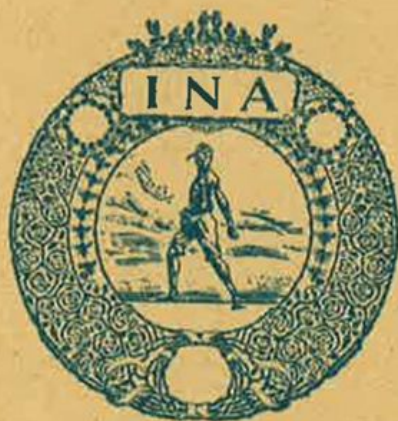


# L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE  
DELLE ASSICURAZIONI



ANNO XI - N. 1

15 FEBBRAIO 1942-XX

DIREZIONE • REDAZIONE • AMMINISTRAZIONE: ROMA, VIA SALLUSTIANA 51



Corporate Heritage  
& Historical Archive

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

SUB-CENTRO SANITARIO - PESCARA, Corso Vittorio Emanuele, 146.

### 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. III di copertina) **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. 50.000 si concede un buono di visita medica gratuita ogni due anni

Tale buono (Mod. S. S. 80) distribuito dalla Agenzia presso la quale l'assicurato paga il premio, è utilizzabile presso i Sanitari disposti ad eseguire le visite alle condizioni convenute con il Sindacato Nazionale Fascista Medico e indicate nel retro del buono stesso. Il medico è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

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

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

**D) Consultazioni gratuite per le seguenti specialità:**

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

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

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

**F) Facilitazioni presso medici specialisti** (per cure odontoiatriche, oculistiche e otorinolaringoiatriche) vedi 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. PENSO. - 5° «L'Assistenza Sanitaria» Rivista bimestrale d'igiene e di medicina preventiva - Edizione speciale.

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

Gli assicurati impossibilitati ad allontanarsi dalla loro residenza possono beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando il materiale da analizzare al Servizio Sanitario della Direzione Generale in ROMA od ai Centri di Assistenza Sanitaria (V. Tab. pag. terza della copertina) col messo più celere, insieme ai Buoni per Esami 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 espettorate 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 prelievo 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

*Fondatore e 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 AMMINISTRAZIONE: VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA  
ABBONAM. ANNUO: PER L'ITALIA L. 20; PER L'ESTERO L. 40; PER I MEDICI FIDUCIARI L. 10

## SOMMARIO

<b>1. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita :</b>	
Dr. F. TOSTI-CROCE, Il carcinoma primitivo del polmone in Assicurazione vita	2
<b>2. Medicina legale delle Assicurazioni Vita :</b>	
Dr. A. STARNA, La psicogenesi del suicidio e sua valutazione agli effetti legali ( <i>cont. e fine</i> )	16
<b>3. Varie :</b>	
Nel Trentennale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni: Congressi cui ha partecipato il Servizio Sanitario	24
<b>4. Notiziario</b>	27
<b>5. Dai Periodici</b>	32
<b>6. Nella nostra biblioteca</b>	45
<b>7. Vuoti nelle file</b>	47
<b>8. Provvidenze Sanitarie</b>	I-III

### SOMMARIO DEL N. 1 - EDIZIONE SPECIALE

<b>1. Consigli agli assicurati :</b>	
a) Dr. F. TOSTI-CROCE: Il singhiozzo	1
b) Dr. E. CHIARI: Il carciofo	3
c) Dr. M. ANDREUCCI: Qualche causa di esaurimento nervoso	5
d) Dalle riviste: Consigli d'igiene pratica	7
<b>2. Provvidenze sanitarie :</b>	
Parte ufficiale: Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati	I-VII

Studi e ricerche di medicina delle A. V.

## IL CARCINOMA PRIMITIVO DEL POLMONE IN A. V.

Dott. FAUSTO TOSTI-CROCE  
Medico della Direzione Generale dell'I. N. A.

Il carcinoma primitivo del polmone è una malattia che, appena qualche decina di anni fa, era considerata come una rarità e la sua possibilità era appena contemplata nella diagnosi delle malattie polmonari; dopo la guerra del 1914-1918 invece la frequenza di questa affezione morbosa è andata sempre più aumentando, tanto che ora, quando la durata di un male si prolunga oltre certi limiti, con una sintomatologia broncopolmonare più o meno evidente ma non bene identificabile col quadro morboso delle comuni malattie dell'apparato respiratorio, il sospetto di un neoplasma si prospetta con insistenza. E' importante quindi che anche il medico di Assicurazione Vita tenga conto di tutto ciò per evitare l'accettazione di soggetti portatori di una tale forma morbosa, come ha già fatto rilevare lo Starna in un lavoro sulla distribuzione anatomico-topografica e regionale dei tumori maligni in Italia.

Questa è la ragione che mi ha indotto a trattare brevemente del carcinoma primitivo del polmone, limitandomi però a toccare i tre punti che maggiormente interessano il medico dell'Assicurazione Vita: cioè l'etiopatogenesi, la diagnosi precoce e la questione medico legale.

Riguardo all'*etiologia* non posso certo indicare la causa vera del carcinoma polmonare, perchè questa è, come purtroppo per tutti i carcinomi, sconosciuta. E' interessante invece rilevarne la *frequenza* sia assoluta sia relativamente ai neoplasmi degli altri organi in rapporto all'età, sesso e razza, e le cause predisponenti.

Come ho già detto il carcinoma del polmone è una forma morbosa in netto aumento e ciò è ampiamente dimostrato da tutte le statistiche, di cui molte fatte con criteri rigorosi. Le statistiche che testimoniano con maggiore certezza questo aumento sono le statistiche costruite su materiale di autopsia, giacchè sull'andamento delle statistiche cliniche possono influire i migliorati mezzi di indagine.

In una recente e completa monografia il Tagliaferro riporta estesamente le ricerche statistiche di numerosi ricercatori per poter dimostrare come da malattia estremamente rara, come la considerava il Langhans nel 1871, il carcinoma broncopolmonare sia diventato malattia frequente e debba venire considerato con particolare attenzione. Riporto alcune di queste statistiche.

In Francia, mentre dal 1921 al 1926 il Roussy non riscontrò neppure un caso di carcinoma broncopolmonare su 1000 autopsie eseguite al Centro anticanceroso di Villejuif, dal 1° agosto 1927 al 1 maggio 1928 ne osservò 2 casi su 64 autopsie.

In Germania, nella stessa città di Gottinga, Feldner su 2096 autopsie praticate dal 1852 al 1879 trovò un solo caso di carcinoma broncopolmonare (0,05 %), Kramer dal 1908 al 1920 12 casi su 3170 autopsie (0,38 %) ed

Egenolf dal 1921 al 1927 9 casi su 1333 autopsie (0,65 %). Nella città di Jena la percentuale di carcinomi polmonari rispetto ad altri carcinomi sale dal 2,2 % nel 1910-1914, al 2,9 % nel 1915-1919 e all'8,3 % nel 1920-1924.

In Polonia, a Leopoli, Norwinsky su 7006 autopsie dal 1886 al 1903 trovò 6 casi di carcinoma primitivo del polmone (0,08 %), mentre Owen su 10.950 autopsie tra il 1902 e il 1907 ne trovò 39 casi (0,36 %).

Starna, nel lavoro citato, riporta una statistica di Markoff su materiale raccolto ad Aarau in Svizzera: su 2500 ricoverati per malattie dell'apparato respiratorio negli ultimi 20 anni sono stati osservati 61 casi di tumore polmonare così distribuiti nel tempo:

Quinquennio	Casi	% sui malati polm. ricoverati
1917-1921	3	0,50
1922-1926	15	2,38
1927-1931	16	2,27
1932-1936	27	4,59

Ricordo anche che Graham, citato da Laumonier e Le Lourd, ha esaminato 62.802 autopsie ed ha trovato: dal 1896 al 1901 una percentuale del 0,54 % di cancro primitivo del polmone, dal 1902 al 1914 il 5,02 %, dal 1914 al 1919 il 6,36 % e dal 1920 al 1925 il 10,30 %.

Lo stesso fenomeno è confermato da altre statistiche americane, inglesi e di altri paesi.

Anche in Italia vi sono, benchè in scarso numero, statistiche che dimostrano il progressivo sviluppo dei tumori polmonari. Tra le più significative ricordo quella dell'Istituto di Anatomia Patologica di Firenze dove dal 1876 al 1919 su 11.000 autopsie non venne osservato nessun caso di carcinoma primitivo del polmone, dal 1920 al 1924 2 casi su 2298 autopsie e finalmente dal 1925 al 1929 ben 5 casi su 2640 autopsie, con una percentuale più che doppia rispetto al precedente quinquennio. Verga e Botteri, nell'Istituto di Anatomia Patologica di Parma, hanno notato un aumento della percentuale di tumori polmonari su tutte le autopsie praticate dal 0,02 % nel decennio 1871-1880 al 0,22 % nel 1921-1930.

Nel registrare questo aumento della frequenza del carcinoma primitivo del polmone anche in Italia concordano pure Ferrari, Fabris, Jona, Galigani e Tagliaferro nel materiale da loro esaminato.

Nel campo assicurativo Starna riporta la statistica della Metropolitan L. I. C. che riguarda la mortalità del ventennio 1911-1930 e comprende 185.000 casi di cancro: una delle poche sedi in cui si è notato un aumento è stata appunto la pleuro-polmonare; infatti la media « standard » annuale del tasso di morti per 100.000 persone ha presentato per il cancro del polmone e della pleura un aumento per gli uomini dal 0,9 nel 1917 al 2,3 nel 1930, toccando un massimo di 2,8 nel 1927, e per le donne dal 0,7 nel 1917 all'1,1 nel 1930 toccando un massimo di 1,7 nel 1928.

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

Per quanto riguarda l'I.N.A. ho riunito nelle tavole I e II i casi di carcinoma riscontrati fra i sinistri dell'I.N.A. dal 1926 al 1938 distinti a seconda della sede, rispettivamente per gli uomini e per le donne.

TABELLA I.

