesso tempo l'ascoltazione del cuore e la palpazione del polso radiale. Al polso si avvertirà un'intermittenza o un piccolo battito seguito da una pausa più lunga delle precedenti (pausa compensatoria), mentre sul cuore si ascolterà un tono aggiunto, cioè un ritmo a tre tempi, seguito da una pausa compensatoria, oppure un doppio tono aggiunto, cioè un ritmo a quattro tempi, seguito sempre da una pausa compensatoria.

Ciò vuol dire che nel primo caso la extracontrazione, per essere stata troppo prematura e ravvicinata alla precedente contrazione normale, non è riuscita ad aprire le sigmoidi e, quindi, a provocare un'onda sfigmica mentre è stata sufficiente ad originare il tono aggiunto (extrasistole frusta); nel secondo caso, l'extrasistole è stata simile ad una contrazione normale sebbene più ravvicinata alla precedente ed ha prodotto, oltre all'onda sfigmica, anche due toni aggiunti. Quando ad ogni contrazione cardiaca normale o a due di esse segue un'extrasistole si avrà il ben noto bigeminismo o trigeminismo extrasistolico.

Secondo LEWIS, il significato prognostico dell'extrasistole, quando si sia esclusa una cardiopatia organica, « è così scarso da essere praticamente trascurabile ».

Infatti è noto come tale disturbo del ritmo sia frequente in giovani validi e completamente sani in conseguenza dell'abuso di tabacco, di caffè o di uno strappo fisico; come esso possa essere prodotto dall'aerogastria, dall'aerocolia e dalla posizione alta del diaframma in soggetti grassi; e come sovente è la semplice espressione di una ipereccitabilità nervosa.

D'altra parte la nozione, accettata dai più, che l'extrasistole notata durante il riposo e che scompare con l'esercizio è di origine puramente nervosa ci sarà di valido aiuto. Nei vecchi, però, la aritmia extrasistolica può segnare l'inizio di una degenerazione cardiaca e trasformarsi poi in aritmia completa.

A questo punto dovrei accennare alla tachicardia parossistica la quale non è altro che un susseguirsi accessionale di extrasistole in modo da dar luogo ad un battito cardiaco frequente (120-200) e ritmico, ma questa, appunto per il suo carattere di accessionalità rarissimamente sarà messa da noi in discussione; del resto la diagnosi non ne è difficile.

E' frequente, invece, l'osservazione di un altro dei disturbi del ritmo: l'aritmia completa.

Questa, comè è ormai certo, è dovuta alla fibrillazione auricolare, cioè a contrazioni rapide ma non valide delle orecchiette che non provocano vere sistole, ma dei movimenti finì, fibrillari, tremolanti del muscolo incapaci ad espellere il sangue dalle cavità; i ventricoli rispondono più o meno rapidamente e con irregolarità completa in quanto solo un piccolo numero delle frequentissime onde di eccitazione che circolano nelle orecchiette riesce a raggiungerli.

La fibrillazione auricolare può essere raramente parossistica; assai più spesso è permanente determinando una frequenza ventricolare che va da 100 a 140.

E' vero che si possono avere delle fre-

quenze assai inferiori fino al disotto di 90-80 al minuto: in questi casi, rari però, la diagnosi è particolarmente difficile senza l'aiuto strumentale mentre la prognosi è assai migliore essendo l'azione rapida dei ventricoli la causa prima della eventuale insufficienza.

D'altra parte la aritmia completa è sovente il primo segno dello scompenso in special modo in malati di stenosi mitralica nei quali — è importante non dimenticarlo — a causa della fibrillazione scompare il reperto acustico cioè il rumore presistolico.

Obbiettivamente il segno più importante è costituito dalla caratteristica rapidità ed irregolarità del polso, mentre i sintomi subbiettivi possono anche mancare del tutto.

Colla misurazione della pressione arteriosa, fissando la colonna di mercurio alquanto al disotto della massima, si può avere un criterio diagnostico di un certo valore osservando che le oscillazioni della colonna stessa variano continuamente di forza.

Un disturbo del ritmo molto più raro dell'aritmia completa ma simile ad essa nella patogenesi è il flutter auricolare.

Questo consiste in contrazioni assai rapide, ma regolari e ritmiche, delle orecchiette alle quali, a causa di un blocco di grado più o meno intenso corrisponde un numero di contrazioni ventricolari generalmente della metà o di un quarto (risposta due-uno, quattro-uno).

Come per l'aritmia completa si può avere un flutter parossistico, assai raro, ed un flutter permanente di osservazione più comune; parallelamente alla aritmia completa e per gli stessi motivi il primo si può considerare con maggiore ottimismo prognostico del secondo.

La frequenza del battito cardiaco del flutter si aggira tra i 130 ed i 160 al minuto ed ha la caratteristica di non

variare con l'esercizio; qualche volta, però, si può rallentare per pochi minuti comprimendo il seno carotideo.

Osservando dunque un polso di 130-160 al minuto, ritmico, che duri da tempo e che non si modifichi col riposo o con l'esercizio, si deve sempre pensare al flutter e formulare una prognosi assai severa.

Varie

Contributo statistico allo studio della etiopatogenesi e del decorso della angina pectoris

Dott. CORRADO CONFORTO

In questo ultimo decennio lo studio della Angina pectoris (Ag. Pec.) ha fatto nel campo diagnostico dei notevoli progressi, specialmente per i nuovi mezzi di indagine clinica quali l'elettrocardiografia e la radiologia. L'esame clinico, il solo che fino a qualche tempo era a disposizione del medico, aveva condotto a considerare questa malattia, come una sindrome dipendente da altre affezioni, e man mano che i clinici andavano perfezionando i loro mezzi di indagini, furono invocati i più disparati fattori come concomitanti o predisponenti alla Ag. Pec. Oggi, bisogna riconoscere, che malgrado il quadro anatomico patologico non sia ancora ben definito, questa affezione non può più essere considerata come una sindrome, ma è tendenza comune dei cardiologi a dare alla Ag. Pec. l'entità di una vera e propria malattia, con sintomatologia ben definita. Recenti studi, condotti con criterio clinico e anche statistico (Conner, Holt, Eppinger, Levine, Starna, Giannelli etc.) hanno dimostrato come questa affezione sia in notevole aumento e come, tra le malattie cardiovascolari, essa sia una delle più mortali. Agli effetti della medicina delle assicurazioni, lo studio della angina di petto assume a particolare importanza per le seguenti ragioni:

1) perchè sono colpite di questa malattia specialmente gli uomini, la cui mortalità è risultata più che doppia rispetto a quella verificatosi nel sesso femminile.

Concludendo queste mie brevi note, ripeterò che, sebbene in molti casi si possa arrivare alla diagnosi ed alla relativa prognosi con una accurata e minuziosa osservazione clinica, tuttavia, quando è possibile, non si dovrà mai trascurare l'osservazione elettrocardiografica per poter valutare esattamente un disturbo del ritmo cardiaco.

2) Perchè l'età più colpita tra i maschi è quella decorrente dai 45 ai 65 anni (Starna, Giannelli), gruppo di età che più incide in assicurazione.

3) Perchè le classi sociali più colpite di questa malattia sono proprio quelle che danno il maggiore contributo di assicurati. (Tav. 1).

4) Perchè come è stato recentemente dimostrato (Ass. San. ott. 41) il maggiore numero di morti tra gli assicurati è dato dalle malattie cardiovascolari, e tra questa una delle più frequenti e mortali è certamente la Ag. Pc. Infatti su 29500 sinistri dell'I.N.A., da me esaminati, ho riscontrato N. 779 morti di AG. PC.; in ragione del 2,73%. In quanto alla frequenza di mortalità rispetto alle altre malattie cardiovascolari è da notare che l'Ag. Pec occupa il I° posto come dimostra la tavola N. II.

L'analisi della tavola II° deve essere preceduta da alcune considerazioni di ordine generale, perchè potrebbe all'osservatore colpire il fatto, che i morti per arteriosclerosi sono al terzo posto rispetto a quelli della Ag. Pec., mentre, come è noto, nella popolazione civile, i morti di quest'ultima malattia sono inferiori a quella della arteriosclerosi, pur mostrando per certi anni lo stesso incremento. Bisogna però tenere presente che gli esposti al rischio di un istituto di assicurazioni non possono essere considerati come una parte della popolazione civile per le seguenti ragioni:

Percentuali a 100 morti di Angina pectoris per ogni singola categoria professionale

da 4,9 a 4	da 3,9 a 3	da 2,9 a 2	da 1,9 a 1
Professioni liberali	Industriali e commercianti	Argentieri e orefici	Venditori di derrate alimentari
Arti sanitarie	Commissionari e rappresentanti	Addetti all'arredamento	Falegnami
Ufficiali forze armate (terra, mare, aria)	Impiegati pubblici e privati	Addetti alle industrie poligrafiche	Macellai
		Altri corpi armati ed altri enti	Addetti alla lavorazione del latte e industrie alimentari
		Culto cattolico	Conciatori e pellai
		Insegnanti	Meccanici ed elettricisti
		Arti belle	Ceramisti e vetrai
		Proprietari benestanti	Addetti industria del vestiario, ecc.

1) Perchè rispetto alla popolazione civile gli esposti al rischio assicurativo hanno una composizione diversa, in quanto per 2/3 sono di sesso maschile.

2) Hanno anche una distribuzione diversa rispetto alle professioni (v. Tav. I.) con addensamento in alcune professioni intellettuali, mentre sono più scarsi in altre.

3) Perchè hanno diversa distribuzione in gruppi di età rispetto a quella civile in quanto l'addensamento maggiore si ha dai 30 ai 65 anni di età.

4) Perchè negli esposti al rischio agiscono tre specie di selezione: quella rispetto all'età, quella di ordine finanziario, e quella di ordine sanitario.

Per le ragioni anzi dette i dati statistici che ne risultano in nessun caso possono essere riferiti alla popolazione civile, ma solamente a gruppi di persone che hanno le stesse caratteristiche. Nel caso in specie vi è ancora da obiettare che i decessi per ar-

teriosclerosi, fra i sinistrati in esame, non sono sempre indicati con tale termine nosologico, ma molto spesso secondo quello dell'accidente terminale, mentre ciò non avviene nel caso della ag. pec. le cui complicazioni non sono tali da avere una entità nosologica vera e propria. Infine vi è da obiettare che al numero di decessi per arteriosclerosi, tra i sinistrati, manca in parte il numero dei decessi, riferibile ai morti per detta malattia al disopra dei 65 anni, numero trascurabile per ovvie ragioni tra gli esposti al rischio, ma notevole tra la popolazione civile. In conseguenza i risultati da me ricavati non corrispondono a quelli esposti dal Giannelli nella sua accurata indagine sulla mortalità per arteriosclerosi tra la popolazione civile. La tavola N. II. e il cartogramma N. I. mostrano come la mortalità per angina pec. sia molto notevole rispetto alle altre malattie di cardiovascolari, compresa la miocardite, per quanto nei

Frequenza delle malattie Cardio valvolari espresse in valori assoluti e percentuali rispetto a 3143 casi riscontrati su 28.000 sinistrati dell'I.N.A. in rapporto al 7,52 %.

Angina pectoris	Endocardite e vizi valvolari	Miocardite	Arteriosclerosi	Vizi valvolari aortici	Iperensione arteriosa	Aneurisma aortico
799	455	339	324	122	55	50
37,27	21,22	15,81	15,11	5,70	2,56	2,33

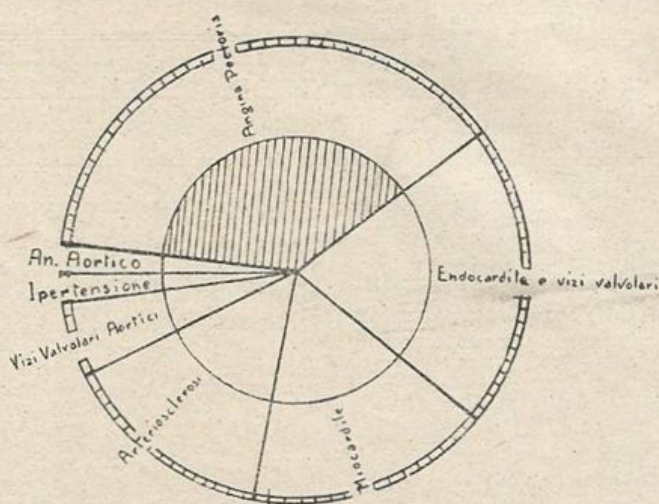
riguardi di quest'ultima si possa notare, come facilmente il medico la diagnostichi come episodio finale di malattie acute. Per quanto si riferisce all'aneurisma aortico mi riservo di comparare le morti improvvise per questa malattia con quelle della ag. pec. in un prossimo mio lavoro.

L'aumento della mortalità per ag. pec., notata anche in seno alla mortalità della popolazione civile, è stata variamente interpretata da clinici e statistici che hanno tentato di impostare, nel modo più confacente ai dati riscontrati, il problema patogenetico; cercando, in mancanza di un quadro anatomo patologico ben definito, di studiare quali sono le malattie concomitanti e anche predisponenti, che determinano tale malattia. Molti sono gli AA. che hanno finora trattato questo problema, ma la più completa esposizione si deve al VAQUEZ, che riunì le cause etiopatogenetiche di tale malattia in tre gruppi principali:

- 1) tare ereditarie;
- 2) cause morbose;
- 3) cause dipendenti dal regime dietetico e ambientale.