Assicurati dell'I. N. A. - Uomini deceduti per tumori dal 1926 al 1938

CANCRO	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	Tot.	%
Bocca . .	6	12	10	9	14	12	15	14	16	11	10	6	5	140	7,54
Digerent.	39	53	61	65	62	87	83	98	90	98	90	120	121	1.067	57,49
Respir. .	9	5	12	9	9	9	18	16	20	22	22	17	30	193	10,40
Mammel.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	1	7	0,38
Gen.urin.	5	9	14	8	10	7	18	16	22	10	20	13	10	162	8,73
Pelle . .	1	1	—	1	1	1	4	—	4	3	4	3	5	28	1,51
Altri org.	11	9	18	18	16	18	23	19	27	21	36	16	27	259	13,95
<b>TOTALE</b>	<b>72</b>	<b>89</b>	<b>115</b>	<b>110</b>	<b>112</b>	<b>134</b>	<b>156</b>	<b>163</b>	<b>179</b>	<b>165</b>	<b>186</b>	<b>176</b>	<b>199</b>	<b>1.856</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>3,88</b>	<b>4,80</b>	<b>6,20</b>	<b>5,93</b>	<b>6,03</b>	<b>7,22</b>	<b>8,41</b>	<b>8,78</b>	<b>9,64</b>	<b>9,89</b>	<b>10,02</b>	<b>9,48</b>	<b>10,72</b>	<b>100</b>	<b>—</b>

TABELLA II.

Assicurati dell'I. N. A. - Donne decedute per tumori dal 1926 al 1938

CANCRO	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	Tot.	%
Bocca . .	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	4	1,32
Digerent.	2	2	3	8	7	3	12	9	6	4	13	8	17	94	31,13
Respir. .	—	—	—	2	—	1	2	2	—	1	2	4	2	16	5,30
Gen.urin.	3	4	5	3	9	9	15	6	5	10	8	5	11	93	30,80
Mammel.	1	3	3	4	2	5	2	3	2	7	12	4	9	57	18,87
Pelle . .	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2	0,66
Altri org.	2	4	3	1	3	2	1	1	8	1	7	1	2	36	11,92
<b>TOTALE</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>41</b>	<b>302</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>2,66</b>	<b>4,30</b>	<b>4,63</b>	<b>6,62</b>	<b>6,95</b>	<b>6,95</b>	<b>10,93</b>	<b>6,95</b>	<b>7,62</b>	<b>7,62</b>	<b>13,91</b>	<b>7,28</b>	<b>13,58</b>	<b>100</b>	<b>—</b>

Le tavole III e IV poi dimostrano la percentuale annuale dei tumori bronco-polmonari maligni rispetto a tutti gli altri tumori maligni, rispettivamente per gli uomini e per le donne.

TABELLA III (UOMINI).

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Casi di cancro apparato respirat.	9	5	12	9	9	9	13	16	20	22	22	17	30
Casi di cancro di tutti gli altri org.	63	84	103	101	103	125	143	147	159	143	164	159	169
Percen. cancro app. respir. rispetto a tutti i sinistri per cancer dell'anno.	12,50	5,62	7,83	8,18	8,04	6,72	8,33	9,82	11,17	13,33	11,83	9,66	15,08

TABELLA IV (DONNE).

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Casi di cancro appar. respir.	—	—	—	2	—	1	2	2	—	1	2	4	2
Casi di cancro di altri org.	8	13	14	18	21	20	31	19	23	22	40	18	39
Percentuale cancro appar. respir. rispetto a tutti i sin. per cancro dell'anno.	—	—	—	10,00	—	4,76	6,06	9,52	—	4,35	4,76	18,18	4,88

La tavola V infine permette il raffronto della percentuale dei diversi tumori tra i due bienni estremi del periodo di tempo in esame per i nostri sinistrati uomini.

Dall'esame di queste tavole si può anzitutto notare subito il diverso comportamento degli uomini rispetto alle donne; per gli uomini infatti i tumori dell'apparato respiratorio presentano la percentuale più alta dopo quelli dell'apparato digerente, mentre nelle donne essi sono preceduti, oltre che dai tumori dell'apparato digerente, anche da quelli degli organi genitali e della mammella. Inoltre i casi di tumore dell'apparato respiratorio oscillano nelle donne sempre intorno alla stessa cifra, mentre negli uomini si è passati da 9 casi nel 1926 a ben 30 casi nel 1938. Ma su questo diverso comportamento tra uomini e donne ritornerò in seguito. Quello che ci interessa osservare è che per gli uomini si è notato nei nostri sinistrati un netto aumento dei casi di tumore dell'apparato respiratorio, aumento che ha tanto più valore in quanto è accompagnato, come dimostra la tavola III, da un aumento della percentuale dei carcinomi broncopolmonari rispetto ai tumori

di tutti gli altri organi; infatti la percentuale annuale dei tumori dell'apparato respiratorio rispetto agli altri cancri è variata da un minimo di 5,62 % nel 1927 ad un massimo di 15,06 nel 1938, con un aumento quasi costantemente progressivo. La tavola V poi dimostra che la percentuale del biennio 1937-1938 è nettamente superiore a quella del biennio 1926-1927; si passa infatti dall'8,70 % al 12,53 %. Un aumento simile si nota anche soltanto per i tumori dell'apparato digerente; non si è invece verificato per gli altri organi.

TAB. V.

Biennio 1926 - 1927		Organi colpiti	Biennio 1937 - 1938	
Casi	%		Casi	%
18	11,18	Cavità boccale	11	2,93
92	57,14	Apparato digerente	241	64,27
14	8,70	Apparato respiratorio	47	12,53
1	0,62	Mammella	2	0,53
14	8,70	Apparato genito-urinario	23	6,13
2	1,24	Pelle	8	2,13
20	12,42	Altri organi	43	11,48
161	100	Totale	357	100

Come si vede quindi anche l'esame del materiale dell'I.N.A. conferma l'opinione che la frequenza dei carcinomi broncopolmonari tenda a diventare sempre maggiore. Ed effettivamente si deve ritenere che questo aumento sia reale e non apparente; infatti mentre si potrebbe dubitare delle statistiche puramente cliniche, in quanto l'aumento del numero dei casi di tumore broncopolmonare riscontrato potrebbe essere in rapporto ad un miglioramento dei mezzi di indagine, il dubbio non è più lecito quando l'aumento della frequenza dei detti tumori è provata da statistiche anatomiche, concordanti non in questa o quella regione, ma dappertutto. Si tratta quindi di un aumento universale che deve certamente essere in rapporto con le mutate condizioni di vita dell'umanità nel volgere del tempo.

Come tutti i carcinomi anche il cancro broncopolmonare colpisce prevalentemente l'età avanzata, specialmente tra i 45 e i 60 anni, come dimostrano concordemente le statistiche riportate dai diversi autori, benchè siano stati segnalati casi anche in età molto più giovane. Lo stesso comportamento ho potuto notare nei casi di assicurati dell'I.N.A. morti per tumore del polmone: la massima frequenza, sia per gli uomini che per le donne, si è avuta nell'età fra i 50 e 55 anni con l'antidurata più comune di 5-15 anni, come si nota nelle tabelle VI e VII.

Riguardo al sesso è interessante notare come quasi tutti gli autori concordino nell'affermare una frequenza del carcinoma primitivo del polmone

TABELLA VI.

**Assicurati dell'I. N. A. - Uomini deceduti per tumori apparato respiratorio  
dal 1926 al 1938**

ETÀ ALLA MORTE	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 ol tre	TOTALE	%
	—	—	2	8	16	28	31	40	27	25	15		
—	—	1,04	4,15	8,29	15,02	16,06	20,73	13,99	12,95	7,77	—	100	

ANTIDURATA	0-6	6-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10	10-15	15-20	20-25	TOTALE	%
	1	7	14	14	11	15	56	42	23	10		
0,52	3,63	7,25	7,25	5,70	7,77	29,02	21,76	11,92	5,18	—	100	

TABELLA VII.

**Assicurati dell'I. N. A. - Donne decedute per tumori apparato respiratorio  
dal 1926 al 1938**

ETÀ ALLA MORTE	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 oltre	TOTALE	%
	—	—	—	—	2	3	3	4	3	1	—		

ANTIDURATA	0-6	6-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10	10-15	15-20	20-25	TOTALE	%
	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1		

maggiore negli uomini rispetto alle donne; Tagliaferro riporta le statistiche di 48 ricercatori che dimostrano tutte una netta prevalenza del sesso maschile per questa affezione, il che è anche confermato dalla sua propria statistica che è rappresentata da 321 casi di cui 286 uomini e 35 donne. Anche tra gli assicurati dell'I.N.A. deceduti per tumore broncopolmonare sono molto più numerosi gli uomini che le donne; ma questo fatto preso da sè solo non ha alcun valore data la grande sproporzione esistente fra assicurati e assicurate. Lo spiegare con sicurezza il perchè di questo fenomeno non è facile: si risale per lo più al solito argomento della maggiore facilità con cui l'uomo può esporsi a cause irritative svariate per le sue occupazioni e per le sue abitudini. Tuttavia vi è qualcuno, come l'Huguenin, che si è molto occupato di questo argomento in una pregevole monografia, che fa notare come ormai la donna è quasi quanto l'uomo a contatto con le varie cause irritative che possono essere chiamate in causa per la genesi

del carcinoma primitivo del polmone; e d'altra parte il Tagliaferro ha osservato nei suoi casi che, mentre la frequenza è aumentata per gli uomini, è rimasta invece presso a poco costante nelle donne.

Quanto ho detto riguardo all'età ed al sesso dimostra la grande importanza che nel cancro ha il *terreno* in cui si svolge la malattia. Su tale importanza hanno insistito molti autori e molto si è parlato di eredità del cancro: taluni, come Miche, Hinzinger, Nolen, Veit, Ziel, Fiessinger, De Boris, trovano precedenti neoplastici in una percentuale che va dal 10 al 18 %, altri una percentuale del 35 % (Voltz) e perfino del 60 % (Wachtsel); invece Sachs, Berblinger, Bauer, Grower, Kramer ed altri negano l'esistenza di una tara ereditaria neoplastica.

Nell'esame del gentilizio di assicurati dell'I.N.A. morti per tumori maligni, il Romanelli, in uno studio su 500 casi di cancro, ha trovato il 6,9 % di precedenti neoplastici nei familiari, lo Starna invece, nel lavoro già citato, una percentuale del 4,25 %; questo autore però fa notare come, nel caso degli assicurati, si debba tener presente che la denuncia spontanea di queste malattie nei familiari è fatta a malincuore e qualche volta omessa dall'assicurato. Tuttavia lo Starna ha notato che nei morti per altre cause una tara neoplastica figurava nel 3,49 %, poco minore quindi che nei sinistrati per tumori maligni. Si potrebbe perciò parlare, negli individui con un gentilizio tarato per neoplasia, di una predisposizione a contrarre la malattia piuttosto che di una eredità vera e propria, come sosteneva la Slye, la quale affermava che il carcinoma non può colpire che persone già tarate e che, seguendo le leggi mendeliane, il tumore avrebbe a seconda dell'individuo il carattere dominante, recessivo o ibrido. Ad ogni modo si tratta sempre di una predisposizione generica e non di singoli organi all'affezione cancerosa; la localizzazione in questo o quell'organo sarebbe dovuta ad altri fattori e specialmente all'irritazione cronica. Per questo il Ménétrier ha indicato come particolarmente predisposte ad essere colpite da carcinoma broncopolmonare le persone sofferenti da lungo tempo di affezioni croniche dell'apparato respiratorio, perchè in esse il fattore irritativo cronico determina modificazioni istologiche a tipo metaplastico su cui potrà impiantarsi la neoplasia.

Queste metaplasie però non possono essere da sole causa sufficiente a provocare il carcinoma broncopolmonare, data la scarsezza di questa affezione di fronte al grandissimo numero di individui che presentano malattie croniche dell'apparato respiratorio: è necessaria cioè l'azione di un qualche cosa, ancora ignoto, che su un tessuto meno resistente del normale, come è il caso del tessuto metaplastico, può esplicare la sua azione cancerogena.

Quali sono questi fattori capaci di determinare modificazioni istologiche a tipo metaplastico del tessuto polmonare e preparare così il terreno all'eventuale sviluppo di una neoplasia? Li passo rapidamente in rivista per vedere quale è il valore etiologico ad essi attribuibile e perchè la loro conoscenza può essere utile al medico di Assicurazione Vita in quanto la presenza di uno o più di essi nell'anamnesi personale dell'assicurato rappresenta un incentivo ad un esame più accurato dell'apparato respiratorio.

Tali *fattori predisponenti*, che si possono distinguere in fisici, chimici e biologici, sono stati ampiamente e minutamente vagliati dal Tagliaferro, che mette anche in confronto le vedute dei vari ricercatori che si sono occupati

dell'argomento con le considerazioni da lui dedotte dalla sua casistica personale.

Tra i fattori biologici sono state chiamate in causa numerose malattie dell'apparato respiratorio che, attraverso fatti irritativi broncopolmonari, possono dare alterazioni a carico dei tessuti, preparando il terreno allo sviluppo del carcinoma. Così molto si è parlato della grippe, specialmente dopo che è stato notato come l'aumento dei tumori maligni del polmone sia posteriore alla pandemia influenzale del 1918; la constatazione però che l'aumento del carcinoma broncopolmonare si è avuto anche in paesi restati immuni dall'epidemia influenzale ha inficiato questa opinione, sicchè attualmente si può ritenere che la grippe abbia, come predisponente al cancro, lo stesso significato delle altre affezioni acute dell'apparato respiratorio.

Più importanti sono invece le affezioni croniche broncopolmonari, tanto più che il Fabris ha osservato che i tumori polmonari si accompagnano ad alterazioni non neoplastiche dell'organo con una intensità, una estensione, una costanza che non sono paragonabili ad altre localizzazioni tumorali. Tuttavia non si può non notare la grande sproporzione che esiste fra il numero di ammalati di carcinoma broncopolmonare e il numero di ammalati di affezioni broncopolmonari; sicchè forse è più giusto pensare che non sia tanto l'affezione broncopolmonare in sè a favorire lo sviluppo del cancro quanto piuttosto la persistenza dello stimolo irritativo che ha determinato l'affezione stessa e che arriva così a dare le notevoli alterazioni istologiche su cui si potrà impiantare il carcinoma; giacchè si deve ricordare che è sempre attraverso queste modificazioni istologiche che si può provocare una predisposizione locale al cancro. Lo stesso quindi vale per la sifilide, da Letulle particolarmente presa in considerazione nella genesi del carcinoma broncopolmonare; essa può essere presa in considerazione quando arriva a determinare profonde alterazioni istologiche, cosa d'altra parte molto rara, secondo Huguenin. Riguardo al problema dei rapporti tra tubercolosi e cancro del polmone, problema tanto dibattuto per le opinioni opposte dei vari autori, l'esame sereno degli argomenti addotti dai discordi ricercatori porta a concludere che sia inesatta tanto la concezione dell'antagonismo fra tubercolosi e cancro quanto quello del ruolo predisponente della tubercolosi verso il cancro. Se è vero che le forme evolutive di tubercolosi si può dire che non si accompagnano mai al carcinoma broncopolmonare, si deve però ricordare che dette forme evolutive prevalgono nell'età giovanile, poco colpita dal cancro; e d'altra parte se fosse vero che le forme fibrosclerose di tbc. predispongono al cancro, questo dovrebbe essere molto più frequente dato il grande numero di individui con forma specifica fibrosclerosante. Quindi i rapporti che possono intercorrere fra cancro e tbc. sono di pura coincidenza; anche fra i tubercolosi vi sono individui con insita nell'organismo la particolare disposizione ad ammalare di carcinoma e possono da questo essere colpiti se la forma specifica da cui sono affetti permette loro di raggiungere un'età avanzata (forme fibrosclerosanti).

Si può tuttavia ammettere che l'azione cachettizzante e debilitante del carcinoma può risvegliare o riacutizzare un vecchio processo tubercolare ormai silente e farlo passare in primo piano.

Per quanto riguarda i fattori fisici deve essere discussa, come per gli altri tumori, anche per il carcinoma del polmone la possibile influenza di

traumi. Da quanto si può dedurre dalle osservazioni fin qui fatte si deve inclinare a credere che un traumatismo esterno sul torace, specialmente se unico, anche se violento, non sia di per sè sufficiente a favorire lo sviluppo di un carcinoma; nei casi in cui la sintomatologia del tumore segue a breve distanza il trauma, questi deve essere piuttosto considerato, come giustamente sostiene Huguenin, il rivelatore di un processo morboso già iniziato da tempo e ancora silente. Un valore maggiore è invece da attribuire ad eventuali corpi estranei intrabronchiali, che, con la loro prolungata presenza, costituiscono un fattore irritativo cronico capace di determinare modificazioni istologiche notevoli e tali da facilitare l'impianto e lo sviluppo del processo neoplastico; di questo fanno fede un'osservazione di Weiss e Krusen, riportata da Huguenin, e un'altra del Tagliaferro, in cui l'agente irritativo era rappresentato rispettivamente da un ago e da una scheggia metallica (proiettile).

Passiamo infine all'esame dei fattori chimici, che sono i più importanti.

Lasciando da parte i gas da combattimento, le emanazioni gassose delle automobili e altre polveri giacchè su questi fattori le opinioni dei diversi autori sono grandemente discordi, debbo invece accennare subito al catrame, sul quale, come è noto, si sono appuntate le osservazioni e le ricerche di numerosi autori. Col catrame e coi prodotti della sua distillazione sono stati provocati artificialmente carcinomi, specialmente sulla cute. Non volendo qui addentrarmi nella complessa questione dei rapporti tra carcinoma e catrame o altri idrocarburi, mi limiterò ad esaminare l'eventuale influenza del catrame e derivati sul carcinoma broncopolmonare.

Molti autori ottennero in topi trattati con catrame per via cutanea un'alta percentuale (Murphy e Sturm l'83 %) di carcinomi broncopolmonari col carattere di tumori maligni primitivi; dubbi invece furono i risultati quando il catrame venne introdotto nell'organismo degli animali per via intratracheale o endovenosa. Le varie discussioni sorte intorno a questo comportamento del catrame non sono giunte ancora a chiare conclusioni. Ad ogni modo, come conseguenza degli studi sull'azione cancerigena del catrame sorse l'idea di far risalire alla diffusione crescente della incatramatura delle strade la causa dell'aumentato numero dei carcinomi polmonari. Ma contro questo modo di vedere si sono schierati numerosi autori e con fondatezza perchè l'aumento si è verificato anche in regioni prive di strade incatramate, come per esempio hanno dimostrato il Fabris e lo Jona per Venezia, perchè il carcinoma broncopolmonare non è particolarmente frequente nei lavoratori con catrame e perchè, come osserva il Tagliaferro, « se tutto il problema del carcinoma broncopolmonare si basasse solamente sull'inalazione di particelle di catrame sollevate dallo sfregamento dei piedi dei passanti dalla strada asfaltata la possibilità di ammalare sarebbe perfettamente eguale sia per i maschi che per le femmine, mentre le statistiche cliniche ed anatomo-patologiche sono concordi nel dimostrare la netta differenza esistente tra i due sessi per il numero dei colpiti da carcinoma broncopolmonare ».

Connesso al problema del catrame come fattore cancerigeno è quello del tabacco, giacchè ormai quasi tutti gli autori sono d'accordo nel negare un'eccessiva importanza alla nicotina e nel riservare tutta l'influenza cancerigena al catrame di tabacco. Il Neuman Wender fa notare che la quantità di catrame di tabacco è in diretto rapporto con la quantità di parti legnose

delle foglie di tabacco; orbene, mentre queste parti legnose venivano prima scartate, successivamente sono state mescolate in proporzione sempre maggiore col tabacco da fumo. Ciò spiegherebbe l'aumento dei casi di carcinoma broncopolmonare. Della stessa opinione è in Italia il Ferrari, che è un convinto assertore della malefica influenza del tabacco in base anche ai dati statistici riguardanti il parallelo aumento per Trieste del consumo di tabacco e del carcinoma broncopolmonare. Anche il Roffo, che si è a lungo occupato di questo argomento, afferma che le sostanze cancerigene del tabacco appartengono ai catrami, giacchè tra i prodotti di distillazione del tabacco, da lui singolarmente sperimentati, ne esistono alcuni, con i caratteri e le proprietà degli idrocarburi, che si comportano, in rapporto agli esperimenti sugli animali, allo stesso modo del catrame di carbone. E il Roffo fa rilevare che la quantità di catrame contenuta nel tabacco comunemente usato è così alta che si può calcolare che un fumatore di 2 pacchetti di sigarette al giorno (circa un kg. di tabacco al mese) introduce circa 70 gr. di catrame al mese, cioè ben 840 gr. in un anno. Tuttavia se le ricerche di Roffo dimostrano un potere cancerizzante del catrame di tabacco negli animali da esperimento, siamo autorizzati noi a trasportare di peso questi risultati anche nella specie umana? Ci sono troppi fumatori che hanno una vita longeva senza andare mai incontro a neoplasie polmonari, come ci sono parecchi individui morti per tumore del polmone che non hanno mai fumato nella loro vita. Per questo il Tagliaferro, nella cui statistica figurano 38 casi di non fumatori e 88 di modici fumatori di fronte a 184 casi di forti e medi fumatori, è d'opinione che al fumo si debba dare un valore notevole soltanto come causa irritante, determinante catarri bronchiali cronici, laringotracheiti e lesioni broncopolmonari più o meno estese, che potrebbero costituire, per le diminuite resistenze dei tessuti, un terreno di più facile sede per un tumore maligno. Della stessa opinione è anche Lichint.