L'ereditarietà nella ag. pec. fu segnalata, prima del VAQUEZ, dal MERKLEN, che si limitò ad osservare come alcuni pazienti, affetti di questa malattia, avevano nel genitorio morti per la stessa causa. La constatazione non è molto frequente ma non si avvera con notevole rarità, io l'ho osservata nel 13,50% dei casi, percentuale che ad un dipresso fu osservata in precedenza (1937) da STARNA (11%) esaminando i sinistri di alcuni portafogli dell'I. N. A. In genere si tratta quasi sempre di uno dei genitori (nei casi da me studiati trattavasi sempre del padre). Non ho elementi per potere stabilire se anche ciò è riscontrabile nei collaterali, dato che le mie indagini si sono limitate all'esame delle schede dei sinistri. Sta di fatto che l'eredità è ammessa da quasi tutti gli AA.

Molto si è addebitato, nella patogenesi della ag. pec., al tabagismo, sono classiche le esperienze di GUILLAIN e GY per dimostrare che il tabacco può portare una vera e propria alterazione di vasi, provocando l'ateroma delle coronarie. L'esperienze non convinsero il VAQUEZ che concluse « che anche ammettendo che il tabacco produca l'ateroma nel coniglio, il problema non sarebbe risolto ». E' innegabile però, e ciò è pa-



Cartogramma n. 1.

trimonio della moderna patologia, che esiste una angina tabagica che cessa o si attenua con la astensione dal fumo, non è però dimostrato se esistono alterazioni delle tuniche vasali delle coronarie sicuramente imputabili al tabacco.

STARNA ha riportato le esperienze di WHITE e SHARBER che, nel 1934, confrontarono 750 individui affetti da ag. pec. con altrettanti soggetti sani, ugualmente distribuiti per gruppi di età e di sesso. Questi AA. trovarono che il 46,1% dei malati non fumavano affatto, mentre solo il 24% fumavano in eccesso; nei sani invece risultarono non fumatori il 37,2%, e il numero dei fumatori in eccesso raggiunse la cifra del 33,5%. Malgrado ciò è opinione comune che il tabacco ha un certo gioco nella etiologia della ag. pec. Modernamente, come io ho riportato in altro mio articolo, AA. tedeschi fra i quali HAUSDORF, sostengono che il tabagismo non è in rapporto alla quantità di tabacco che si consuma, ma al potere di eliminazione della nicotina, che varia da soggetto a soggetto. Anche l'alcool è stato soggetto di ricerche da parte dei suddetti AA. americani con lo stesso procedimento e le conclusioni sono state uguali. In verità le sostanze tossiche hanno certamente un gioco nella patogenesi della ag. pec. in quanto possono favorire la formazione delle atero- ma, che localizzandosi nel tratto della aorta sopra sigmoidea, dove si anastomizzano le coronarie, può dar luogo all'ag. pec. Come cause predisponenti alla ag. pec. sono da annoverarsi anche la gotta e il diabete. Per quanto riguarda la liatesi artritica non può escludersi che essa è certamente predispo-

nente alla arteriosclerosi in generale e per conseguenza alla coronarite, ma come frequenza è piuttosto rara, io l'ho riscontrata agli effetti della ag. pec. nella proporzione del 0,72%, non così il diabete che è di poco più frequente 0,85 %.

Varie sono le opinioni nei riguardi della sifilide, ritenuta in passato come una delle cause più predisponenti, dopo l'arteriosclerosi, alla angina pectoris. Le statistiche di GALLAVARDIN risalgono al 30% dei soggetti anginosi e anche luetici, quella di SEMERAU-SIEMANOWSKI al 26% mentre SCHLESINGER di Vienna su 600 casi ne riscontrò 190 in rapporto al 31,67%. Recentemente il GIANNELLI ha seguito un procedimento diverso da quello adottato fin ora dagli AA. suindicati. Egli ha voluto comparare la mortalità per sifilide a quella per ag. pec. dal 1877 al 1939. Le conclusioni alle quali è pervenuto questo A. sono molto interessanti, in quanto dimostrano la correlazione fra le due mortalità, i cui coefficienti raggiungono per la sifilide i valori medi e i massimi per l'arteriosclerosi.

Per consiglio del prof. ROMANELLI ho studiato invece in quanti casi di morte per ag. pec. si riscontra la lue o malattie metaluetiche, con speciale riguardo all'aortite, ed ho riscontrato che la proporzione è del 26,5% di luetici. La forma più frequente tra le malattie metaluetiche è nel 30% dei casi la aortite. Ciò collima con i risultati statistici riportati dal BERARD, in ragione del 22 %, e con la media delle statistiche americane e russe riportate da STARNA.

La malattia concomitante più frequente a constatare in rapporto all'ag. pec. è l'arteriosclerosi, comprendendo sotto questa denominazione anche la cardiosclerosi vera e propria e la ipertensione arteriosa, questa ultima perchè è numericamente poco notevole, in quanto è stata inclusa nell'elenco nosologico Ufficiale solo nel 1931, ed anche perchè, come osserva il GIANNELLI, molti sono i morti di questa malattia, che vanno sotto altra indicazione nosologica come: paralisi cardiaca, nefrite interstiziale, sincope.

Su 28.500 sinistrati dell'I. N. A. i morti per ipertensione sono solo 55 in ragione del 0,19%. Ora se si esaminano i certificati di assunzione in assicurazione e le recenti statistiche, vediamo come i casi di ipertensione sono molto frequenti, in certe età, lo che dimostra che dai medici che redigono i

certificati di morte si tiene più conto dello accidente terminale, che della malattia causale, in conseguenza qualsiasi comparazione numerica tra i morti di ipertensione e quelli di ag. pec. porterebbe a delle conclusioni errate.

Le stesse considerazioni esposte a proposito dell'ipertensione si potrebbero riportare comparando la mortalità per l'arteriosclerosi con quella dell'ag. pec. per cui ho creduto più opportuno studiare le schede dei sinistrati di quest'ultima malattia che nell'anamnesi riportavano espressa l'arteriosclerosi ciò che si è verificato nell'80% dei casi.

AA. russi quale MANDELSTAUMM della clinica di Pietroburgo ha riportato percentuali più alte (87%) ma i casi esaminati (304) non sono sufficienti per dare un sicuro criterio statistico.

La mia indagine si è pure estesa ai rapporti fra alterazioni funzionali del cuore e ag. pec. Le aritmie, in special modo, secondo i clinici, si accompagnano all'ag. pec. solo durante l'attacco; pochissimi sono i sinistri da me riscontrati in cui se ne fa menzione, ne riporto i dati numerici solo a titolo di notizia, in quanto non mi è stato possibile stabilire se le aritmie si sono verificate durante l'episodio terminale o erano abituali durante il decorso della malattia. Su 799 casi io l'ho riscontrata 19 volte in ragione del 2,38%. Per quanto riguarda le lesioni valvolari è noto che le più frequenti sono quelle a carico del cuore sinistro io le ho riscontrate in ragione dell'1,75%.

Particolare gravità, nel decorso dell'ag. pec., assume la stenosi mitralica come afferma il VAQUEZ, data l'indole delle fonti alle quali io ho attinto le mie ricerche non sono in grado di confermare tale affermazione. Questo vizio valvolare è molto raro spesso si riscontra insieme alla insufficienza che rende ancora più complicata l'indagine. Io l'ho riscontrata in ragione del 0,37%.

Molti frequenti sono invece le miocarditi e le endocarditi che vengono spesso indicate, nei sinistri per ag. pec., come concomitanti. Ma tale apprezzamento viene spesso fatto dal medico con molta facilità, in quanto, specie negli episodi terminali, il quadro che domina è quello dell'edema polmonare e più spesso quello dell'insufficienza miocardica. Una ricerca statistica al riguardo non mi sembra, colle fonti di cui disponiamo, sufficiente per poter stabilire con sicurezza se tali affezioni preesistevano o accom-

pagnavano l'episodio finale. Comunque si può affermare che esse sono frequentissime. Si può concludere infine, con i dati che abbiamo esposti, che i fattori etiologici dell'ag. pec., come afferma STARNA e come statisticamente ha dimostrato il GIANNELLI, si confondono con quelli dell'arteriosclerosi. Non si può escludere però che la sifilide, per quanto discordi siepo le opinioni degli AA., non abbia nella patogenesi dell'ag. pec., un notevole ruolo; in quanto i dati numerici riportati non possono quantitativamente rappresentare la loro vera entità, trattandosi che la fonte da cui questi sono stati tratti (sinistri di assicurati) non è certamente la più attendibile. Molti dovranno essere stati i casi di lui taciuta o ignorata che non figurano tra i dati esposti.

II.

La sopravvivenza dell'ag. pec. è sempre stato argomento di studio nella medicina assicurativa, in quanto gli anginosi sono stati sempre considerati, e a ragione, ammalati non solo di corta sopravvivenza ma di rischio immediato.

Per quanto si è voluto tentare una classificazione clinica, tendente a differenziare le forme di sicura gravità, da quelle che, a criterio clinico, potrebbero avere una durata più lunga, pure in pratica ciò non è facilmente attuabile. HECHER della Münchener Rueck-versicherung-gesellschaft, consiglia di esaminare caso per caso cercando di individuare i casi di vero « angor pectoris » da quelli invece riferibili a turbe nervose o funzionali e a tabagismo.

In pratica assicurativa non è facile emettere una tale diagnosi differenziale così piena di responsabilità agli effetti del rischio. Il clinico, che segue il paziente in tutto il decorso della malattia, può arrivare a fare una tale disquisizione diagnostica; ma il medico di assicurazione non ha gli stessi elementi di giudizio ed è costretto a basare la sua diagnosi sull'esame obiettivo spesso negativo, sull'anamnesi, e per la prognosi si riferisce ai dati statistici fin ora conosciuti. Malauguratamente fino ad oggi cardiologi e statistici sono molto in contraddizione sulla sopravvivenza degli ammalati di ag. pectoris. Mentre alcuni AA., per gli effetti di questa malattia prevedono una vita di poca durata, cardiologi dell'autorità di

MACKENSIE e di LEWIS parlano di possibile sopravvivenza fino 10-15 anni. Anzi questo ultimo autore, come riferisce STARNA, ritiene che la media della vita degli affetti da angina da sforzo non sarebbe di molto inferiore a quella dei sani e riporta il seguente schema sulla sopravvivenza:

1) angina da sforzo iniziale: 10 anni di vita;

2) angina da sforzo di brevissima durata con o senza trombosi progressiva: 3 anni di vita;

3) angina non modificabile con riposo: 1 o 2 anni di vita;

4) trombosi coronarica di angina nel periodo di stato: pericolo imminente.

Questi criteri per quanto suggellati dall'autorità del LEWIS, non possono essere adottati in assicurazione vita, in quanto, come ho precedentemente detto, mancano al medico di assicurazione i criteri clinici sul decorso della malattia.

Per quanto riguarda i dati statistici essi finora sono riferibili ad un numero assai ristretto di casi. WHITE e BLOUD degli Stati Uniti riportano 500 casi di ag. pec. e 200 di trombosi coronarica. Nei primi, che vennero seguiti per un periodo di tempo di poco inferiore ai 5 anni, essi hanno potuto osservare fino al decesso ben 213 soggetti con una media di sopravvivenza di questi ultimi inferiore ai 4 anni.

La trombosi coronarica viene giudicata variamente a secondo gli AA. A parere dei suddetti AA. americani, passato il periodo acuto e formatasi la cicatrice dell'infarto, la trombosi coronarica avrebbe una sopravvivenza media da 1 a un anno e mezzo. GROSETTI invece è di opinione contraria, attribuendo alla trombosi coronarica il massimo pericolo mortale. Varie sono le statistiche straniere riguardanti la sopravvivenza per ag. pec., ad evitare una lunga esposizione rimando alla completa rassegna fatta sull'argomento da STARNA.

Sulle tracce della classificazione clinica fatta da SEMERAU-SIEMIANOWSKI al congresso di medicina di Pozmann nel 1933, ho studiato numero 29.543 sinistrati dell'I. N. A., tra di essi ho riscontrato il 2,70% di morti di ag. pec. e ne ho studiati l'anamnesi e la durata di detta malattia. Di questi sinistrati li 61,7 % era morto improvvisamente senza dati anamnestici confacenti a diagnosticare un « angor pectoris »

Valori assoluti e percentuali dei morti per Angina pectoris su 29.584 sinistrati

Morti improvvise	M E S I											A N N I										
	Ore	Gior- ni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9
493	50	16	19	22	7	8	10	3	1	1	2	0	66	53	20	15	4	4	1	0	0	4
61,70	6,25	2,00	2,40	2,75	0,87	1,00	1,25	0,40	0,12	0,12	0,24	0,00	8,26	6,64	2,50	1,88	0,50	0,50	0,12	0,00	0,00	0,50

prima dell'episodio finale; mentre il 6,25% erano morti in un periodo inferiore a un mese. La fortissima percentuale di morti improvvise trova riscontro in alcune statistiche americane come quella di CONNER HOLT 54,83%, e quella di WILIUS della clinica Mayo che riporta come il 54,5% erano morti in brevissimo tempo. Come in precedenza ho accennato, un certo coefficiente di errore in eccesso deve attribuirsi al fatto che il medico curante spesso, nelle morti improvvise, deve fare la diagnosi con i soli dati anamnestici forniti dai familiari; ma

è da osservare che nei casi che non vi è alcun accenno alla sindrome dell'ag. pec., il medico in genere si esprime nel certificato di morte con altre espressioni come: ictus, sincope, emorragia cerebrale, paralisi cardiaca, o al massimo può sopravvalutare alcuni sintomi; ecco perchè ritengo che l'errore si può verificare più in eccesso che in difetto.