La questione dell'abitudine al tabacco mi porta a parlare dell'esposizione abituale, per ragioni di lavoro, all'azione di particolari sostanze: intendo cioè accennare al problema dei rapporti fra carcinoma broncopolmonare e professione. In questo campo si può ritenere ormai dimostrato lo stretto rapporto fra neoplasia e professione per quanto riguarda i minatori delle miniere di Shneeberg e di Jackymow, benchè sia ancora difficile dire a quale sostanza, presente nella polvere che si leva nelle suddette miniere, sia dovuta l'azione malefica; molte ricerche sono state fatte in proposito e pare che la maggiore responsabilità debba esser fatta risalire alla elevata radioattività dell'ambiente di lavoro; naturalmente non può essere trascurata anche l'azione irritante meccanica delle polveri, giacchè in tutti i minatori che ammalarono di carcinoma broncopolmonare v'erano segni evidenti di pneumoconiosi; non vi è però nessun rapporto tra gravità della pneumoconiosi e cancro. Anzi è importante ricordare che in molte altre miniere dove il grande sviluppo di polveri determina con facilità negli operai addetti frequenti e tipici quadri di pneumoconiosi, il cancro del polmone non viene riscontrato con particolare frequenza. Anzi dirò di più: le varie statistiche non dimostrano nemmeno una particolare frequenza del carcinoma broncopolmonare in quei mestieri in cui il lavoro viene svolto in ambienti polverosi, come vorrebbero molti autonomi. Si può dire che casi di carcinoma bronco-

polmonare si trovano quasi uniformemente distribuiti nelle più diverse professioni, come del resto si può rilevare anche dalla statistica riguardante i 193 casi di uomini assicurati dell'I.N.A., di cui ho già prima detto.

Salvo perciò alcuni casi ben determinati, come è per le miniere di Schneeberg e di Jackymow, sono d'accordo col Tagliaferro nel ritenere che la professione in se stessa non abbia nella maggior parte dei casi un ruolo di qualche importanza nella genesi delle neoplasie broncopolmonari.

Dalla rassegna di tutte le varie cause accusate a volta a volta come favorenti lo sviluppo del carcinoma broncopolmonare cosa si può concludere? Anzitutto dobbiamo dire che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, nessuno dei vari fattori considerati ha tale importanza da poter essere da solo considerato come causa dell'aumentato numero delle neoplasie polmonari: tuttavia essi hanno tutti una proprietà comune cioè di provocare degli stati irritativi che, prolungandosi per molti anni, determinano delle alterazioni a tipo cronico. Ma il fattore cancerizzante in se stesso è ancora ignoto e deve venir ricercato nell'individuo stesso, la cui resistenza organica viene sempre più diminuita dalla crescente tumultuosità della vita moderna, così ricca di cause irritative.

Un altro punto è molto importante pel medico dell'A. V. in rapporto all'argomento che sto trattando: la *diagnosi precoce*. Dirò subito che questa è difficilissima dato l'inizio subdolo e ingannevole dell'affezione e il suo polimorfismo sintomatologico. E nonostante il gran numero di pubblicazioni consacrate da molti anni al cancro primitivo del polmone bisogna riconoscere che la diagnosi precoce di questa affezione è progredita ben poco. Al Congresso internazionale di Chirurgia del 1938 Tudor Edwards ha citato una serie di 172 malati da lui visti nel periodo di trenta mesi: di questi soltanto 28 erano nei limiti dell'operabilità; nello stesso Congresso Chiarolanza ha riferito una statistica di 100 casi dell'Ospedale di Venezia, che avevano oltrepassato tutti lo stadio dell'operabilità.

Praticamente, prima di essere sospettato, il carcinoma primitivo del polmone viene per lungo tempo inquadrato tra le affezioni polmonari più comuni, specialmente la tubercolosi o le suppurazioni. Overholt, tenendo conto soltanto dei malati ancora operabili da lui visti, calcola in quindici mesi e mezzo la durata media della malattia prima che sia stata posta la diagnosi esatta.

In rapporto alla diagnosi precoce occorre distinguere i neoplasmi periferici, bronchiolari, da quelli dei grossi bronchi, giacchè per i primi la diagnosi precoce è difficilissima, mentre per i secondi è alquanto più facile perchè essi richiamano prima l'attenzione del medico attraverso la sindrome di stenosi bronchiale da essi provocata. Fortunatamente i cancri bronchiolari sono soltanto il 25 % dei tumori primitivi del polmone e i neoplasmi dei grossi bronchi il 75 %.

Nello sviluppo di un neoplasma nell'interno del lume bronchiale si possono distinguere schematicamente tre stadi: stadio prestenosante, stadio di stenosi iniziale e stadio di stenosi completa.

Nello stadio prestenosante o stadio di irritazione bronchiale l'aria non ha alcuna difficoltà a penetrare e ad uscire dal territorio interessato; quindi non vi può essere alcuna visibilità radiologica del tumore nè può esservi qualche modificazione clinica o radiologica nel territorio polmonare la cui

ventilazione è assicurata dal bronco interessato. Non vi sono che due elementi che possono permettere la diagnosi: i segni funzionali e la broncoscopia. Ma in questo periodo i primi sono così scarsi e banali che quasi mai giustificano la seconda, che è un intervento non privo di disturbo: infatti per lo più si ha soltanto una tosse secca, stizzosa che non cede ai comuni sedativi, cui può seguire, al momento dell'ulcerazione del tumore, una emottisi che ha una notevole importanza diagnostica, specialmente se il medico non vuole insistere a classificarla come di origine tubercolare, nonostante la negatività dell'esame obiettivo.

Nel secondo stadio il tumore è cresciuto abbastanza in modo da disturbare l'aereazione polmonare: durante l'infiltrazione il bronco rimane dilatato e l'aria può penetrare, mediante uno sforzo supplementare dei muscoli inspiratori, ma, durante l'espiazione, il bronco si affloscia contro il tumore e l'aria, non potendo più uscire, dilata il parenchima polmonare interessato; si forma cioè, in conseguenza delle modificazioni fisiologiche del lume bronchiale nei due tempi della respirazione, una valvola che determina una ipertensione alveolare in alcuni distretti. Clinicamente questo stadio si può estrinsecare con una dispnea a tipo asmatico della più alta importanza diagnostica; inoltre l'esame fisico e quello radiologico possono mostrare l'esistenza di una zona di enfisema: si tratta di un'area vagamente triangolare, a base parietale ed apice ilare, ben visibile soprattutto nei radiogrammi di profilo o in posizione obliqua.

Questo stadio viene per lo più rapidamente superato giacchè il tumore, crescendo, ostruisce completamente il lume bronchiale: l'aria alveolare si riassorbe e si istituisce una atelectasia tipica. Clinicamente si nota una dispnea dovuta sia alla diminuzione dell'area respirante sia alla deviazione mediastinica. Il malato ha un senso di peso e di costrizione: all'esame fisico si può mettere in evidenza una zona di ottusità su cui il respiro è diminuito. Radiologicamente appare un'ombra marcata triangolare, spesso circondata da una zona di enfisema, cui si accompagnano l'innalzamento della cupola diaframmatica e la diminuzione dei suoi movimenti, la retrazione localizzata della parete toracica e l'attrazione del mediastino verso il lato malato.

Negli stadi precoci l'atelectasia rappresenta, nell'85 % dei casi, la traduzione radiologica del neoplasma polmonare ed è perciò il fattore più importante per la diagnosi di carcinoma broncopolmonare. Gli altri sintomi infatti sono tutti vaghi e niente affatto caratteristici: la febbre, l'astenia, il dimagrimento ed anche l'espettorato color gelatina di lampone sono segni cui la maggioranza degli Autori dà scarsissimo valore. Maggior valore si può dare ai dolori toracici, che però possono assumere tutti i tipi e le tonalità possibili, alla dispnea, di cui ho già detto, che è, secondo Verga e Botteri, precoce e di una intensità sproporzionata ai dati semeiotici, alla tosse, presente quasi nel 100 % dei casi ma senza particolari caratteristiche, ed all'emottisi, non differenziabile però dalle emottisi che si hanno in altre affezioni polmonari. Effettivamente utile alla diagnosi è la broncoscopia, che permette di vedere il tumore; ma essa rappresenta un intervento fastidioso e non scevro di pericoli, e d'altra parte inapplicabile nella pratica dell'A. V.

In conclusione quindi la diagnosi clinica di carcinoma primitivo del polmone, specialmente nello stadio iniziale, deve essere considerata quanto mai difficile giacchè non esiste alcun sintomo nè generale, nè locale, nè

fisico, nè funzionale, nè radiologico che possa venire considerato come patognomonico. E' l'insieme dei sintomi che può orientare il medico verso la diagnosi esatta, ma occorre pensare alla possibilità del tumore del polmone; Huguenin dice che la diagnosi di neoplasia polmonare può essere fatta solo a condizione di pensarci.

Un grande aiuto per la diagnosi è dato dall'indagine radiologica; non è il caso di parlare qui di tutti i vari quadri radiografici che sono stati descritti dai diversi autori; voglio soltanto ricordare che il reperto radiologico nelle forme iniziali con scarsa reazione peritumorale risulta negativo e che non esiste un reperto caratteristico per la neoplasia; come sono possibili tutti i quadri clinici altrettanto possibili risultano i più svariati aspetti radiologici.

Come si vede quindi se non si può pretendere che il medico di A. V., che d'altronde non può usufruire di mezzi diagnostici così utili come la broncoscopia o la biopsia di eventuali linfoghiandole superficiali, possa fare la diagnosi esatta di carcinoma primitivo del polmone, tuttavia esso deve stare sull'avviso e ricordare, in presenza di una sintomatologia poco chiara dell'apparato respiratorio, la possibilità, tutt'altro che rara, di questa terribile affezione: basta il sospetto per ovviare, con le opportune misure, agli inconvenienti e ai danni che dovrebbe sopportare l'Istituto nel caso di ingresso in assicurazione di un portatore ignorato di tumore polmonare.