Il decorso dell'ag. pec. può essere diviso in acuto, sub acuto e cronico, quest'ultimo deve necessariamente comprendere quei casi cosiddetti funzionali che dettero spunto al SEMERAU-SIEMIANOWSKI di riunirle in un gruppo solo. Il grafico I mostra, escluse le morti improvvise, i casi a decorso acutissimo che vanno da 0 a 1 mese, quelli a decorso acuto da 1 mese a 3 mesi con percentuali che vanno dal 2 fino a 2,75% (i valori percentuali sono ripartiti dalla tavola 3^a). Il decorso sub acuto decorre dal 3° fino all'11° mese, il massimo della mortalità in questo periodo si ha al 6° mese dall'inizio della malattia con 1,25% di morti. Pochi sono stati i sinistrati con attacchi ripetuti e decorso sub acuto che sono arrivati all'11° mese dall'inizio della malattia. Il grafico 2 mostra il decorso cronico dell'ag. pec. Il massimo addensamento si ha da 1 a 5 anni, ciò corrisponde ai dati esposti da STARNA, WHITE, BLOUD, CONNER, HOLT, WILIUS, ecc.; che ammettono una sopravvivenza media da 4 a 5 anni.

Il massimo della mortalità si nota a 1 anno dall'inizio della malattia con 8,26% di morti, dopo la mortalità va decrescendo fino a 0,50% al 5° anno.

Da questo anno in poi le forme di ag. pec. prese in esame devono intendersi con le forme funzionali (tabagiche, nervose, ecc.) fino al 10° anno. Data la percentuale minima, queste forme non possono es-

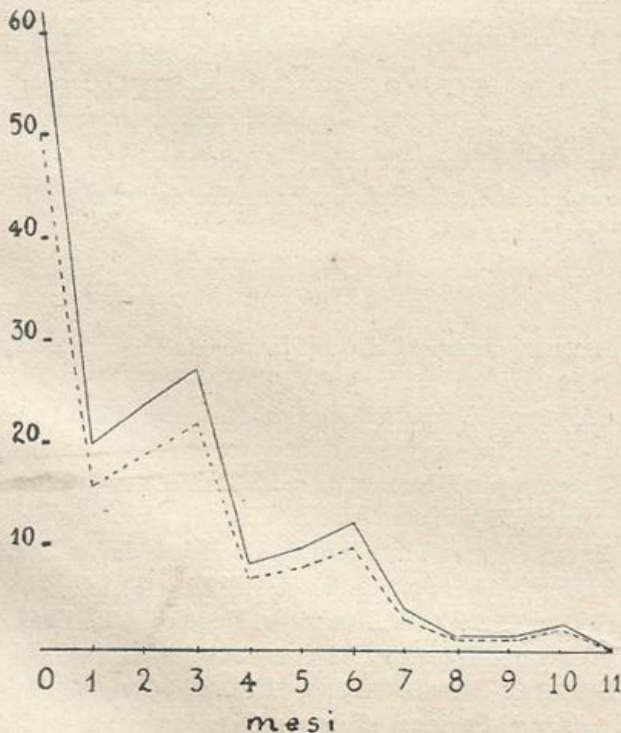
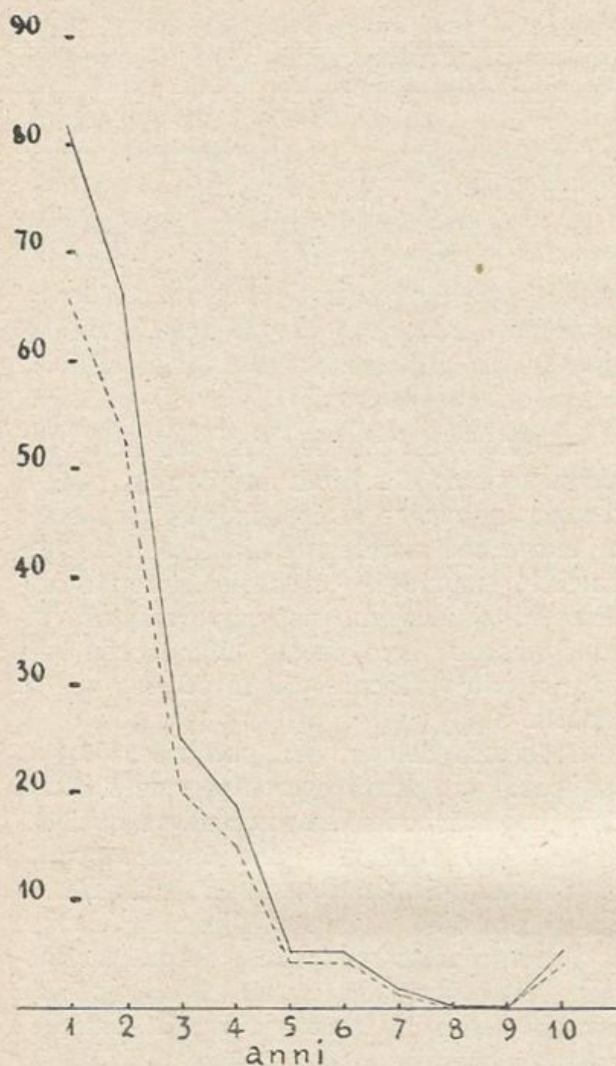


Grafico I

La linea continua si riferisce ai valori percentuali; quella tratteggiata ai valori assoluti.



Graffico II

La linea continua si riferisce ai valori percentuali; la linea tratteggiata si riferisce ai valori assoluti.

sere in considerazione agli effetti della medicina di assicurazione.

L'esame del materiale anzi esposto dimostra chiaro come non è possibile agli effetti assicurativi parlare di durata media dell'ag. pec. Se anche i valori numerici potessero farci adottare una media aritmetica o geometrica, i criteri clinici sarebbero in aperta antitesi con quelli statistici in quanto noi dovremmo necessariamente tenere conto dei diversi aspetti che la malattia presenta a considerare. La suddivisione in forme istantanee o improvvise, acutissime, acute, subacute, croniche, non è affatto scolastica ma trova riscontro nei dati statistici che in questo caso dimostrano chiaro che il decorso dell'ag. pec. è così vario per durata nei suoi diversi tipi da non poter essere raggruppabile, in modo da

dare una media numerica. Si potrebbe parlare al massimo di media dei singoli tipi di decorso; comunque resta assodato che qualunque sia il tipo rarissimi sono i casi, sicuramente attribuibili all'ag. pec. e non alle forme funzionali, che oltrepassano il 7° anno dall'inizio della malattia.

Le cifre esposte sono troppo eloquenti poter aggiungere considerazioni di ordine generali sul compito della medicina di assicurazione, di studiare cioè i sintomi incipienti dell'ag. pec. Di grande aiuto a tale scopo è l'elettro-cardiografia e anche limitatamente la radiologia, nel caso dell'infarto esteso, in quanto la radioscopica può far notare la mancanza di mobilità della parte lesa.

Ma la trattazione diagnostica non è nei compiti di questo lavoro e limitandoci ai dati esposti possiamo concludere che l'ag. pec. dev'esser ritenuta per frequenza la più mortale delle malattie cardio vascolari rappresentando per l'assicurazione vita un grave rischio. Non è però da escludere che uno studio clinico e statistico, correlato da una larga esperienza casistica, su quelle forme di ag. pec. che si possono prevedere che durino dai 4 ai 7 anni, potrebbe, permettere, agli effetti di tale forma, di poter usufruire dei benefici dell'assicurazione.

ZUSAMMENFASSUNG. — Der Verfasser, der die Todesfälle des I. N. A. erforscht hat, hat bemerkt dass die « Angina pectoris » die höchste Versichertensterblichkeit unter die Kreislaufkrankheiten gibt. Ausserdem berichtet er einige Statistischen über die Angorsherlaufendenkrankheiten.

BIBLIOGRAFIA.

- BERARD, *Journal de médecine de Lion*, n. 4, 1940.
 CROSETTI, *Gazzetta Medica Italiana*, 1936, pagina 753.
 EPPINGER ET LEVINE, *Arch. Mal. Coeur*, 1936, pag. 754.
 GUILLAIN ET GJ, *Bullet. et Mém. de la Soc. Med. des hôp.*, de Paris, 1908.
 GIANNELLI, *Forze Sanitarie*, Fascicolo 19, 1941.
 MARTER A. DACKS, *The journal of A.M.A.* CXV.
 SEMERAU-SIEMIANOWSKI, *Rel. al Congr. Medico di Poznan. Cuore e Circolazione*.
 STARNA, *Assistenza Sanitaria*, 1937, n. 2
 VAQUEZ, *Malattie di cuore*, U.T.E.T., 1929.
 WHITE ET BLOUD, *The Amer. Hert. Jour.* 1931.

Notiziario

Onorari corrisposti dall'I. N. A. per visite mediche per nuovi contratti di Assicurazione negli anni 1938-39-40.

	1938	1939	1940
Piemonte	146.895 —	125.107 —	121.544,30
Liguria	84.275 —	66.250 —	57.600 —
Lombardia	362.208 —	310.680,50	292.035,60
Venezia Tridentina	28.655 —	22.295 —	23.925,35
Venezia Veneta	67.236,90	60.110 —	64.930 —
Venezia Giulia	38.930 —	24.685 —	22.370 —
Emilia	114.542 —	104.244,58	90.640 —
Toscana	75.385 —	89.958 —	78.965 —
Marche	46.245 —	45.325 —	37.070 —
Umbria	24.205 —	25.540 —	22.879,80
Lazio	129.515 —	112.528,60	130.054,40
Abbruzzi	50.100 —	41.100 —	31.085 —
Campania	153.735 —	125.460 —	112.496,10
Puglia	93.820 —	89.850 —	66.691,90
Lucania	21.210 —	21.610 —	16.480 —
Calabria	57.865 —	54.390 —	48.970 —
Sicilia	113.040 —	128.700,28	102.205 —
Sardegna	31.550 —	37.410 —	30.914,90
Ges. Ass. Dir.	2.610 —	1.260 —	630 —
A. O. I.	33.140 —	52.473,40	54.430 —
Libia	13.905,40	6.940 —	16.065 —
Dodecanneso	7.430 —	1.790 —	1.260 —
TOTALE L.	1.696.497,30	1.547.707,36	1.423.242,35

Assicurazione contro le malattie dei Professionisti ed Artisti.

Tra la Confederazione dei Professionisti ed Artisti e la Soc. di Assicurazione « Praevidentia » è stata stipulata una convenzione, avente per scopo di fissare condizioni particolarmente vantaggiose per i professionisti ed artisti, rappresentati dalla Confederazione stessa, che intendessero stipulare, con tale Compagnia, una assicurazione per i casi di malattia.

Riportiamo le stipulazioni di maggiore rilievo:

A) In caso di totale incapacità al lavoro corresponsione di una diaria fino al massimo di 90 giorni, e qualora la malattia si prolungasse, da una mezza diaria fino ad un massimo di altri 90 giorni.

B) In caso di parziale incapacità al lavoro, corresponsione di mezza diaria fino al massimo di 90 giorni.

C) In caso di morte, una corresponsione pari a 90 diarie.

D) Il periodo di carenza iniziale è limitato a 60 giorni e quello di franchigia a tre giorni.

E) Il pagamento dei premi ed accessori sarà effettuato in rate annuali anticipate; tuttavia è ammessa la rateazione semestrale, trimestrale e mensile, maggiorando il premio annuo degli interessi di frazionamento pari rispettivamente al 2%, al 3% e al 4%.

Il premio annuo è variabile in funzione dell'età e del sesso, da calcolare in base ai tassi indicati nella tariffa riportata nelle condizioni generali di polizza.

Nuove tariffe dell' I. N. A.

Con decreto Min. 25-8-41, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 4-9-1941, n. 209, sono state approvate le seguenti tariffe di assicurazione popolare presentate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, in sostituzione di quelle attualmente in vigore approvate con decreto Min. 21-6-1938:

a) tariffa relativa all'assicurazione mista a premio mensile di un capitale pagabile al termine prestabilito in caso di vita dell'assicurato ovvero immediatamente in caso di premorienza;

b) tariffa relativa all'assicurazione a termine fisso, a premio mensile di un capitale pagabile in ogni caso al termine prestabilito.

L'inaugurazione del Centro Sanitario di Catanzaro.

Il 9 novembre u. s. è stato inaugurato a Catanzaro il Centro di assistenza Sanitaria dell'I. N. A. che è provvisto di un completo gabinetto di analisi e di radiodiagnostica.

Promozioni.

Su proposta della Direzione Generale il Consiglio di Amministrazione dell'I.N.A. nell'adunanza del 30 ottobre u. s. ha deliberato le seguenti promozioni:

Capo servizi: Cav. Dott. PIETRO TROTARELLI — Comm. DANTE CHIARINI — Cav. Dott. ROSARIO SAVINO TORRACA.

Ispettori superiori: Comm. Dott. ALFREDO MACIOCE — Cav. Uff. FRANCESCO CRISTIANI.

Ai suddetti funzionari, ed in particolare al Capo Servizio Sanitario Dott. TROTARELLI, i nostri più vivi rallegramenti.

Nomine.

Il Direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Roma Prof. Moriani è stato recentemente chiamato a dirigere l'Istituto di Polizia Scientifica del Regno. Allo stesso Prof. Moriani è stata affidata la carica di Segretario Generale del Sindacato Medico Fascista della provincia di Roma.

Al Prof. Moriani le nostre felicitazioni per gli alti incarichi affidatigli.

Conferenze di personalità mediche a Roma.

Il 14 novembre u. s., nel salone delle conferenze dell'Istituto Superiore di Sanità, alla presenza di Autorità civili e militari, il Segretario di Stato Dott. Conti, Capo della Sanità del Reich, ha parlato dei problemi sanitari della Germania in tempo di guerra.

Dopo aver ricordato i risultati conseguiti in Germania della battaglia demografica, il Dott. Conti ha messo in evidenza il miglioramento della mortalità; specialmente infantile.

L'oratore ha infine tracciato a grandi linee il quadro dell'organizzazione sanitaria in Germania ed ha concluso auspicando uno stretto collegamento fra tutte le Nazioni amiche nell'interesse supremo della sanità europea.

* * *

Il 3 dicembre 1941 il Prof. Palanca, Capo della Sanità Pubblica di Spagna, ha tenuto al Sanatorio Forlanini in Roma una conferenza sul tema: « Stato ed evoluzione della lotta antitubercolare in Ispagna ». L'oratore dopo aver ammirato i brillantissimi risultati ottenuti in Italia nella lotta antitubercolare, ha illustrato con diapositive e note statistiche quanto nello stesso campo si sta facendo nella sua Patria.

Concorsi.

Concorso Ministero dell'Interno «Gazzetta Ufficiale» n. 259 — Concorso a posti di Direttore Sanitario di Ospedale Civile di 1ª Categoria nelle seguenti città: Bologna (2 posti) - Catania - Mantova - Novara - Padova - Piacenza - Udine - Venezia - Verona.

Concorso a posti di Direttore Sanitario di Ospedale Civile di 2ª Categoria nelle seguenti città: Bolzano - Genova - Gorizia - Pola - Teramo.

Leggi, decreti e ordinanze della "Gazzetta Ufficiale",

R. Decreto 17 agosto 1941 (G. U. n. 254). — Approvazione della Convenzione per la cessione alla Società Anonima R. Terme di Chianciano dell'esercizio dell'Azienda Patrimoniale dello Stato « R. Terme di Chianciano ».

Legge 24 agosto 1941 n. 1157 (G.U. n. 257). — Estensione del beneficio tributario di cui all'art. 4 della Legge 24-3-1940 n. 283, alle concentrazioni dei portafogli assicurativi di rappresentanze di Imprese Estere in Italia che si attueranno fino alla cessazione dello stato di guerra.

R. Decreto 3-10-1941 n. 1155 (G.U. n. 256). — Modificazioni al ruolo dei medici del Corpo Sanitario dell'Africa Italiana.

Decreto Ministeriale 20-10-1941 (G. U. numero 253). — Approvazione di una nuova tariffa di assicurazione presentata dalla Compagnia Anonima di Torino con sede in Torino.

Decreto Ministeriale 20-10-1941. — Approvazione di alcune tariffe di assicurazione presentate dalla Rappresentanza, con sede in Roma, della Compagnia Francese di Assicurazione sulla vita « Le Phenix » con sede a Parigi.

R. Decreto 8-8-1941 n. 1087 (G. U. n. 239). — Autorizzazione al Comune di Mercantino Marecchia (Pesaro-Urbino) a mutare la propria denominazione e quella del capoluogo in Nova Feltria.

R. Decreto 8-8-1941 n. 1079 (G. U. n. 237). — Istituzione presso la R. Università di Pavia di un posto di professore di ruolo, riservato all'insegnamento statistico.

Note ed appunti**LA TEORIA CELLULARE È DA RIVEDERE?**

La questione viene posta nel « Saggiatore » (n. 9, 1941, Torino), dove è riprodotto uno studio del Lujet, comparso in « Science » (n. 2359, 1940).

Egli osserva che la teoria cellulare formulata circa un secolo fa da Schleiden e Schwann differisce dai fatti osservati, in quanto, se è vero che la grandissima maggioranza dei viventi sono cellulari, non è necessariamente vero, che la struttura cellulare sia una condizione necessaria per la vita. In altri termini tutta la sostanza vivente non è necessariamente cellulare. Il Lujet ha riportato una serie di considerazioni in appoggio della sua tesi, e preci-

samente che esistono organismi cenocitici, non divisi in cellule come i micetozoi o mixomiceti consistenti in masse di materia vivente protoplasmatica, ma senza traccia di divisione cellulare. A questa categoria appartenerebbero anche i ficomiceti, il cui micelio è sifonato cioè formato da un sistema molto ramoso di tubi comunicanti in cui una separazione cellulare, a mezzo di setti, si ha solo tra il micelio vegetativo e gli organi riproduttori.

Bisogna ancora aggiungere gli organismi monocellulari a differenziazione intracellulare come il Diplidium, che possiede nella sua cellula un rudimentale sistema digestivo, un esofago e retto tubolare, un sistema nervoso con un centro ed un anello circumesofagale; un sistema escretore formato da vacuoli contrattili. Lo studio dei cloroplasti nelle piante e i rapporti nucleo-plasmatici delle cellule, quale si riscontrano in numerose alghe azzurre o cianofee sprovviste di micelio, sono oggi obiezioni molto serie alla teoria cellulare, ma allo stato delle nostre conoscenze odierne, appare difficile raccogliere l'invito del Lujet, di costruire una nuova teoria diversa da quella cellulare originaria e sino ad oggi indiscussa, per la quale la cellula cessasse di essere l'unità fondamentale e funzionante degli esseri viventi.

G.

IL METODO SAMUELS.

Se fossero confermate le esperienze annunciate da Samuels noi ci troveremmo oggi in grande rivoluzione dei metodi diagnostici e terapeutici. Egli ha ideato (« Rivista di Biochimica e Terapia », n. 9, 1941) un modo di indagare sulla piena funzionalità delle glandole endocrine, e particolarmente della ipofisi, che è la glandola direttrice in quanto produce ormoni che regolano la funzione delle altre (tireotrope, gonadotrope, pancreatotrope, ecc.). Egli si serve della spettroscopia sanguigna, osservando le modificazioni che si producono nello spazio interdigitale, fra pollice e indice, quando con una pinza se ne blocca la circolazione e si produce la trasformazione dell'ossiemoglobina in metaemoglobina.

Calcolato il tempo della riduzione, si studiano successivamente con onde corte le varie glandole e più precisamente l'ipofisi sempre registrando i tempi di riduzione. Se i tempi rimangono immutati significa che la ghiandola sta in equilibrio; nel caso contrario esiste una disfunzione. Secondo l'A. ciò si spiegherebbe col fatto che l'ormone tireotropo ipofisario non solo sconvolge tutta l'armonia endocrina gene-

rale, ma provoca un aumento del metabolismo e della respirazione; aumento, che è poi causa di marasma e di cachessia, più che non lo siano i veleni circolanti nell'organismo. Il diabete, l'ulcera gastrica, la tubercolosi, sarebbero anche esse in dipendenza di una disfunzione dell'ipofisi, con un meccanismo tutto particolare, basato sulle azioni ormoniche nei diversi organi. Nelle sue conclusioni il Samuels prospetta la possibilità di poter curare queste forme morbose con il riequilibrare l'ipofisi ed eventualmente altre glandole, con irradiazioni ad onde corte e ciò per tutto il tempo che è necessario affinché la riduzione dell'emoglobina torni normale e sia anche normale il ritmo della respirazione cellulare. Le applicazioni sono vaste e se le concezioni del Samuels riceveranno ulteriori conferme potranno avere, senza dubbio, grande ripercussione nel campo della patologia generale. G.

FENOMENI ELETTROMAGNETICI RADIANTI DEL CERVELLO.

Il Prof. Cazzamalli, riassumendo i risultati delle sue ricerche di psico-biofisica (« *Cultura Medica Moderna* », n. 7, 1941) eseguite con un

apparecchio radio-elettrico perfezionato dallo stesso A., formula le seguenti conclusioni: 1°) dal cervello umano, in intensa attività psico-sensoriale, irradiano fenomeni elettro-magnetici e che spetta ai centri corticali, sensoriali la più elevata funzionalità nel concerto cerebro-fisico. 2°) L'energia nervosa intracerebrale ha natura elettrica con effetti elettro-magnetici. 3°) Il cervello umano non va considerato quale un passivo registratore di vibrazioni; ma organo attivo, irradiante ed esplorante l'universo delle vibrazioni. G.

IL FORAGGIO NELL'ALIMENTAZIONE UMANA.

Già incomincia ad impiegarsi l'erba medica per l'alimentazione umana perchè si è accertato che essa è molto ricca di carotene o provitamina A (23 volte circa in più delle carote) e delle vitamine B₁, B₂, ecc. Negli Stati Uniti e nel Canada funzionano due fabbriche le quali apprestano l'erba medica in modo da renderla idonea all'alimentazione umana. Viene prodotta una farina che si conserva in recipienti a tenuta di aria, e serve per la confezione di un pane speciale, di pasticceria e per arricchire ogni altro cibo. G.

Dai Periodici

ITALIA

Annali d'Igiene, n. 7, 1941, Roma.

PARVIS, *Sul contenuto batterico dell'aria negli ambienti condizionati.*

Le ricerche dell'A. sono state originate dal fine di controllare il funzionamento di una cabina ad aria condizionata per lavori di batteriologia in campo sterile ed hanno condotto alla conclusione che all'inizio del funzionamento del gruppo condizionatore si ha costantemente un aumento dei germi dell'aria e che soltanto dopo rinnovo dell'aria ambiente, si ottiene un miglioramento reale sulle condizioni preesistenti. G.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. VIII-IX, 1941, Roma.

AGGAZZOTTI, *Ricerche sperimentali sul comportamento della pressione del sangue nell'aria compressa.*

Mediante la registrazione grafica sono state eseguite delle ricerche sui conigli e sui cani durante la compressione dell'aria a 10 atm. e

durante la respirazione di O₂ puro. All'inizio si avvera una momentanea caduta della pressione arteriosa che poi aumenta progressivamente. La decompressione provoca abbassamento delle due pressioni, arteriosa e venosa e l'A. attribuisce la reazione pressoria a fattori fisici e chimici. G.

Archivio Italiano di Scienze Mediche, Coloniali e di Parassitologia, n. 8, 1941, Roma.

CASTELLANI DI CHISIMAIO, *Febbri poco conosciute.*

L'A. intrattenendosi delle febbri tropicali e di alcune forme, di cui si sconosce l'etiologia, ne illustra le speciali caratteristiche cliniche. G.

Assicurazione Italiana (L'), n. 6, 1941, Milano.

G.E. FTR., *Polizza unica e tariffa unica? - ENNE, Ancora su «dove si andrà a finire?» - Solidarietà corporativa.*

Assicurazioni, fasc. 4-5, 1941, Roma.

ULLRICH, *L'assicurazione tedesca sulla vita durante la guerra.*

L'A. espone i progressi raggiunti dalla Germania in questo campo, dando le seguenti ci-

fre: nel 1913 somme assicurate 16 miliardi, a metà del 1939, 30,5 miliardi di marchi. G.

Assistenza Fascista, n. 4, 1941, Roma.

GANÀ, *L'assistenza di malattia ai lavoratori del Commercio durante l'anno 1940.*

Il bilancio consuntivo del 1940 della Cassa Nazionale Malattie degli Addetti al Commercio ha fornito per l'occasione all'A. di constatare il grande aumento del costo della morbilità, in cifre assolute e relative, a cui non corrisponde parallelamente l'aumento della massa dei contribuiti. G.

Assistenza Sociale (L'), n. 8, 1941, Roma.

TASSI, *Infortuni per folgorazione.*

L'A. dopo opportune premesse sulla formazione e natura del fulmine dimostra l'indennizzabilità di qualsiasi infortunio per folgorazione avvenuta in attività di lavoro. G.

Assistenza Sociale Agricola, n. 7-8, 1941, Roma.

TARALLETTO, *Infortuni, evoluzione del lavoro e progresso sociale.*

In questo tema è compendiate l'organizzazione produttiva del progresso tecnico e il livello di civiltà dei popoli e delle masse lavoratrici: sono problemi molteplici che riguardano l'uso delle macchine, del perfezionamento degli strumenti di lavoro, la preparazione tecnica e professionale degli operai, la difesa contro le forze avverse dell'ambiente e delle lavorazioni, la cura igienica e morale dell'operaio. L'A. vede il sicuro progresso sociale nell'armonica fusione degli elementi sopra elencati. G.

Athena, n. 8, 1941, Roma.

CHENI, *I diabetici e l'alimentazione di guerra.*

L'A. conclude il suo studio molto elaborato affermando che la dieta di guerra più confacente e più economica per i diabetici deve contenere le proteine, i carboidrati ed i grassi nei seguenti rapporti: C. I. 180 gr. - Pr. 75 gr. - Gr. 50 gr. e che una glicosuria modesta senza acidosi non è dannosa purchè le quantità di carboidrati ingeriti siano sufficienti e mai inferiori a 150 gr. al giorno, purchè si somministrino anche una certa quantità di sali e di vitamina. G.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, n. 10, 1941, Roma.

RATTI-ZANELLI, *Risultati di un decennio di ra-*

dioterapia del carcinoma della mucosa della guancia.

Lo studio riflette 212 malati di carcinoma della mucosa della guancia, nel 45 % dei casi vi erano metastasi delle linfogliandole regionali. Si mantennero guariti da un minimo di 3 ad un massimo di 12 anni, 86 pazienti (41 %): i risultati furono superiori nei casi senza adenopatie metastatiche (59 %) in confronto a quelli con Metastasi ai gangli regionali (18 %). G.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena e Studi della Facoltà Medica Senese, n. 4, 1941, Siena.

Il fascicolo riproduce lavori letti nell'Adunanza straordinaria dedicata allo studio e alla cura delle lesioni da congelamento e alle ferite di guerra; e, per la speciale importanza, vanno segnalati quelli di Chiurco e Camoriano sulla organizzazione sanitaria di guerra; di Palazzi, Agostini, La Cava, Moriconi, sulle ferite di guerra; di Panizzi, Campellone, Baldi, Marotta e Chiurco sulle lesioni da congelamento. G.

Avvenire Ostetrico (L'), n. 7, 1941, Napoli.

Come si difende la razza.

Nell'articolo vengono ribaditi i concetti di una demografia sempre più sviluppata nel senso dell'elevazione della razza con un appello ai medici e alle ostetriche per uno studio dei problemi relativi. G.