Dal punto di vista *medico-legale* l'importanza del carcinoma primitivo del polmone è data dalla possibilità che un individuo, sapendo di essere portatore di tale forma morbosa, tenti di contrarre un'assicurazione sulla vita. Poichè la sintomatologia subbiettiva spesso sollecita il soggetto a sottoporsi a indagine broncoscopica oltre che ad accertamenti radiologici, questi può venire a conoscenza della malattia nel periodo iniziale in cui è ancora in buone condizioni generali. Siccome in tali casi la sicurezza della diagnosi può poggiare soltanto sul reperto broncoscopico, se egli vorrà assicurarsi sulla vita, basterà che taccia al medico dell'Istituto assicuratore i sintomi subbiettivi. Allora, potendo nei carcinomi bronchiali iniziali l'esame clinico e spesso anche quello radiologico risultare negativo, l'individuo in questione può essere ammesso in assicurazione. E' evidente che si tratta di casi di malafede per i quali è prevista contrattualmente la nullità di copertura del rischio, qualunque sia l'antidurata del contratto. Di tale malafede un sintomo può essere il fatto che l'individuo, appena assunto in assicurazione, si sottopone ad un intervento chirurgico, che per le forme polmonari primitive, con il crescente progresso della chirurgia moderna, si va dimostrando sempre più felice. Questo modo di agire infatti lascia presumere che l'assicurato era già a conoscenza del suo stato morboso e che lo ha taciuto in malafede. Nell'inchiesta per l'eventuale sinistro tale fatto consiglia ulteriori accertamenti per escludere una incidentale coincidenza.

Purtroppo però questi sono i casi più rari; più facilmente può avvenire che un individuo, portatore di carcinoma polmonare latente, venga assunto in assicurazione. In tali casi talvolta l'assicurato ha taciuto qualche importante sintomo subbiettivo, tal'altra invece non avvertiva egli stesso nessun fastidio: esistono infatti delle forme di tumore broncopolmonare la cui sintomatologia ha un inizio brusco e improvviso. Si tratta perciò o di latenza o di reticenza in buona fede; nel primo caso il capitale assicurato dovrà essere

in ogni caso pagato, nel secondo caso il sinistro può essere contestabile se avvenuto entro 6 mesi dal perfezionamento del contratto e se è possibile dimostrare che l'assicurato si era lamentato di quei disturbi subiettivi taciuti al medico fiduciario dell'Istituto assicuratore.

Queste osservazioni medico-legali dimostrano come il medico fiduciario debba non trascurare i segni anche di scarso valore riferiti dall'assicurato e ciò nell'interesse dell'assicurato stesso, il quale, solo se ha tutto denunciato, è garantito completamente anche nei primi sei mesi di assicurazione.

RIASSUNTO. — L'A. si occupa dell'argomento dal punto di vista della etiopatogenesi, della diagnosi precoce e della medicina legale. Rileva il documentato aumento della frequenza del cancro del polmone sia in senso assoluto sia in rapporto al cancro degli altri organi e mette in evidenza l'importanza del terreno e dei fattori predisponenti esterni per lo sviluppo del cancro polmonare. Mostra la difficoltà della diagnosi precoce esatta di questa affezione morbosa, specialmente nel campo dell'A.V. e termina con alcune osservazioni medico-legali sulla contestabilità o meno dei contratti di assicurazione perfezionati da individui portatori di carcinoma polmonare.

ZUSAMMENFASSUNG. — Der Verfasser erörtert die Frage des primitiven Lungenkrebses aus dem Gesichtspunkte der Ätiologie, der frühzeitigen Diagnose und der gerichtlichen Medizin und zeigt die Bedeutung in der Lebensversicherung dieser Krankheit, die in fortdauernder Weise häufiger wird während ihre Diagnose immer schwer bleibt.

#### BIBLIOGRAFIA

- BURNAND, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 gennaio 1940.  
 EDWARDS TUDOR, *Journal of Thoracic Surgery*, dicembre 1934.  
 FABRIS, *Giornale Veneto di Scienze Mediche*, n. 4, 1938.  
 FERRARI, *Bollettino della Lega Italiana per la lotta contro il cancro*, n. 3, 1939.  
 GRAHAM, SINGER e BALLON, *Affezioni chirurgiche del torace*, Leo et Febiger, Filadelfia, 1935.  
 HUGUENIN, *Il cancro primitivo del polmone*, Parigi, 1928.  
 JONA, *Policlinico, Sez. Pratica*, n. 51, 1937.  
 ID., *Giornale Veneto di Scienze Mediche*, 1936.  
 LAUMONIER e LE LOURD, *La Presse Médicale*, 17 giugno 1941.  
 LICHINT, *Munch. Mediz. Woch.*, 2 agosto 1935.  
 MARKOFF, *Schweiz. Med. Woch.*, n. 32, 1937.  
 OVERHOLT e RUMEL, *Journ. of Americ. Med. Ass.*, marzo 1940.  
 ROFFO, *Deutsch. Med. Woch.*, 13 agosto 1937.  
 ID., *Boll. Ist. di Med. Sperimentale*, n. 47, 1938.  
 ROMANELLI, *Riv. Ospedaliera*, XI, 1921.  
 SERGENT, BORDET e RACINE, *Le Monde Médical*, n. 6, 1938.  
 STARNA, *Assistenza Sanitaria*, n. 4, 15 agosto 1938.  
 TAGLIAFERRO, *Il carcinoma broncopolmonare primitivo*, Trieste, 1941.  
 VERGA e BOTTERI, *Il carcinoma primitivo del polmone*, 1931.

Medicina legale delle A. V.

## LA PSICOGENESI DEL SUICIDIO E SUA VALUTAZIONE AGLI EFFETTI LEGALI

Dr. ALBERTO STARNA

(continuazione e fine - v. num. prec.)

D'altra parte i raffronti di tali cifre sono subordinati alle diverse condizioni economiche nazionali dell'anno di emissione dei contratti. L'alta frequenza dei sinistri dei primi anni costituisce un fenomeno generale per tutte le cause di morte come è già dimostrato dal Graf. 5 nel quale abbiamo messo a raffronto la distribuzione percentuale a seconda l'antidurata dei sinistri verificatisi presso l'I. N. A. entro 20 anni dall'ingresso, sia per suicidio che per tutte le cause. Tale raffronto che si riferisce rispettivamente a 700 e 18000 sinistri fa vedere come le due curve decorrano quasi parallelamente con lieve posticipazione dei suicidi nei quali però l'acme si raggiunge il terzo e quarto anno ed è maggiore. A spiegare il fenomeno si deve ammettere, più che l'ordinario fattore antiselettivo per le comuni malattie, l'esistenza dell'elemento volitivo e forse premeditato, sebbene in grado modesto.

Caratteristico elemento di legittima suspicione per tale causa di morte è invece un altro elemento già denunciato dal Romanelli nel 1931 e confermato da Spitzer e Riedel nel 1933. L'importo medio dei contratti nei suicidi sarebbe per tali ultimi AA. addirittura doppio rispetto ai sinistrati per tutte le altre cause.

Infatti l'importo medio di questi contratti ascenderebbe a L. 32.000 rispetto a L. 14.000 per tutti gli altri contratti dei sinistrati per altre cause in Italia; ed all'estero sarebbe di L. 27.000 rispetto a L. 13.000 per gli altri sinistrati.

Che esistano casi di suicidio premeditato prima della stipulazione del contratto è indubbio. Marsella ne riferisce qualcuno nel quale il suicidio doveva considerarsi volontario in questo senso specifico; nel caso cioè di vera stipulazione assicurativa secondo la interpretazione dell'art. 450 di alcuni giuristi (Lordi e Ilardi).

Di speciale interesse per il medico legale è la dissimulazione del suicidio nell'assicurazione sulla vita. Questo comportamento, che per ragioni sociali eccezionalmente si riscontra nei suicidi ordinari (come nel caso di Huke, nel quale i familiari simularono un incidente), è giustificato dalla clausola di carenza che esiste nella quasi totalità delle polizze di assicurazione. Qualche società anzi esclude il rischio suicidio in modo assoluto. Può dunque accadere che, trovandosi la polizza in periodo di carenza e pertanto non liquidabile se la morte avvenne per suicidio, l'assicurato si procuri la morte con un mezzo insolito che simula nelle circostanze un malore improvviso, un accidente e perfino un omicidio.

Per raggiungere la prima simulazione il mezzo preferito è l'avvelena-

mento; Hoffmann ricorda il caso di una signora che ingerì del cianuro di potassio mentre assisteva ad una rappresentazione del teatro d'opera e morì in pochi istanti; l'iniezione di un potente veleno è stata anche descritta nei suicidi di assicurazione sulla vita. La simulazione dell'accidente più frequentemente è ottenuta con l'ingestione, asserita casuale, di medicinali o di soniferi in dosi massive, questa forma di suicidio è abbastanza frequente. Talvolta l'accidente simulato è di natura violenta a tipo d'infortunio come nel seguente che avemmo occasione di osservare personalmente vari anni fa.

Si trattava di un commerciante di vini che versando in cattive condizioni finanziarie aveva già cercato di stipulare una forte assicurazione contro gli infortuni nella provincia di residenza; ma l'Ente venuto a conoscenza delle condizioni economiche non rispondenti al capitale da assicurare declinò la richiesta. Egli allora si recò in un'altra regione e contrasse una assicurazione sulla vita per un importo anche maggiore. Dopo dieci giorni dal perfezionamento notificò con una lettera espressa la variazione del beneficiario ed il giorno seguente fu trovato morto per presunto incidente automobilistico che si era svolto di notte in corrispondenza di una curva pericolosa della strada provinciale ove giorni prima si era verificato un altro incidente mortale. La impossibilità di far ottenere all'Ente elementi probativi della volontà suicida non permise la contestazione.

Anche Palme in una relazione al X Congresso internazionale degli attuari nel 1934, in base ad elementi statistici svedesi concludeva come un certo numero di sinistri in periodo di carenze e motivati da asserito infortunio siano in realtà suicidi mascherati. Tale evenienza egli l'avrebbe riscontrata specialmente nei casi di capitali elevati, nonchè per le morti da annegamento e da avvelenamento.