Avvenire Sanitario (L'), n. 26, 1941, Milano.

I regolatori delle funzioni sessuali - Atletismo e maternità - Direttive sanitarie del regime - Augusto Murri nel centenario della nascita - La produzione scientifica delle nostre Università. G.

Bibliografia Medico Biologica, nn. 4-5-6, 1941, Roma.

ANTOGNETTI, *Terapia del morbo di Flaiani-Basedow*, Bibliografia, Notiziario.

Biochimica e Terapia Sperimentale, n. 6, 1941, Perugia.

ROBUSCHI, *Aspetti biochimici degli accessi convulsivi: azione della narcosi sulla glicemia.*

L'A. premessi alcuni cenni sulla regolazione nervosa della glicemia constatata che l'iperglicemia seguente all'azione di cardiazolo è completamente inibita dalle somministrazioni di clo-

ralio e cloralosio: ciò che depone sulla sua azione essenzialmente nervosa. G.

Bollettino del Centro Studi dell'I.N.A., n. 12, 1941, Roma.

GALANTI, *Le cause di eliminazioni nel Portafoglio vita* - CASALINI, *Le obiezioni degli agricoltori alla previdenza assicurativa* - N. B., *Divagazioni assicurative*.

Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici, n. 15-16, 1941, Roma.

Atti e comunicazioni della Federazione - Assicurazione nei diversi rami - Disposizioni sul lavoro - Trattamento economico ai richiamati alle armi.

Bollettino della Società Medico Chirurgica Bresciana, n. 2, 1941, Brescia.

MANDRUZZATO, *Considerazioni sull'osteosintesi transtrocantérica nelle fratture del collo del femore e semplificazione della tecnica operatoria.*

Bollettino della Società Medico Chirurgica di Catania, n. 6, 1941, Catania.

CITELLI, *Importanti tipi anormali di flemmoni peritonsillari* - CONDORELLI, *L'azione dell'acido nicotinico sulla terapia delle sindromi emboliche* - FRANCAVIGLIA - TURCHETTI, *Ricerche sull'azione vasomotoria dell'acido nicotinico* - CARCÒ, *Sintomi precoci faringo-laringei da affezioni del mediastino.*

Idem, n. 7.

SANTO, *Visite periodiche anche ai sani.*

L'A. rilevando che esiste ancora un'alta percentuale di nati-mortalità e di nati con tare ereditarie morbose solleva il problema della necessità di istituire il certificato pre-matrimoniale e dell'obbligo delle visite periodiche ai sani sull'esempio dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni che ne fa una pratica comune per i suoi assicurati. G.

Bollettino del Sindacato Nazionale Fascista degli Attuari, nn. 2-3, 1941, Roma.

Bruno Mussolini - *Riconoscimento giuridico della professione di attuario - Le professioni intellettuali nel «Libro del Lavoro» del nuovo Codice Civile - La partecipazione degli Attuari alla terza Riunione della Società Italiana di statistica.*

Bollettino di segnalazioni, n. 2, 1941, Roma.

Albo della gloria - Attività federale - Circolari - Notiziario delle province - Premi e concorsi - La mutualità nei diversi settori.

Bollettino Mensile di Statistica dell'Istituto Centrale di Statistica, suppl. n. 224, G. U., 1941, Roma.

Al 31 agosto 1941, la popolazione residente nel territorio metropolitano è stata calcolata di 45.269.000 abitanti con il seguente movimento nello stesso mese: matrimoni: 17.564; nati vivi: 74.537; morti: 50.510; eccedenza dei nati sui morti: 24.027. G.

Bollettino Statistico del Governatorato di Roma, n. 6, 1941, Roma.

A fine giugno 1941 la popolazione di Roma era cresciuta a 1.391.253 abitanti. Nello stesso periodo si ebbero 2417 nati vivi (21,13‰) e 1139 morti (9,96‰).

Bulgaria, n. 1, 1941, Roma.

DAMIANI, *Petkoio Todorov - VAZOV, Canti per la Macedonia: Là* - LILIEV, *L'riche* - SLAVEIKOV, *Piccole liriche* - BLENKA, *Ballata danubiana* - GABÈ *Inno alla Dobrugia.*

Buona Semente (La), n. 8, 1941, Milano.

GEOGRAFO, *Montenegro* - SOLMI, *La guerra nel mediterraneo* - FANFULLA, *Memorie aneddotiche di Cesare Pascarella* - MASSA, *Ritorno alla campagna* - CERQUIGLIN, *Microfono rivoluzionario* - GHIANI SPANO, *Gite di uomini grandi* - M. B. *Alimentazione vegetariana*

Case di Cura (Le), n. 6, 1941, Milano.

MAZZITELLI, *Il lavoro nei sanatori.*

L'A. facendosi eco della nuova tendenza scientifica di dare lavoro e attività ai tubercolotici usciti dallo stato acuto infettivo, mette in risalto i benefici di questo trattamento che sconvolge tutti i vecchi concetti e dà alla lotta contro la tubercolosi un nuovo e più deciso impulso. G.

Comune di Trieste, aprile-maggio-giugno 1941, Trieste.

Dati Statistici.

Sono stati raccolti, per ciascun mese, i dati relativi alla meteorologia, alla demografia, all'assistenza sanitaria, all'igiene e polizia sanitaria, alla beneficenza ed assistenza pubblica

non che al personale del Comune, da cui è fatto di rilevare lo sviluppo sempre crescente della grande Città, nel campo igienico, sanitario ed edilizio. G.

Cultura Medica Moderna (La), n. 5, 1941, Palermo.

THADDEA, *Problemi dell'invecchiamento*.

L'A. esaminando le capacità ricettive e reattive nei vecchi assegna una particolare importanza ai fattori endogeni, alla ereditarietà, al tenore di vita, ad alcuni fattori esogeni, come gli strapazzi fisici, le preoccupazioni psichiche, le condizioni di lavoro, le possibilità del riposo, il genere di nutrizione, l'uso del tabacco e degli alcolici. Anche il decorso delle malattie nei vecchi presenta delle anomalie con scarse reazioni organiche che spesso costituiscono delle vere difficoltà diagnostiche come avviene nei casi di appendicite, pneumonite, trombosì coronariche, e nella tubercolosi. G.

Cuore e Circolazione, n. 9, 1941, Roma.

FRANCO, *Sul diverso meccanismo patogenetico dei sintomi cerebrali dell'infarto miocardico con particolare riguardo ai concomitanti disturbi dell'attività regolatrice della zona seno-carotidea*.

L'A. ammette che, negli arteriosclerotici, la zona riflessogena seno-carotidea sia profondamente compromessa e ritiene pertanto che in coincidenza dell'infarto miocardico, le alterazioni di tale zona vengono a determinare profondi disturbi nel tessuto cerebrale, provocando lacune di disintegrazione e di ram-mollimento senza che siano intervenuti fatti embolici e di trombosì. Con questa ipotesi l'A. spiega la diversa sintomatologia cerebrale. G.

Difesa Sociale, n. 6, 1941, Roma.

GUALDI-SPINOSA, *Ricerche micro-radiografiche del torace, sugli organizzati della G.I.L. di Siena*.

A Siena il Comando federale della G. I. L. ha sottoposto ad indagini schermografiche del torace 1.686 bambini, usufruendo dell'apparecchio Lica della ditta Leitz e seguendo la tecnica aggiornata dal Torelli.

I risultati furono i seguenti: 1.358 bambini senza lesioni visibili (79,06 %); 47 bambini con esiti di lesioni pleuro-polmonari (3,2 %); 242 bambini sospetti da sorvegliare (14,9 %); 48 bambini con lesioni tubercolari in atto (2,48 %). G.

Idem, n. 7-8.

GIAQUINTO, *Risultati vicini e lontani del Sanatorio climatico*.

Vengono presi in esame 382 ammalati di tbc. polmonare curati in Sanatorio di montagna. Dei 382 ammalati, 198, nello spazio di due anni, furono dimessi migliorati o guariti; di essi il 63 % si è recuperato a traverso la sola azione climatica, il 34 % con Pnx e il 3 % con altri interventi. Lo stato di guarigione era conservato, dopo due anni, nell'87,8 %, mentre il 9 % è rientrato in Sanatorio. G.

Fiaccola (La), n. 7, 1941, Roma.

L'Europa contro il bolscevismo - Milano celebra la gloria dei suoi Caduti - ALBERTO BORGHESI, *Stampa italica - Dai Comitati provinciali*.

Fisiologia e Medicina, fasc. 9, 1941, Roma.

NUCCIOTTI, *Modificazioni fisiologiche delle condizioni ematiche degli italiani immigrati nell'Altipiano Etiopico*.

Dal complesso delle ricerche eseguite dall'A., risulta che, negli italiani immigrati sull'Altipiano Etiopico, si verificano modificazioni di alcuni componenti delle condizioni ematiche, a carico specialmente dell'emoglobina, costantemente inferiore alla normale, e del numero dei globuli rossi molto superiore alla cifra comune, in modo che il valore globulare si aggira intorno a 0,5-0,6. G.

Folia Cardiologica, n. 1, 1941, Milano.

SALVINI-MAGNANI, *La determinazione della pressione arteriosa coi metodi*.

Folia Medica, n. 13, 1941, Napoli.

MAROTTA, *Linfotropismo bacillare e potere batteriopeptico istiocitario nella infezione tubercolare del polmone*.

La specifica ricettività del polmone per la tbc. è messa in evidenza dalle speciali reazioni a tipo linfocitario ed istiocitario, che si stabiliscono per la penetrazione del germe infettivo e la sua fissazione nei polmoni. G.

Forze Sanitarie (Le), n. 19, 1941, Roma.

GIANNELLI, *Sulla mortalità per malattie delle arterie coronarie ed angina pectoris*.

L'A., appassionato cultore delle discipline statistiche, in uno studio molto diligente ed accurato, ha rilevato la mortalità per malattie delle arterie coronarie ed angina pectoris in Italia, dal 1887 al 1939, mettendo in evidenza il

suo continuo aumento. Tali risultati concordano con quelli riscontrati dai nostri medici anni fa con indagini sulla popolazione del regno e tra i sinistri dell'I.N.A.

L'A. conclude l'elaborato studio esprimendo il concetto che l'angina pectoris non debba considerarsi come una vera e propria malattia, a sè stante, ma come una sindrome delle svariate entità morbose che sono legate all'attacco anginoso.

G.

Fronte Unico Antitubercolare, n. 4, 1941, Torino.

FERRARI, *L'orientamento professionale nella rieducazione al lavoro dei tbc.*

Nel Sanatorio di Glenu Lake (Minnesota, S. U. A.) tutti i ricoverati vengono allenati al lavoro, appena le loro condizioni permettono di svolgere una qualsiasi attività, e questa rieducazione ha uno stretto carattere di orientamento professionale, salvo che le occupazioni del malato, anteriori alla malattia, possano essere riprese da lui all'atto della dimissione. Su 322 malati assistiti, dei quali l'85 % abbastanza gravi all'atto del ricovero, circa il 79 % si dimostrava capace, dopo due anni e più dalla fine del ricovero, di un lavoro proficuo, con orario normale.

G.

Gazzetta delle Assicurazioni della Finanza e del Credito, nn. 285-286, 1941.

MANARESI, *Agenti di Assicurazione - Bilanci vari di Istituti di Assicurazioni.*

Gazzetta Sanitaria, n. 9, 1941, Milano.

ANTOGNETTI, *Umoralismo moderno.*

In un articolo di sintesi viene presentato il problema delle correlazioni esistenti tra ormoni ed enzimi e l'azione oligodinamica di alcuni metalli e metalloidi.

G.

Genova, n. 9, 1941, Genova.

La lussuosa rivista edita dal Comune di Genova contiene oltre illustrazioni interessanti degli avvenimenti politici e militari della guerra attuale, articoli di apprezzati scrittori, che ricordano le glorie marinare dell'antica Repubblica e le grandi imprese compiute dai suoi figli in ogni tempo, in mare ed in terra. Segue un dettagliato notiziario della situazione demografica, della attività edilizia del comune e dei progetti approvati per un suo maggiore sviluppo.

G.

Giardino di Esculapio (II), n. 4, 1941, Milano.

La vita e le opere di Augusto Murri.

Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari, n. 2, 1941, Roma.

DE MORI, *Sui rischi eccezionali ed i rischi di guerra nelle assicurazioni contro i danni.*

L'A. ha trattato un argomento di attualità che s'innesta nel campo dei rischi normali, sotto la forma di eccezionalità della causa di danno specialmente dei rischi di guerra. L'A. studiando i nuovi e delicati problemi che emergono dallo stato di guerra conclude il suo studio molto elaborato segnalando la necessità di stabilire sin dall'inizio, dei premi « evidentemente in eccesso » per poter costituire, in tempo, riserve congrue a fronteggiare le sorprese del rischio. Comunque l'assicurazione del rischio da parte delle Compagnie private è possibile solo per i rischi marittimi ed aerei; per i rischi terrestri è indispensabile l'intervento diretto dello Stato oppure si potrebbe giungervi attraverso la mutualità obbligatoria apprestata dal tempo di pace.

G.

Giornale di Medicina Militare, fasc. 8, 1941, Roma.

BATTAGLIA, *Un caso di morbo di Friedreich.*

L'A. ribadisce il concetto che la forma morbosa si identifichi con quella di P. Marie con inizio tardivo e sia più conforme alle nozioni anatomopatologiche denominarla eredo-atassia-spino-cerebellare.

G.

Giustizia del Lavoro (La), fasc. 5, 1941, Roma.

SETTE, *Unificazione del diritto privato e unità del « Libro del Lavoro ».* - AZARA, *Il giudice istruttore nel processo civile.*

Illustrazione del Medico (L'), n. 80, 1941, Milano.