Di simulazione di omicidio in un assicurato ne riferisce un bel caso Hoffmann che lo riporta da Gross; l'individuo venne trovato ucciso su di un ponte mancante di portafoglio e dell'orologio con la catena. Le disastrose condizioni finanziarie fecero avanzare dei sospetti sulla veridicità dell'omicidio per grassazione. Vennero fatte ricerche nel fiume sottostante e fu trovata una rivoltella legata con una fune ad un grosso sasso. Quest'ultimo caso è raro in medicina legale a differenza dell'evenienza inversa in cui il cadavere dell'ucciso viene, dopo la consumazione, truccato per opera dell'assassino in modo da simulare il suicidio.

Può infine accadere che il suicidio voleva esser simulato (V. I<sup>a</sup> ipotesi della tabella sui componenti psicologici già illustrati) ma poi per condizioni imprevedute si è compiuto; in un caso simile di Haberda dovuto ad impiccagione e riferito dal Carrara-Romanese, la giurisprudenza negò trattarsi di suicidio ed il sinistro fu liquidato ugualmente. Fu poi ammessa l'accidentalità in un caso, descritto pure dal Carrara-Romanese, nel quale l'impiccagione fu seguita da morte tardiva dopo i soccorsi.

Fuori del campo assicurazione sulla vita è stata riscontrata la dissimulazione del suicidio in alcuni speciali casi in cui la conoscenza del suicidio farebbe perdere il diritto alla pensione ai familiari come si verificava presso l'antica amministrazione austriaca. Nella letteratura abbiamo riscontrato un solo caso probabile di suicidio in cui il soggetto, rovinato economicamente, voleva simulare l'omicidio per vendicarsi di nemici personali sui quali voleva far ricadere la responsabilità di fronte alla legge.

E' questo il caso del notaio Taranto verificatosi a Gioia del Colle oltre 40 anni fa; di esso si interessò il Lombroso e fu oggetto di un lavoro del Carrara nel 1928. Tale caso risulta strano nelle apparenze in quanto il soggetto inscenò dei precedenti con un diario e nel fatto la morte fu provocata da un colpo di rivoltella esplosa nella regione sottoscapolare; ma psicologicamente tra i moventi del suicidio è frequente il desiderio di voler costituire, attraverso il sacrificio della propria persona, l'incubo e l'eterno rimorso di persone che il suicida ritiene la causa di tutti i propri disastri.

Riassumendo quanto abbiamo visto a proposito del « suicidio volontario » per quanto si riferisce all'art. 450 del Cod. di Comm. dobbiamo concludere che a differenza di ciò che il legislatore voleva intendere con tale clausola liberatoria molto spesso la giurisprudenza, seguendo la perizia medica fondata su elementi etici e psicologici assoluti, ha finito col sostituire nell'applicazione pratica al significato di uso comune del termine quello filosofico metafisico. Ne è conseguita la impossibilità da parte degli Enti di assicurazione di poter dimostrare la volontarietà del suicidio. Tale inconveniente è stato riconosciuto anche recentemente dal Gentile in uno studio su tale argomento.

In tali condizioni gli ultimi progetti legislativi hanno finito col riconoscere l'inutilità di discriminare gli elementi psicologici della imputabilità secondo la dizione nel vecchio codice e che erano stati prospettati in alcuni progetti. Così la Commissione Ministeriale del 1921 diceva: « ... il suicidio dell'assicurato libera l'assicuratore a meno che sia stato compiuto in condizioni tali da escludere la libertà e la coscienza dei propri atti ». Un criterio intermedio adottò la Commissione Reale per la riforma dei Codici del 1925 che ammetteva una carenza di un anno durante il quale però era « concessa facoltà ai beneficiari di dimostrare che il suicidio era stato commesso in condizione da escludere la libertà e la coscienza dei propri atti »; cioè l'onere della dimostrazione spettava al beneficiario.

Tale riserva, come è facile comprendere, di fatto annulla ogni valore alla clausola di carenza data la liberalità della giurisprudenza nel riconoscere il suicidio quale atto non volontario. Nel successivo progetto Mossa la carenza diviene assoluta e raggiunge l'anno, sale a due anni nel progetto delle Imprese Assicurative, giusta le già citate disposizioni del Ministero delle Corporazioni e per egual periodo è stato mantenuto nel Progetto Ministeriale 1940. E' interessante notare come in quest'ultimo venga esplicitamente specificata la condizione « da qualunque causa il suicidio sia determinato »; la carenza costituisce l'unica riserva per la liquidazione.

Un tale trattamento risulta veramente equo secondo il nostro modesto parere; ciò sia perchè il suicidio dal punto di vista scientifico può esser considerato un evento fortuito allorchè viene a cessare la capacità volitiva di vivere e di lottare e pertanto non sarebbe equo rifiutare indefinitivamente la copertura del suicidio, sia perchè si deve ritenere che la predeterminazione dell'atto non possa protrarsi per un lungo periodo di tempo. I suicidii consumati da parte dei titolari di contratti con lunga antidurata, anche se volontariamente determinati, possono ascrivere agli eventi biologici fortuiti e pertanto la liberazione prevista dall'art. 450 Cod. Comm. non aveva ragione di essere mantenuta. I dati statistici che abbiamo presentato nella

Tavola 8 confermano come la predeterminazione al suicidio sia evento non facilmente dimostrabile.

Si può soltanto presumere che talvolta un assicurato trovi nel pensiero di un vantaggio economico ai familiari un coefficiente secondario alla determinazione dell'atto. Purtroppo tutte le forme previdenziali presentano qualche possibilità per il male uso di un nobilissimo mezzo; come l'assicurazione infortuni ha creato l'autolesionismo e le sinistrosi così in grado molto minore l'assicurazione sulla vita sopra una mente malata e avvilita può contribuire a questa violenza che infrange ogni istinto naturale.

Alcune compagnie americane di assicurazione vita concedono in caso di morte per accidente la liquidazione di un capitale doppio di quello assicurato; si sono appunto verificati dei casi di suicidio denunciati per infortunio e liquidati come tali secondo riferisce il FOXWORTHY. In Italia le polizze di tipo popolare ammettono questo raddoppiamento soltanto quando la morte è dovuta ad infortunio sul lavoro e pertanto l'occasione di lavoro rende impossibile una simile falsa denuncia.

Dobbiamo infine ricordare un'altra rara possibilità, quella cioè del suicidio nelle assicurazioni facoltative infortuni le quali ultime per parere della Corte Suprema sarebbero giuridicamente una varietà di assicurazione sulla vita; equiparazione che viene contestata da Salandra e da altri giuristi. Potrebbe dunque accadere che la forza esterna violenta in occasione di infortunio determini una lesione dei centri nervosi (termine medio) cui può seguire uno squilibrio psichico che successivamente conduce al suicidio.

Nella giurisprudenza straniera troviamo che la Oberlandesgericht di Monaco deliberando con sentenza del 5 giugno del 1934 riconobbe come lo *choc* nervoso sopraggiunto in seguito ad un disastro (nel caso il soggetto si trovava in un vagone ferroviario che subì un grave investimento per cui l'assicurato ebbe un violento scuotimento del corpo senza lesioni) pur non essendo compreso nel rischio può determinare un tale turbamento nervoso da condurre l'assicurato al suicidio (nel caso 10 giorni dopo l'investimento) e per tal guisa è risarcibile.

Come si comprende siamo in campo doppiamente opinabile poichè anzitutto l'azione traumatica fu puramente psichica ciò che non rientrerebbe secondo alcune polizze tra le alterazioni di natura fisica e per di più v'è da dimostrare attraverso le cognizioni mediche la correlazione causale tra la scossa nervosa per cui è dovuto il risarcimento ai danni ed il suicidio, rapporto che è stato ammesso dalla Corte di Monaco. Tale rapporto è straordinariamente difficile a dimostrare, poichè, come opportunamente tiene a ribadire il Palmieri, è inesatto presumere che la violenza degli effetti documentati come violenta la causa. E' indispensabile, nota il Palmieri « dimostrare che le condizioni ambientali o psico-somatiche precisamente identificate hanno in quel determinato caso conferito carattere di abnormità all'evento che ha prodotto le lesioni lamentate ».

Di opinione diversa a quella surriferita dalla Corte di Monaco è stata la Corte di Cassazione d'Italia nella vertenza Cicinelli-« L'Anonima Infortuni » che riguardava un caso di suicidio per annegamento dell'assicurato avvenuto a distanza di parecchi mesi dall'infortunio automobilistico il quale aveva prodotto un trauma cranico. In tal caso la Corte tenute presenti le condizioni di

polizza che richiedono un rapporto di causalità « diretta, esclusiva e provata », così si esprime nel testo della sentenza emessa in data 2-II-38.

« Nell'assicurazione contro gli infortuni invece il rischio è alquanto diverso da quello che è oggetto dell'assicurazione vita. Mentre in questa solo la morte determina il pagamento dell'indennità, a seconda che sia involontaria o meno salvo patti differenti, nell'altra il risarcimento è subordinato alla esistenza d'un infortunio che abbia prodotto semplici lesioni od addirittura la morte, anche non all'istante. Ora, è manifesto che nell'assicurazione contro gli infortuni non si fa direttamente questione sulla volontarietà o meno della morte, ma di morte, prodotta o meno dall'infortunio. E quando la morte non si presenti con sicurezza quale conseguenza dell'infortunio, ma sia il risultato di varie cause, delle quali alcune completamente estranee all'infortunio ed altre, come il suicidio, con esso in eventuale connessione, si tratta d'ipotesi non solo estranea all'art. 450 Cod. Comm., ma suscettibile di libera determinazione delle parti nel contratto d'assicurazione ».

D'altra parte non bisogna dimenticare che le reazioni psichiche e nervose da spavento vanno distinte dalle reazioni psichiche da risarcimento così frequenti in infortunistica e che, vere pretestazioni, possono essere avanzate anche nei casi del genere.

Non si deve dimenticare che le reazioni da spavento le quali comprendono, secondo uno studio del Buscaino citato dal Dalla Volta, sintomi somatici e psichici risolvono in ore od in qualche giorno al massimo. Anche lo stato psichico ansioso che potrebbe collegarsi al suicidio è quindi assolutamente fugace. Pertanto la nostra opinione è per l'ultima sentenza della Cassazione sopra citata.

Certamente in questi casi la responsabilità contrattuale risulta limitata dalle esplicite condizioni di polizza; invece come di norma accade nel campo civile, in caso di responsabilità extra-contrattuale il risarcimento per infortunio risulta più oneroso attraverso un termine medio il quale può costituire la causa efficiente di una malattia mortale; nel caso in esame rispettivamente la psicosi post-traumatica ed il suicidio. Nella letteratura esiste una numerosa casistica del genere; già abbiamo ricordato il suicidio illustrato da Cattabeni e Vergani nel qual caso si aveva una buona condensazione cronologica poichè esisteva appena un mese di distanza tra l'investimento e il suicidio.

A tal proposito tali A.A. hanno rilevato l'importanza che si richiede per poter precisare il ruolo causale o concausale del trauma e riconoscono che, nelle assicurazioni infortuni private, nella seconda evenienza esisterebbe la liberazione contrattuale, ugualmente nella responsabilità extra-contrattuale il risarcimento sarebbe parziale. Conveniamo perfettamente con Cattabeni e Vergani in questa interpretazione.

Al contrario il suicidio secondario a trauma da infortunio sul lavoro viene ormai riconosciuto coperto dalle condizioni contrattuali, come ha confermato la relativa giurisprudenza.

Con la evenienza del suicidio secondario ad infortunio extra-contrattuale, che viene a costituire la responsabilità altrui con obbligo di risarcimento al danno in base agli articoli 1151 e 1152 dell'attuale C. C., abbiamo esaurito l'esame delle possibilità nelle quali il suicidio viene preso in considerazione dalla giurisprudenza civile e commerciale.

A completare la nostra rassegna ricorderemo ancora come in tema di Diritto Corporativo l'evento suicida non esoneri il datore di lavoro dal corri-

spondere agli eredi dell'impiegato le indennità di legge, come troviamo in una sentenza della Corte di Appello di Trieste (Soc. Poziano-Bovi) del 17 novembre 1936. Al contrario ci risulta che in applicazione della Legge delle Pensioni di Guerra in occasione del suicidio di militari non è stata mai ammessa, anche per coloro che risiedevano in Africa Orientale, la dipendenza da causa di servizio e quindi viene sempre denegata la pensione.

Infine per quanto riguarda l'invalidità che consegue ad un tentativo di suicidio possiamo ricordare che, mentre nelle forme collegate all'assicurazione sulla vita il riconoscimento viene escluso da disposizioni contrattuali, nelle assicurazioni sociali non esistono recenti disposizioni in tal senso. In realtà il Regolamento del 21 aprile 1919, come osservava Tovo in una nota del 1923, sembrava escluderlo ed ugualmente si potrebbe dire del Regolamento per l'esecuzione della legge del 30 dicembre 1923, sebbene l'art. 66 parli di diniego a coloro che « sono divenuti invalidi per atto volontario », dizione che potrebbe essere intesa come riferita soltanto a coloro che si sono provocata la invalidità a scopo di lucro. Ma la legge del 1935 e le modificazioni apportate nel 1939 non danno alcun riferimento in merito e l'I. N. F. P. S. non fa abitualmente alcuna riserva per la liquidazione.

**CONCLUSIONI.** — Come abbiamo visto il suicidio per le speciali caratteristiche che riveste non risulta perseguibile penalmente nella persona del reo forse in quanto accomuna in uno stesso soggetto la figura della vittima e del colpevole; la responsabilità altrui quali l'istigazione o l'aiuto (art. 580 C. P.), l'omicidio del consenziente che costituisce una nuova figura giuridica (art. 759 C. P.) sono invece contemplati e severamente puniti dalla legge. In particolare per il sanitario il suicidio potrebbe costituire oggetto di imputazione in base all'art. 717 C. P. per omessa denuncia di malattia di mente o di grave infermità psichica.

Nel Civile il suicidio può costituire motivo di annullamento della capacità specie nei riguardi di un atto spesso cronologicamente connesso al suicidio cioè il testamento (articolo 763 C. C. oppure 137 Libro II nuovo C. C.) ma abbiamo visto come per opinione dei medici-legali ed in base alla pratica giurisprudenziale sia straordinariamente cauta nell'ammettere una simile incapacità.

Al contrario secondo il C. di Comm. il suicidio dell'assicurato sulla vita costituisce, secondo la stessa pratica, fenomeno ritenuto il più spesso involontario e pertanto in tali casi non viene quasi mai ammessa la liberazione ipotizzata dall'art. 450 del C. di Comm. A tal proposito gli ultimi progetti di legge (art. 767 del nuovo Libro delle Obbligazioni) hanno sostituito al difficile criterio dell'accertamento della volontà un periodo di carenza, dopo di che il sinistro viene ritenuto sempre liquidabile. Questo nuovo criterio, pur essendo antiscientifico e piuttosto salomonico, offre grande praticità sostituendo al criterio psicologico un criterio cronologico e di fatto copre la maggior parte dei sinistri per suicidio.

Nel campo delle assicurazioni private infortuni, il suicidio secondario a trauma presenta una giurisprudenza discordante, ma è orientata, specie per le esplicite condizioni contrattuali, in senso contrario al riconoscimento del nesso causale; viene invece ammesso il risarcimento nelle assicurazioni sociali.

Giustamente l'Ottolenghi molti anni fa lamentava come non fosse ancora

sorta la fase psicologica positiva nel Diritto Civile e nei nuovi Codici essa non ha potuto progredire di molto; però opportunamente l'antica perizia è stata sostituita nel nuovo Codice di Procedura Civile dai mezzi di prova che il Consulente tecnico può offrire verbalmente al Giudice di cui costituisce un ausilio.

I vantaggi di tale metodo rispetto all'antica perizia, troppo spesso dottrinarie e insufficiente allo scopo, sono evidenti e la soluzione dei delicati quesiti medico-legali da noi prospettati a proposito del suicidio se ne potrà avvantaggiare anche in altri campi medico-legali; come ha recentemente illustrato anche il Canuto.

Nel chiudere questo studio non possiamo fare a meno di avvertire come, data la vastità dell'argomento ed i limiti che ci siamo imposti, esso più che una rassegna completa vuol essere un tentativo di coordinamento e di inquadramento, sia del meccanismo psicogenetico del suicidio, sia delle valutazioni legali che l'evento provoca nei riflessi della giurisprudenza tanto per i successori del suicida che riguardo terzi, i quali abbiano comunque istigato o indirettamente contribuito a provocare l'atto in esame, oppure abbiano delle obbligazioni di varia natura, specialmente assicurative.

Abbiamo passato in esame, dopo l'analisi psicologica e psicopatologica, le norme legislative ed il comportamento della giurisprudenza di fronte al doloroso ed antisociale fenomeno del suicidio. Esso è sempre apparso così oscuro nei suoi moventi, che la scienza medica insieme all'uomo di legge tendono a considerare un tale atto come quello di persona vinta la cui responsabilità è limitata. La legge non ha affrontato il problema base, che è filosofico, si è limitata a circoscriverlo nei rapporti civili e soprattutto ha cercato di salvaguardare la volontà individuale fino a che non fosse profondamente alterata cercando di conciliare le opposte opinioni della scienza psichiatrica.

Anche le battaglie economiche, affettive, morali, gli acciacchi dell'età, richiedono le proprie vittime per una specie di scempenso della volontà. Noi tutti sentiamo la nostra debolezza e quale sforzo volitivo richieda la vita per essere vissuta; talvolta vorremmo arrestarci per un attimo di riposo, ma l'amor proprio, la febbre di procedere ci sospinge senza tregua: avanti, sempre più avanti.

Vana illusione! La primavera della vita e dell'amore arrise colle stesse lusinghe ad altri esseri, come oggi a noi, mille anni fa, tornerà ad arridere ad altri tra mille anni ed altri ancora. L'uomo tesse la propria piccola parte di tela nella continuità delle generazioni non per sé, come egli crede, ma per tanti altri che non l'avranno mai conosciuto nè sapranno della sua esistenza. Se la volontà di vivere cessa, ciò che accade come vedemmo piuttosto nell'età senile, il corpo diventa una prigione per lo spirito inquieto che vuole evadere da quanto è stato testimone delle proprie illusioni e delle proprie sconfitte. La società civile che molto ha dato all'individuo gli ha chiesto forse di più.

Veramente allora colui che è forte di spirito od il credente, riguardando dopo le notti insonni Espero che impallidisce ai primi chiarori dell'alba, potrà con il Poeta del dolore attendere serenamente dal naturale fluire del tempo l'arrivo della «bella Morte pietosa».

«... Sperare se non te sola,  
solo aspettar sereno  
... ch'io pieghi addormentato il volto  
nel tuo virgineo seno».

In questa raffigurazione classica, mite e quasi materna, della Grande Egualitricice, l'affaticato spirito dell'uomo trova simboleggiato l'adempimento dell'estremo voto che lo conduce all'agognato riposo dopo tanta lotta in cui ha consumato tutto se stesso.

## RIASSUNTO.

Allo scopo di individuare la psicogenesi del suicidio l'A. ha proceduto all'esame delle indagini statistiche, dei reperti anatomo-patologici e delle indagini psicologiche giungendo alla revisione di alcune opinioni prevalenti sia per quanto riguarda la frequenza del fenomeno che risulta fortemente prevalente nel sesso maschile ed in età senile, sia per quanto riguarda turbamenti psichici che si estendono dal campo ideo-affettivo a quello degli istinti somatici e della coscienza dell'Io.

Nella seconda parte l'A. espone le varie evenienze in cui sono diversamente presenti gli elementi della responsabilità giuridica e della responsabilità etica. Quindi illustra le sanzioni verso terzi previste dal C. P. e la eventuale incapacità civile del suicida.

A tal riguardo di speciale importanza si dimostra la giurisprudenza assicurativa che l'A. tratta sia per il ramo vita che per quello infortunistico. All'indagine sulla volontarietà dell'atto contemplata dal C. di Comm. del 1882, che è di difficile accertamento, l'A. trova preferibile il criterio adottato dall'art. 767 nel Libro delle Obbligazioni del nuovo C. C., criterio che riesce di facile applicazione.

In tal modo viene superato, ma non risolto, il dualismo tra la concezione scientifica che riscontra sempre un grave turbamento nelle facoltà psichiche di questi soggetti e la concezione legale che rende l'uomo sempre responsabile e civilmente capace fino a che non esistano gravi alterazioni della coscienza e della volontà nel senso ordinario del termine.

## ZUSAMMENFASSUNG.

Der Verfasser, um die Psychologie des Selbstmordes individualären zu können, hat die statistischen Untersuchungen, die anatomischen-pathologischen Befunde, und die psychologischen Untersuchungen geprüft, mit dem Resultat an der Revision einiger Meinungen, die eine Vorherrschaft hatten, sowohl in Anbetracht der Frequenz des Phenomens, der sich in prevalenter Weise für das männliche Geschlecht und im Greisealter hervorzeigt, als auch in dem ideo-affektiven Bereich ausbreiten, an jeren der somatischen Instinkten und dem Bewusstsein des Ichs, gelangen zu können.