BUSINCO, *Un anatomico artista del 18° secolo: Ercole Lelli* - QUADRONE, *Guerra scritta sulla celluloido* - BORGOMANERI, *La guerra di quota 1000* - MORETTI, *Avventura delle due « M ».*

Industria Dolciaria (L'), fasc. 4, 1941, Roma.

BORGHI-PALENI, *Autarchia e Cioccolato.*

Gli autori espongono le direttive sull'impiego di latte idrogenato e degli olii di mandorle e di nocciole idrogenati nella fabbricazione del cioccolato in regime autarchico ed in sostituzione del burro di cacao.

G.

Infermiera Italiana (L'), n. , 1941, Roma.

SENNI, *Il compito dell'infermiera professionale e dell'A.S.V.* - FRONGIA, *Mezz' di lotta anti-malarica usati in provincia di Roma.*

Italia Medica (L'), nn. 227-228, 1941, Torino.

FRENGUELLI, *Il problema delle pensioni ai sanitari - L'Assistenza agli orfani dei medici caduti in guerra - Fascismo e cultura - Centro lombardo dell'Accademia di Storia dell'arte sanitaria.*

Italia Odontoiatrica (L'), nn. 2-3, 1941, Milano.

Casistica degli apparecchi protesici - L'applicazione degli apparecchi mobili in caucciù - Odontoiatria sociale - Quesiti professionali.

Lavoro Commerciale (Il), nn. 9-10, 1941, Roma.

PALADINO, *Bruno Mussolini* - ALLIEGRO, *Saluto all'Aquilotto caduto* - ARENA - *Le istituzioni corporative e la guerra* - CAPODAGLIO, *Sul trattamento tributario delle imprese di tipo familiare.*

Lavoro Umano, nn. 5-6, 1941, Torino.

GRAMAGNA, *Ritmo cardiaco e affaticamento.*

L'A. espone in forma sintetica i risultati delle ricerche degli studi eseguiti sull'accelerazione del ritmo cardiaco nell'affaticamento, prendendo in considerazione il comportamento dei soggetti allenati. G.

Id., nn. 5-6, 1941, Torino.

L'assistenza post-sanatoriale e la rieducazione lavorativa del tubercolotico in Olanda.

Riferendosi ad una pubblicazione comparsa in « Lotta contro la tbc. », viene ricordato il Sanatorio Olandese Bergen Bosch e le officine Ado, che costituiscono un tipo di istituzione speciale, nel quale trovansi combinati il sanatorio clinico, il sanatorio di lavoro, e la colonia di assistenza post-curativa. I pazienti lavorano nell'officina Ado.

Libro Italiano (Il), nn. 7-8, 1941, Roma.

ITALICUS, *I grandi spazi Imperiali* - VIVIANI, *Un libro di Dino Grandi* - MEUCCI, *Considerazioni su Grazia Deledda* - PIETRO VETRO - ALMERICO RIBERA - PINTOS - FILIPPO ADDES - FERRARA - MACCHIAVELLI - NIETZSCHE - MUSSOLINI - *Seguono menzioni di libri nelle diverse discipline.*

Lotta contro la Tuberculosis, n. 8, 1941, Roma.

DAMIANI, *Influenza delle aderenze pleuriche sull'andamento della collassoterapia.*

L'A. esamina le aderenze toraco-polmonari sotto i diversi punti di vista patogenetico ed anatomo-patologico, facendo rilevare i danni che sono determinati sul polmone, in casi di aderenze traenti e le complicazioni che ne sono la conseguenza, in caso di una rottura (emotisi, emorragia, empiema, pnx spontaneo, scompenso cardiaco). G.

Maglio (Il), n. 39, 1941, Torino.

CALOSSO, *La nominatività dei titoli azionali* - GIRODA, *Capacità professionale e lavoro a cottimo* - ZUCARO, *Contratti e tesseramento* - RENZICCO, *Alla deriva* - PEZZOLI, *Pensioni non contributive* - RE, *Errore di Versaglia.*

Malati, Medici e Medicine, nn. 8-9, 1941, Torino.

BIZZARRINI, *Paracelso - Letteratura, Arte, Storia e Folclore.*

Malattie Infettive del Regno (Le), n. 26, 1941, Roma.

Contiene i casi delle principali malattie infettive e sociali dell'uomo, denunciati nella settimana dal 23 al 29 giugno 1941.

Medicina dello Sport e dell'Educazione Fisica, nn. 1-2, 1941, Torino.

SCHIASSI, *Cuore da sforzo (sport).*

L'influenza del lavoro muscolare sportivo si manifesta, a fine dell'allenamento, con bradicardia (60-65 pulsazioni), ipotensione (Mx. 110-120 mm Hg) e lieve ingrandimento del cuore dovuto talvolta ad ipertrofia in alcuni casi, più spesso a dilatazione miogena, tonogena, con segni di prevalenza destra o sinistra. Gli studi di Kirch in base a dati necroscopici, hanno dimostrato la presenza di un'ipertrofia più o meno accentuata dei ventricoli, specialmente del destro, la quale si spiega ammettendo un maggiore afflusso di sangue per l'esercizio muscolare e un'allargamento fisiologico della fibra del miocardico per maggiore carico. G.

Medicina Internazionale (La), n. 7, 1941, Milano.

GOLIMARI, *Concomitanza fra sinusite ed affezioni polmonari infiammatorie non specifiche.*

L'A. dopo aver rilevato che sinusite ed affe-

zioni polmonari infiammatorie non specifiche spesso si accompagnano, prospetta la necessità di eseguire un esame completo radiologico del seno e dei polmoni nei casi di infiammazione di uno di questi organi. G.

Meteorologia Pratica (La), n. 3, 1941, Perugia.

PAOLONI, *Corso di bioclimatologia e talassoterapia all'Ospedale al Mare di Lido di Venezia*.

L'A. che è stato un pioniere degli studi climatologici in Italia espone il programma di organizzazione di un Corso di bioclimatologia e di talassoterapia, che, con il concorso di alte personalità scientifiche, sarà tenuto ogni anno all'Ospedale al Mare per il progresso di questa branca così importante della scienza medica. G.

Milizia Sanitaria, n. 17, 1941, Roma.

Educazione del cittadino in guerra - GUARINO, *La condotta medica e la pensione dei sanitari* - BOSCHI, *Nozioni sulle cure dia-cefalorachidiane* - GUALDI, *Il medico nella società moderna in confronto al passato*.

Minerva Medica, n. 37, 1941, Torino.

DEL PIANO, *La patogenesi dell'ipertensione secondo le concezioni moderne*.

L'A. descrive il meccanismo di azione basato sui tre fattori costituiti dalla massa ematica, attività cardiaca e resistenze periferiche, discute poi le due teorie che finora hanno dominato nel campo patogenetico, cioè la renale e l'arteriosclerotica.

In base ad esperienze sulla funzione del sistema cromaffine nella regolazione del lume vasale, l'A. espone l'importanza delle diverse glandole endocrine che determinano talvolta perturbamento degli elettroliti del plasma sanguigno; nell'insieme tutti gli AA. ormai concordano nell'ammettere che la base del fenomeno ipertensivo consista in un disquilibrio neuro-ormo-elettrolitico.

Mutualità Rurale Fascista (La), nn. 7-8, 1941, Roma.

ROGARI, *Cenni riassuntivi sulla patologia dei rurali con particolare riguardo alle malattie professionali*.

Esponendo la speciale patologia dei lavoratori dei campi, che è legata da una parte all'infortunio agricolo e dall'altra alle malattie professionali, l'A. trova tra queste un grup-

po di sei forme morbose (anchilostomiasi, pneumoconiosi, micosi polmonare, stati anafilattici, dermatosi professionale, la morva) che potrebbero essere oggetto di tutela assicurativa, se l'assicurazione contro le malattie professionali, in vigore per gli operai, potesse essere estesa anche alla classe dei lavoratori agricoli. G.

NICEFORO, *Il contadino qual'è*.

L'A. si propone di tracciare il disegno di una monografia professionale di contadini, argomento che finora è stato trattato sotto un profilo esclusivamente economico e sociale trascurando la parte che all'A. sembra essere essenziale, quella biologica ossia l'uomo. G.

Notiziario di Diagnostica e Terapia, nn. 4-5-6, 1941, Milano.

BIZZARRINI, *La biotipologia umana e sociale*.

L'A. prende lo spunto dal trattato di biotipologia umana pubblicato dal Pende per presentare il piano informativo dell'opera ed esaltarne i pregi. G.

Notiziario Farmaceutico, n. 8, 1941, Milano.

Le efficacia della Italchina nella malaria - Agar-agar e suoi sostituti - Ancora sui galenici - Brevetti e specialità - Consumo dei prodotti farmaceutici nell'attuale periodo.

Nuova Rivista (La), n. 1, 1941, Roma.

FAELLI, *Esaltazione della ipobaropatia nei soggetti indeboliti*.

Per tale studio si conclude che i malati o i feriti sono particolarmente sensibili alle variazioni di pressione per la difficoltà di compenso del loro tono neurovegetativo; in caso di trasporto per via aerea a quote basse attorno ai mille metri è bene ricorrere alle inalazioni di ossigeno.

Ospedale Maggiore (L'), n. 8, 1941, Milano.

STURLESE, *Le forme infiammatorie croniche uretroprostatiche esclusa la tubercolosi nei loro rapporti etiopatogenetici con alcune sindromi disuriche*.

L'A. passa in rassegna i diversi fattori etiologici delle lesioni prostatiche fra cui primeggiano il gonococco e specialmente gli stafilococchi, i diplococchi, il coli, il proteo e l'infezione influenzale. Lo studio si occupa poi del meccanismo dei restringimenti uretrali, dei caratteri della prostatite cronica e della calco-

losi prostatica nelle sue diverse varietà cliniche. G.

Pensiero Medico, n. 50, 1941, Milano.

Appunti e spunti - LIXIA, *I medici e la guerra* - BENNATI: *In campagna è un'altra cosa - Cose del tempio di Duno.*

Policlinico (II), Sez. Chirurgica, n. 9, 1941, Roma.

PAPA, *Milza e trasfusione di sangue*

L'eliminazione della funzione splenica nelle trasfusioni determina una variazione ematologica che si manifesta sia con un aumento anormale dei globuli rossi e con aumento di resistenza globulare sia con variazioni ematologiche per cui esiste il problema del trattamento più opportuno da praticare per gli individui senza milza o con milza alterata. G.

Idem, Sez. Médica, n. 9, 1941, Roma.

MARFORI, *Eliminazione urinaria dei sali biliari e modificazioni della tensione superficiale dell'urina.*

Policlinico, Sez. Pratica, n. 41, 1941, Roma.

ENRICO, *Una modificazione pratica ed economica della reazione di Ide.*

L'A. che ha sostituito all'antigene originale quello di Sachy e Witebsky colorato con una soluzione alcoolica al 2% di blu vittoria 4R ha trovato una sensibilità e una specificità della prova uguali alla reazione Kahn e che per la sua semplicità di tecnica si presenta come la reazione elettiva per l'accertamento dell'infezione luetica nelle grandi collettività. G.

Idem, n. 43.

URSO, *La prova del Castellani nella ricerca dell'albumina nell'urina.*

Si tratta di una reazione molto semplice ideata da Castellani, il cui solo reagente è rappresentato dall'acido fenico liquido della farmacopea ufficiale e che si fa scorrere con precauzione (cc 1,50) lungo le pareti del tubo ove è contenuta l'urina (6-8 cc). Se c'è albumina alla superficie di contatto appare un anello bianco, più o meno abbondante, variabile con la quantità di albumina contenuta; la reazione si giudica positiva se l'anello si forma entro tre minuti primi. Di fronte ai molti procedimenti in uso questa reazione presenta il vantaggio di una grande semplicità e rapidità

con la possibilità di trovare sempre il reagente a portata di mano. G.

Preparazione Materna (La), nn. 3-4, 1941, Salsomaggiore.

GAROFANO, *«Le madri»*, del Museo Provinciale Campano in Capua - ANTOGNETTI, *Gli ormoni galattogeni* - DE BLASI, *L'influenza delle acque salso-bromo-iodiche sulla eliminazione di sostanze ad attività androgena nelle donne affette da sterilità ormonale.*

Prima Idea (La), n. 9, 1941, Bologna.

GIAN BIONDELLO, *Il bimbo e l'uccelletto* - LORETA, *Il matrimonio mancato tra sole e luna* - BADINI, *Il cuciniere del battaglione* - CIPOLLA, *Un buon cane da guardia.*

Problema Alimentare (II), nn. 1-2, 1941, Roma.

BAGLIONI, *Frutta ed ortaggi essiccati dal punto di vista alimentare.*

Sottolineata l'importanza oggi attribuita alle frutta e agli ortaggi come fattori di una normale alimentazione l'A. analizza le modificazioni che si osservano in tali prodotti per azione dell'essiccamento ed indica le modalità migliori di essiccamento per una razionale conservazione.

Progresso Sociale del Mezzogiorno (II), n. 9, 1941, Napoli.

Le lezioni sul turismo - Attività del Sindacato Medico Fascista di Napoli.

Rassegna Clinico-Scientifica, n. 6, 1941, Milano.

CIARANFI, *L'influenza dei fattori ereditari nella genesi del cancro.*

L'A. ritiene che il problema sia fondamentalmente un problema di genetica e per quanto tali studi siano fortemente ostacolati nella specie umana, per le difficoltà inerenti al materiale l'A. insiste nella necessità di perseverare nelle ricerche. G.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del lavoro, nn. 7-8, 1941, Roma.

Incidenti e infortuni stradali nel 1940.

Il R.A.C.I., ha pubblicato i quadri riassuntivi delle statistiche riguardanti gli incidenti e gli infortuni stradali accertati in Italia nel 1940 con un totale di 6763 vittime di incidenti da autovetture private. Di queste il maggior numero è dovuto a collisioni con velocipedi

(2267) e con pedoni (2755), le collisioni tra velocipedi e pedoni ammontarono a 2302 e gli incidenti per caduta da velocipedi a 1961. G.

Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini,
n.

SERONO MONTEZEMOLO, *Azione dell'estratto totale di ovaio sull'utero di coniglia impubere.*

Iniettando un estratto totale di ovaio a coniglia impubere si ottengono, in normale successione di tempo, prima la reazione uterina della follicolina e poi un netto orientamento verso la reazione dell'ormone del corpo luteo G.

Rassegna di Medicina Industriale, nn. 8-9, 1941, Roma.

MASTROSIMONE, *I quadri radiologici della asbestosi polmonare.*

Di questa malattia la cui esatta nozione rimonta soltanto a pochi anni addietro (1879) l'A. ha voluto esaminare i problemi diagnostici sotto il punto di vista radiologico e dopo una accurata esposizione dei diversi quadri anatomo-patologici, sempre sulla base fibrotica prospetta i quattro stadi radiologici delle lesioni apportate dalla inalazione delle polveri di amianto nei polmoni; sopra 400 operai l'A. è riuscito a stabilire in sei casi il disegno radiografico polmonare comprendente i quattro stadi succennati. G.

Rassegna di Oncologia, n. 4, 1941, Roma.

GARINEL, *Su trenta casi di tumori maligni delle linfoglandole.*

L'A. nello studio di 30 casi ha constatato l'assenza di rapporti tra i tumori con la tubercolosi e la sifilide. E' risultata la normalità quasi assoluta degli esami emo-cromo-cito-metrici come l'inutilità della terapia chirurgica. G.

Rassegna Giuridica della Circolazione Stradale, nn. 7-8, 1941, Roma.

MASSARI, *Ancora sugli autoservizi di linea per viaggiatori* - OTTELLO, *Gli autoveicoli e il nuovo «Libro della proprietà».*

Rassegna Medica, n. 1, 1941, Milano.

PUPILLI, *Il segmento arterioso di ampliamento e la misura della portata circolatoria.*

Rassegna Sociale dell'Africa Italiana, n. 6.

MANFREDINI, *Per una sociologia criminale coloniale.*

Le istituzioni giuridiche variano da popolo a popolo a seconda del loro grado di coltura e di civiltà ed in rapporto a questo concetto fondamentale l'A. ritiene di trovare le basi di una sociologia criminale coloniale nelle conoscenze di antropologia e di psicologia individuale e collettiva. G.

Idem, n. 9.

MARIO DEI GASLINI, *Appunti sull'igiene e sulla patologia dei bianchi nei paesi di colore.*

L'A. parla dell'acclimatazione, delle pratiche profilattiche, indispensabili al bianco nelle regioni tropicali, con un accenno alle malattie causate dal sole, dall'acqua, dal latte, dalla carne infetta, dal terreno e dagli insetti. G.

Ricerche e Studi sulla Patologia del Ricambio, nn. 3-4, 1941, Roma.

SCALA, *Ragioni che giustificano l'efficacia terapeutica di soluzioni medicamentose minime ed ultra minime.*

L'A. riprendendo i suoi studi sulle basi della omeoterapia avanza l'ipotesi che la materia nelle sue diluizioni non si ferma alla particella piccolissima che si trova ancora nella dodicesima o trentesima diluizione; ma va più oltre, trasformandosi in particelle dell'ordine dei «quanta» di energia. G.

Riforma medica, n. 29, 1941, Napoli.

D'AFFLITTO-GRECO, *Il comportamento della pro-tidemia nello shock istaminico.*

Gli AA. indagando se la reazione emoclasica specifica di D'Amato possa poggiare su uno shock istaminico, concludono per l'esclusione. G.

Rinascenza Medica, n. 15, 1941, Napoli.

DOMAGK, *Lo sviluppo della chemioterapia delle infezioni batteriche.*

L'A. a cui si deve la felice scoperta dei sulfamidici, avvenuta quasi a sua sorpresa, espone gli scopi a cui tendevano primitivamente le sue ricerche, rivolte a studiare il comportamento e la funzione del sistema reticolo-endoteliale e le vie percorse per arrivare al recentissimo prodotto chemioterapico che per la sola Germania ha ridotto la mortalità per polmonite di più che 50 mila morti all'anno. G.

Rinnovamento Medico, n. 2, 1941, Genova.

La terapia immunitaria del cancro - Ormoni ed anti-ormoni - Le più recenti acquisizioni nel campo della tubercolosi cutanea.

Rivista della Assistenza, nn. 7-8, 1941, Roma.

VISCO, *I deleteri effetti dell'aborto doloso rispetto alla potenza demografica e alla sanità della stirpe.*

L'A. rilevando che in Italia si sono verificati 65.679 aborti nel 1932 e 68.440 nel 1933, cifre superate dalla Francia che nel 1909 accusava un totale di 450.000 aborti, esamina i problemi dal lato giuridico e sociale ed espone un piano di organizzazione preventiva contro questo reato della maternità. G.

Rivista di Biochimica e Terapia, n. 9, 1941, Roma.

Direttive pratiche di cure ovariche - Metodo Samuels - Profilassi del tifo perfezionata con l'Anatossina.

Rivista di Biologia Coloniale, fasc. 4-5, 1941, Roma.

BETTINI, *Sull'origine degli ovini africani.*

Rivista di Medicina Aeronautica, n. 2, 1941, Roma.

COLAJANNI, *I disturbi del senso luminoso negli aviatori.*

Tra i diversi fattori a determinarli, l'A. ritiene più importante l'ipossiemia, che provoca un perturbamento del ricambio ossidativo della retina con alterazione dei processi di reintegrazione della porpora visiva. G.

Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica, n. 9, 1941, Milano.

Medici in guerra - I medici combattenti - La radiologia in Italia ed onoranze a Vittorio Maragliano, Ruggiero Butti e Felice Perussia - Medici e religione.

Rivista Italiana della Tuberculosis, n. 9, 1941, Udine.

ROSSINI, *Rapporti tra eritema nodoso e tubercolosi.*

L'A. riferisce due casi osservati in due bambini in cui la manifestazione coincide con l'insediarsi della infezione tubercolare primaria, accertata radiologicamente e ciò in conseguenza di una bacillemia tubercolare per metastasi nei distretti cutanei. G.

Rivista Italiana di Igiene, n. 8, 1941, Pisa.

LA BRANCA, *La guerra nei suoi riflessi demografici.*

L'A. riportando i dati noti fino ad oggi per la Germania e l'Italia dimostra che gli effetti prodotti dall'attuale guerra sul movimento della popolazione sono meno sensibili di quelli avvenuti nella scorsa guerra e nello stesso periodo di tempo. G.

Saggiatore (II), n. 8, 1941, Torino.

ALESSANDRINI, *La depurazione delle acque per uso potabile mediante il cloro.*

L'idrotecnica ha fatto tali progressi da consentire l'utilizzazione di ogni riserva idrica, anche di quelle acque che in passato sarebbero state irrimediabilmente considerate impotabili; sono stati all'estero costruiti i nuovi impianti intesi ad eliminare i diversi inconvenienti, verificati nelle acque variamente trattate, come il sapore di cloro e di iodoformio, la presenza di sostanze organiche e l'odore caratteristico ed ingrato. G.

Scienza e Tecnica, fasc. 10, 1941, Roma.

RONDONI, *I recenti progressi della chimica delle proteine in rapporto alla dottrina dei tumori maligni.*

L'A. riferendosi ai recenti studi sui tumori, affaccia l'ipotesi che la trasformazione maligna della cellula abbia qualche relazione con modificazioni della struttura delle proteine cellulari e dei processi della sintesi proteica; ciò da occasione all'A. di svolgere le sue teorie. G.

Settimana Medica (La), n. 31, 1941, Palermo.

TEMPESTINI-BIANCO, *Azione sinergica dei sulfamidici legati alla novocaina-corbacille nella cura delle affezioni locali da batteri.*

Vengono riportati i dati ottenuti riguardanti la cura delle affezioni locali da batteri (ascessi, flemmoni, ecc.) trattati con la sulfamidnanestetico terapia, e si conclude che l'anestetico, almeno nelle condizioni sperimentali e clinico-sperimentali, agisce beneficamente accanto ai sulfamidici. G.

Stomatologia Italiana (La), n. 8, 1941, Roma.

GATTO, *Glandole genitali ed apparato dentario.*

Le correlazioni tra cavità orale ed organi genitali furono già affermate e recentemente anche dalla scuola di Pende, che ha potuto dimostrare gli stretti rapporti delle glandole genitali, tiroide e pancreas con il trofismo e la patologia dell'apparato dentario; una tabella rias-

suntiva espone le due sindromi fondamentali dei disturbi dentari a tipo ipogenitale e ipergenitale. G.

Studi Sassaresi, fasc. 2, 1941, Sassari.

RAVANO, *Patogenesi e sintomatologia delle metastasi nella vescica, secondarie a tumori lontani* - CONCORDI, *Gastrite acuta endogene purisimile* - SEVERI, *Le vasculiti della encefalite purulenta cronica aspecifica*.

Svastica (La), n. 27, 1941, Berlino.

La medicina tedesca e le malattie tropicali.

Sono passate in rassegna le conquiste scientifiche della Germania nella lotta contro le malattie tropicali (malaria, amebiasi, anchilostomiasi, morbo di Bilharz, peste, malattia del sonno) e son ricordati i prodotti medicamentosi più importanti dell'industria tedesca. G.

Tempo (Il), n. 7, 1941, Roma.

Status quo ante - Agenti di Assicurazione - Una sistemazione per lo storno provvigioni - L'impresa ed il lavoro - L'Assicurazione nel codice civile.

Terapia, n. 265, 1941, Milano.

MONTI, *Cura ormonica dell'otosclerosi*.

L'A. riferendo gli studi di Prajer, che ha curato 72 otosclerotici con iniezioni bisettimanali di sostanze estrogene, afferma di aver ottenuto un miglioramento dell'udito oltre il 50 % degli individui curati. G.

Tubercolosi, n. 5-6, 1941, Roma.

FRANZOSO-PIRAN, *Infiltrazioni polmonari regressibili*.

Basandosi su una casistica di 15 casi, desunta però da un più vasto materiale di osservazione di circa 650 individui, gli AA. parlano di una forma di infiltrato polmonare caratteristico, che si svolge in assenza completa di sintomatologia clinica e che va dovuta alla presenza di larve di ascaridi, che compiono il loro ciclo migratorio dentro l'organismo (ascaridiosi polmonare). G.

Vetro (Il), n. 6, 1941, Roma.

La mostra dei barattoli a Parma - Vetro temperato al posto del ferro nelle ringhiere - ADAMI, *Cucine ed igiene*.

Vita Universitaria, n. 1, 1941, Roma.

Troppi studenti? - Gli esami - Bruno Mussolini - *Leggi Universitarie alla Camera dei Fasci e delle Corporazioni* - GHERSI, *Sulle Università maggiori e minori*.

Zacchia, fasc. 3, 1941, Roma.

ROGARI, *Contributo allo studio delle lesioni in casi mortali per colpi d'arma da fuoco*.

E' uno studio statistico sopra 542 casi divisi a seconda si tratti di armi a canna lunga, o a canna breve, con riferimenti casistici. Al primo gruppo sono da riportare 39 casi di cui 20 per omicidio, al secondo 503 dei quali 390 per suicidio. Successivamente l'A. esamina le caratteristiche delle lesioni, secondo l'ordine di frequenza per regione, direzione, ecc. Si intrattiene a trattare della possibilità di utilizzare delle suddette caratteristiche per la diagnosi differenziale tra suicidio, omicidio ed accidente, concludendo come in questo campo della lesività non debba parlarsi di referti tipici o atipici, ma soltanto di lesioni che si presentano con maggiore o minore frequenza, nelle varie evenienze. G.

Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, maggio-agosto 1941, Berlino.

K. H. HILDEBRAND, *Sul valore degli esami funzionali nelle malattie renali bilaterali*.

L'A. passa in rivista i mezzi che il laboratorio dispone per svelare una insufficienza renale e il grado di essa e afferma che nessuno di essi, da solo, può bastare per precisare l'entità della malattia. E' necessario corredare l'esame della funzione renale con gli esami di altri organi che abitualmente risentono l'influenza di affezioni renali: pressione arteriosa, fondo dell'occhio, grandezza e configurazione del cuore, elettrocardiogramma, grado e localizzazione degli edemi, in tal modo si può stabilire il tipo della nefropatia, e precisarne lo stadio e presumere il decorso futuro.

F. T.

Idem., maggio-agosto 1941.

H. DOETSH, *La possibilità di trattenere il respiro come prova funzionale del cuore e sua applicazione clinica*.

L'A. ha esaminato il comportamento di 20 individui (10 malati di cuore e 10 sani) con tale prova dopo un profondo atto inspiratorio:

veniva inoltre controllato il modo di respirare subito dopo la detta prova.

Ha così constatato che i cardiaci possono in generale trattenere il respiro per un tempo breve e presentano, dopo la prova, una dispnea più o meno intensa, il contrario cioè di quanto avviene negli individui sani.

Quando la possibilità di trattenere il respiro non sorpassa i 10-20 secondi (nel sano è di 50-60) ci si trova sicuramente di fronte ad individui a miocardio poco efficiente. Naturalmente la prova può essere influenzata dal peso, dal sesso, dall'età e dal tipo costituzionale, ma essa costituisce sempre una ottima prova funzionale.

F. T.

Medizinische Klinik, 12 settembre 1941.

K. VOM HOFE, *Fenomeni oculari nel morbo di Basedow*.

Il più conosciuto sintomo oculare nel Basedow è l'esoftalmo, per lo più bilaterale, che si accompagna alla lucentezza dello sguardo, dovuto al forte inumidimento della superficie del globo oculare per l'aumentata secrezione di lacrime.

Il sintoma di Graefe è costituito dall'arresto della palpebra superiore nello sguardo in basso, il sintoma di Dalrymple è dato dall'allargamento uni o bilaterale della rima oculare; quello di Stellwag dalla rarità del normale ammiccamento delle palpebre e come sintomo di Moebius è indicata la insufficienza o la facesi della convergenza oculare, dovuta ad una insufficienza dei due muscoli interni, come si legge in alcuni trattati, ma ad una paresi contralaterale dello sguardo. Frequenti sono anche nel Basedow le paresi di questo o quel muscolo dell'occhio.

F. T.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

GIORDANI, *I progressi della tecnica nei sistemi amministrativi contabili delle imprese di assicurazione*. — Estratto dal « Giornale dell'Istituto degli Attuari », n. 2, 1941, Roma.

In una conferenza tenuta al Seminario Attuariale, dopo aver ricordato che ogni azienda amministrativa può considerarsi come un organismo a sè stante, avente un doppio aspetto morfologico e funzionale, inteso al suo progressivo accrescimento e sviluppo, l'O. traccia un quadro panoramico della complessa attività delle imprese assicuratrici, che se vogliono raggiungere i loro immensi compiti, pur nel trava-

glio della formazione dei rami e del decentramento, e nella necessaria differenziazione tra gli organi produttori e gli amministrativi debbono permanere unitarie al centro dell'azienda. Soltanto il progresso della tecnica, nel vasto movimento statistico, ragionieristico, ed attuariale, può risolvere, secondo l'O., i difficili problemi; ciò che si è ottenuto mediante l'introduzione degli ausiliari meccanici, che rendono agevoli molti lavori e che mantengono l'unità di indirizzo e di azione dell'azienda. L'O. ha voluto riandare con la memoria ai primi impianti meccanici dell'I.N.A. per trarne auspicio ad un maggiore sviluppo dei sistemi attualmente in vigore. Il Giordani chiude la brillante conferenza augurando che le imprese assicurative, di cui alcune abbastanza progredite in tale tecnica, svolgano anche una stretta collaborazione culturale di cui l'Istituto Italiano degli Attuari potrebbe essere il centro ideale di lavoro.

G.

GENTILE, *La questione del suicidio con considerazioni sulla sua importanza nell'assicurazione vita*. — Estratto da « Medicina corporativa », 1940.

Vengono esposti alcuni dati statistici sulla frequenza del fenomeno ed è riassunta la questione se il suicida debba considerarsi sempre un'essere anormale riferendo in merito le opinioni di numerosi psichiatri e di legali; l'A. ritiene che l'atto possa qualificarsi anormale ma non sia sinonimo di morboso. Successivamente nella diligente disamina dell'argomento vengono riferite alcune massime giurisprudenziali in base alle quali si riconosce la difficoltà da parte degli assicuratori di potere ottenere la liberazione dall'obbligazione contrattuale attraverso la dimostrazione del suicidio volontario.

St.

LENZI, *La « Sezione » elemento base dell'ospedale* - Ind. Grafiche Italiane Stucchi, 1941, Milano. Estratto da « L'Ingegnere », n. 11, 1940.

MAIRANO, *Le varici e l'ulcera varicosa - Metodo di cura*. — Ed. « Minerva », 1940, Torino.

Notizie statistiche dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. — Soc. Tip. Castaldi, 1941, Roma.

La pubblicazione molto interessante, ricca di quadri e di prospetti, è suddivisa in tre parti. Nella prima parte sono date le notizie

statistico-finanziarie delle varie gestioni durante il ventennio 1920-1940, e vengono esaminati alcuni particolari aspetti della materia, come le riserve, l'impiego delle attività, i contributi, le prestazioni, la relazione tra contributi e prestazioni. La seconda parte contiene le notizie statistico-demografiche e vi sono raccolti alcuni studi relativi alle assicurazioni obbligatorie, alle pensioni liquidate per invalidità, alle assicurazioni per la tubercolosi, alle indennità di disoccupazione, agli assegni di natalità e nuzialità.

La terza parte è dedicata alle notizie statistiche delle varie gestioni speciali, come quelle degli assegni famigliari e dei prestiti famigliari: gestioni che hanno un fine assistenziale di carattere sociale, più che assicurativo. G.

PERARDI, *Ematomielia traumatica*. — Estratto dal « Policlinico » (Sez. Prat.), 1934, Roma.

IDEM, *Su un caso di fistola perianale, da corpo estraneo*. — Estratto dal « Policlinico » (Sez. Prat.), 1934, Roma.

PERILLI, *L'educazione all'aperto: Le colonie climatiche della GIL*. — Estratto da « Difesa Sociale », n. 7-8, 1941, Roma.

L'A. continuando la sua attiva propaganda a favore delle scuole all'aperto, in questa pubblicazione porta nuovi contributi alla sua idea fondamentale.

PINI, *La politica sociale in Germania*. — Quaderno n. 5, della rivista « Il lavoro commerciale », Stab. Tip. U.E.S.I.S.A., Roma.

DIETRICH, *Le basi spirituali della nuova Europa*. — Edizioni del « Terramare », Berlino.

E' il discorso pronunciato alla riunione dell'Accademia Tedesca in Praga dal Capo dell'Ufficio Stampa del Reich, e costituisce una fiera requisitoria dei regimi democratici ed una esaltazione commossa dell'eroismo dei popoli dell'Asse in questa lotta gigantesca da cui dovrà nascere la nuova Europa. G.

GENOV, *Il Trattato di Neuilly e la Bulgaria*. — Tip. Assoc. italo-bulgara, 1940, Roma.

L'A. esamina le varie clausole del trattato e con ampia documentazione dimostra che non

si trattò di un trattato di pace, ma di un atto di sopraffazione e di prepotenza. Il lavoro ha un carattere patriottico ed ammonitore. G.

SERVADEI, BENNEWITZ, *Italienisch - Dautches - Lebensversicherungs Wozterbuch*. — Tip. Werlag. E. S. Mittleret Sohn 1941, Berlin.

La pubblicazione viene a colmare una lacuna della bibliografia italiana ed è stata bene accolta dai nostri studiosi di argomenti di assicurazione-vita in quanto che i comuni dizionari, come è noto, si prestano difficilmente alle traduzioni di nomi e di parole tecniche che sono proprie del linguaggio assicurativo e che non hanno riscontro nei termini usuali della lingua parlata.

Gli AA. meritano pertanto tutta la nostra lode, piena di soddisfazione per la bella pubblicazione che viene anche a stringere, nei campi della vita culturale scientifica, quella stretta collaborazione, politica e militare che l'Italia e la Germania hanno già attuato nei campi di battaglia per il trionfo dei comuni ideali. G.

VICTORIA AM RHEIN, *Allgemeine Versicherungsactien-gesellschaft*. — Bilancio 1940.

FERRI, *La tutela giuridica del privato nell'assicurazione infortuni*. — Collana Studi dell'Assistenza Sociale, 1941, Roma.

Il volume molto pregevole, di circa 100 pagine contiene una esposizione sistematica ed una illustrazione delle svariate norme, che nel campo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro delle industrie sono stabilite a difesa del privato contro gli atti arbitrari dell'Istituto assicuratore. L'A. ha raggruppato in quattro distinti profili le osservazioni del suo studio in rapporto alle diversità dei soggetti alla tutela ed infine ha esaminato i problemi della responsabilità civile per la colpa del datore di lavoro sia diretta che indiretta. G.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari

Dr. CUCCHIETTI LUIGI, Cirié (Torino).

Dr. FORTUNATI FORTUNATO, Patti (Messina).

Dr. SALUZZO FILIPPO, Calatabiano (Catania).

Dr. TUFANI LUIGI, Grisignana (Pola).

CENTRI SANITARI, SUB-CENTRI E CONSULTORI GRATUITI

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

L O C A L I T A	O R A R I O	L O C A L I T A	O R A R I O
PIEMONTE			
Torino	Giorni feriali	Ancona	Giorni feriali
Alessandria	1° e 3° lunedì 8,30-12,30, 14,30-17,30	Ascoli Piceno	1° 3° mercoledì 10,30-12,30, 15-17
Asti	Giorni feriali	Macerata	Ultimo mercoledì 10,30-12,30, 15-17
Biella	Lunedì 9-12	Pesaro	2° 4° martedì 10,30-12,30, 15-17
Novara	Giorni 9-12	Zara	2° giovedì 10,30-12,30, 15-17
Vercelli	2° 4° martedì 8,30-13		
LOMBARDIA			
Milano	Giorni feriali	MARCHE E DALMAZIA	
Bergamo	1° 3° lunedì 9-12,30	C. Mazzini, 18	
Brescia	1° 3° martedì 9-12,30	P. Popolo - V. Archivio.	
Como	2° 4° giovedì 9,30-12,30	V. Ricci, 2	
Cremona	1° 3° mercoledì 9,30-12,30	V. Rossini, 2	
Legnano	2° 4° martedì 9-12	Calle Larga	
Pavia	2° 4° sabato 9-12,30		
LAZIO E UMBRIA			
Genova	Giorni feriali	Littoria.	Domenica 8-12
		Ferugia.	2° 4° martedì 9-13
		Roma	Giorni feriali
		Roma	Giorni feriali
		Terni	Mercoledì 8,30-12
		Tivoli	2° 4° sabato 14-17 (sospeso)
		Viterbo.	1° 3° sabato 9-12
		CAMPANIA	
		Avellino	2° 4° martedì 11-14
		Benevento	1° 3° mercoledì 9,30-12,30
		Caserta.	2° 4° giovedì 9-12 (sospeso temp.)
		Castell. Stabia	1° 3° giovedì 9-12
		Napoli	Giorni feriali
		Portici	2° 4° sabato 9-12
		Salerno.	lunedì e mercoledì
		PUGLIE	
		Barl.	Giorni feriali
		Lece	
		LUCANIA	
		Potenza	Venerdì e Sabato
		CALABRIA	
		Catanzaro	Giorni feriali
		Cosenza.	2° martedì 9-12
		Reggio Cal.	1° 3° mercoledì 9-13
		SICILIA	
		Catania.	Venerdì e sabato 8,30-18
		Messina.	Giorni feriali
		Ragusa.	
		Syracusa	
		Agrigento	
		Enna	
		Palermo.	
		Trapani	
		SARDEGNA	
		Cagliari	
		Iglesias.	
		Nuoro	
		Oristano	
		Sassari.	
VENEZIA TRIDENTINA			
Bolzano	mercoledì e sabato 9-12 15-18		
Bressanone	4° venerdì 9-12 15-18		
Rovereto	martedì, giovedì 9-12 15-18 (1)		
Trento			
VENEZIA VENETA			
Padova	Giorni feriali		
Belluno	2° sabato 9-12		
Isola Scala	2° venerdì 9-12 15-18		
Legnago	1° e 3° venerdì 9-12, 15-18		
Treviso	1° e 3° martedì 8,30-12 (2)		
Udine	2° e 4° martedì 9-12, 14,30-18,30		
Venezia	Giorni feriali		
Verona	lunedì 9-12, 15-18		
Vicenza	3° lunedì 8,30-12		
VENEZIA GIULIA			
Trieste	Giorni feriali		
Fiume	2° e 4° martedì 9-12, 15-18		
Gorizia.	1° 3° giovedì 8,30-12 dal 1°-5 al 30-9		
	e 14,30-16,30 dal 1°-10 al 80-4		
Monfalcone	1° 3° mercoledì (sospeso)		
Pola	2° e 4° venerdì 14-17		
EMILIA			
Bologna	Giorni feriali		
Modena.	1° 3° lunedì 9-13		
Parma	2° 4° giovedì 9-13		
Piacenza	2° 4° mercoledì 9,30-12,30		
Reggio Emil.	1° 3° martedì 9-12,30		
TOSCANA			
Firenze	Giorni feriali		
Livorno.	Lunedì 10-12, 14,30-16		

(1) Consultorio per la G. I. L. - (2) Consultorio per la G. I. L.

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ALLE DONNE ITALIANE

Noi vorremmo che, grazie anche alla saggezza e alla forza di persuasione della

DONNA ITALIANA

la previdenza assicurativa fosse così profondamente intensa, da indurre ogni giovane ad offrire alla sposa, all'atto stesso del matrimonio, una polizza di assicurazione, quale pegno di affetto verace. Se ciò oggi non avviene sempre, non può dirsi che in fondo al cuore di ogni uomo onesto non alberghi un tale sentimento un tale desiderio. Tocca alla donna suscitarlo con amore e tradurlo in pratica nei modi più opportuni, contribuendo alla sua realizzazione in modo positivo. Infatti, una moglie nel chiedere al suo compagno una polizza di Assicurazione al fine di garantire in qualsiasi evenienza il suo futuro e quello dei figlioli, gli domanda indubbiamente, per il presente immediato, un sacrificio pecuniario, per fronteggiare il quale essa :
deve spontaneamente rinunciare a qualche vanità personale;
deve rinunciare a qualche divertimento superfluo;
deve amministrare con la massima parsimonia le entrate famigliari.

Così facendo la moglie, la madre, non soltanto agevolerà l'atto di previdenza del marito, ma avrà direttamente contribuito a creare basi salde e incrollabili per la conservazione e la felicità della famiglia.

Tutte le Agenzie dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni forniscono informazioni e chiarimenti a chiunque ne faccia richiesta.