Im zweiten Teil der Schrift, der Verfasser stellt uns vor die verschiedene Möglichkeiten, in der, in verschiedener Weise, die Elemente der juristischen Verantwortung und der äthischen Verantwortung bei sind. In Fortsetzung wird uns ein Bild der Sanktionen in Straffgesetzbuche, der eventuelen zivilen Unfähigkeit des Selbstmörders und aller ärztlich-juristischen Probleme, in der Lebens und Unfallversicherung, gegeben.

(La bibliografia si pubblica negli estratti).

Varie

## Nel primo trentennale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (1913-1942)

### CONGRESSI CUI HA PARTECIPATO IL SERVIZIO SANITARIO.

Il Servizio Sanitario dell'I.N.A., nel 1913 era uno dei dieci Uffici e precisamente il sesto della Direzione Generale; dopo un periodo in cui divenne un Segretariato alle dipendenze del Direttore Generale, tornò, nel 1925, ad essere uno dei Servizi, e dal 1928 ha cominciato a partecipare ai vari Congressi in Italia e all'Estero.

Il primo Congresso cui il Servizio Sanitario aderì fu il 5° Congresso Internazionale Medico per gli infortuni sul lavoro e per le malattie professionali che fu tenuto a Budapest dal 10 al 13 settembre 1928.

Seguì il 1° Congresso Nazionale Italiano di Scienza delle Assicurazioni che ebbe luogo a Torino dal 20 al 23 settembre 1928. Il Servizio Sanitario collaborò con le seguenti comunicazioni: « Confronto fra la mortalità generale del Regno e la mortalità nel gruppo scelto degli assicurati per alcune cause di morte » - « Le cause di morte in rapporto alle misure somatiche » - « Il rischio di invalidità nell'assicurazione vita ».

E nello stesso anno aderì al 34° Congresso della Società di medicina interna che ebbe luogo in Roma dal 12 al 13 ottobre 1928.

Nel giugno 1929 fu presente al Convegno Nazionale di medicina sociale a Milano (17 al 19 giugno 1929).

Aderì al 2° Congresso Italiano di genetica ed eugenetica che ebbe luogo a Roma dal 30 settembre al 2 ottobre 1929.

Così pure al 35° Congresso della Società Italiana di medicina interna che ebbe luogo a Genova nell'ottobre 1929.

Seguì quindi l'8° Congresso Nazionale di medicina del lavoro tenuto a Napoli dal 10 al 13 ottobre 1929 in cui fu letta la comunicazione « Le cause di morte più frequenti tra i medici assicurati presso l'I.N.A. verificatesi nel decennio 1919-1928 ».

Nell'aprile 1931 al Congresso Internazionale di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica, tenuto a Milano dal 20 al 26 aprile 1931, collaborò con la comunicazione « L'assistenza sanitaria agli assicurati vita e le provvidenze adottate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ».

Al 6° Congresso Internazionale degli infortuni e delle malattie del lavoro, a Ginevra dal 3 all'8 agosto 1931, l'Istituto presentò la comunicazione « Le cause di morte degli elettricisti e dei muratori assicurati con l'I.N.A. ».

Al Congresso Internazionale per gli studi sulla popolazione, a Roma dal 7 all'11 settembre 1931 collaborò con la comunicazione « Le cause di morte in rapporto alla statura ».

Dal 7 al 10 marzo 1932 fu tenuto a Lione il 3° Congresso Internazionale di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica. Il Servizio Sanitario vi partecipò con una comunicazione: « L'assistenza sanitaria alle classi medie realizzata dall'I.N.A. » e partecipò inoltre alla Mostra annessa al Congresso in occasione della Fiera di Lione.

Partecipò al 2° Congresso della Società Italiana di medicina sociale a Roma, dal 5 al 7 marzo 1932.

Dal 23 al 25 aprile 1932 fu tenuto a Milano il 10° Congresso Nazionale di medicina del lavoro ed ivi fu letta la comunicazione dal titolo « Le cause di morte più

frequenti tra i farmacisti e gli appartenenti al Clero, assicurati con l'I.N.A. e morti nel periodo dal 1920 al 1930 ».

Partecipò al 22° Congresso di idrologia e climatologia che ebbe luogo dal 25 al 30 maggio 1932 a Montecatini.

Seguì il Congresso di medicina legale generale e di medicina legale delle Assicurazioni, in Roma dal 1° al 4 giugno 1933.

A questo Congresso fu ufficialmente inserita la Medicina legale delle Assicurazioni vita. Il Servizio Sanitario vi partecipò attivamente con una relazione « La Medicina legale nell'Assicurazione vita » e con le seguenti comunicazioni: « Nuovi concetti medico-legali sulla demenza paralitica specialmente in rapporto all'assicurazione vita » - « Il compito e la responsabilità del medico fiduciario nella raccolta dell'anamnesi per il contratto di assicurazione vita ».

Una seduta del Congresso fu tenuta nei locali della Direzione Generale dell'I.N.A.

Nel settembre-ottobre 1932 ebbe luogo in Roma l'8° Congresso Nazionale della Associazione Italiana Fascista per l'igiene in cui fu illustrato « Il contributo dell'I.N.A. all'igiene e all'assistenza sanitaria ».

Dal 5 al 9 novembre 1932, a Trieste, al 2° Congresso Nazionale della Scienza delle Assicurazioni, il Servizio Sanitario collaborò con le seguenti relazioni: « La clausola di incontestabilità delle polizze di assicurazione sulla vita umana nella pratica medico-legale » e « La clausola di incontestabilità della polizza di assicurazione sulla vita umana nella nostra giurisprudenza ».

Aderì all'11° Congresso Nazionale di medicina del lavoro, a Torino (dal 29 al 31 ottobre 1934).

Dal 23 al 27 luglio 1935 ebbe luogo a Londra il 1° Congresso Internazionale di medicina delle Assicurazioni vita. Il Servizio Sanitario ebbe ivi la Vice-Presidenza del Congresso e vi partecipò con una relazione « Le ulcere gastro-duodenali nella Assicurazione vita » e con due comunicazioni: « La statistica medica presso l'I.N.A. » e « Le realizzazioni nel campo dell'assistenza sanitaria agli assicurati dell'I.N.A. ».

Aderì al Congresso Internazionale di studi sulla popolazione che ebbe luogo a Berlino dal 26 agosto al 1° ottobre 1935.

Dal 28 al 30 settembre 1935 ebbe luogo a Venezia il 1° Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari. Il Servizio Sanitario collaborò con una relazione: « L'assistenza sanitaria agli assicurati in forma popolare » e con le comunicazioni: « Le questioni medico-legali nelle Assicurazioni Popolari » - « Le cause di morte nelle Assicurazioni Popolari nel triennio 1932-34 » - « Le funzioni del medico nella accettazione dei rischi nelle Assicurazioni Popolari » - « Considerazioni sui sinistri per causa di morte violenta ed accidentale nelle Assicurazioni Popolari ».

Il Servizio Sanitario partecipò al Congresso della Previdenza Sociale che ebbe luogo a Bologna dal 1° al 2 ottobre 1935; partecipò al 5° Congresso Internazionale per la lotta contro la tubercolosi che ebbe luogo a Roma dal 6 al 9 novembre 1935.

Aderì al 4° Congresso della Stampa medica latina, a Venezia dal 29 settembre al 5 ottobre 1936 ed inviò anche pubblicazioni alla Mostra della Stampa medica italiana.

Prese parte al 10° Congresso Nazionale di Igiene, a Napoli dal 4 al 7 ottobre 1936 con la relazione « Attività e programma dell'I.N.A. nel campo della prevenzione ».

Al 12° Congresso Nazionale di medicina del lavoro, a Napoli dal 24 al 27 ottobre del 1936, il Servizio Sanitario partecipò con due comunicazioni: « Proposte di ricerche di medicina del lavoro » - « Le deviazioni della colonna vertebrale tra gli assicurati dell'I.N.A. ».

Fu presente, a Salsomaggiore, dal 29 agosto al 5 settembre 1937 alla prima settimana medica internazionale.

A Napoli, al 7° Congresso di medicina legale delle assicurazioni, dal 15 al 18 ottobre 1937, furono illustrate le seguenti comunicazioni: « Il giudizio prognostico nella medicina delle assicurazioni vita » e « Per la sanità della stirpe, l'opera che svolge l'I.N.A. a favore dei propri assicurati ».

Fu presente al Congresso di Chirurgia riparatrice plastica, a Torino, il 23 ottobre 1937.

Fu presente al 6° Congresso Nazionale contro la tubercolosi, a Napoli dal 17 al 20 dicembre 1937.

Partecipò al 1° Congresso Internazionale di Criminologia a Roma dal 3 all'8 ottobre 1938.

Aderì alla settimana internazionale per la lotta contro i tumori che ebbe luogo a Parigi nel novembre 1938.

Aderì al 13° Congresso Nazionale della Società Italiana di radiologia medica che ebbe luogo a Bari dal 29 al 30 settembre e dal 1° al 2 ottobre 1938.

Aderì al 13° Congresso Nazionale di medicina del lavoro che ebbe luogo a Bari dal 10 al 12 settembre 1938.

Nel maggio 1939 ebbe luogo a Parigi il 2° Congresso Internazionale di medicina delle assicurazioni vita. Il Servizio Sanitario partecipò attivamente. Ebbe una Vice-Presidenza del Congresso e vi partecipò con le seguenti relazioni: « Valore della statistica in assicurazione vita » - « L'albuminuria nell'assicurazione vita » - « Tubercolosi polmonare e assicurazione vita ».

Dall'11 al 16 ottobre 1939, a Pisa, alla 28ª Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, in occasione del Centenario della Iª Riunione degli scienziati italiani, fu letta la relazione sulla « Valutazione medica dei rischi tarati vita ».

Roma è designata a sede del 3° Congresso internazionale di Medicina delle Assicurazioni che avrebbe dovuto aver luogo nel 1942.

Dal 17 al 19 maggio 1940 partecipò all'8° Congresso di medicina legale e delle assicurazioni che ebbe luogo a Padova con le seguenti comunicazioni: « Il giudizio qualitativo e quantitativo nelle assicurazioni vita » - « La valutazione col metodo quantitativo del rischio albuminurico in assicurazione vita ».

Dal 30 maggio al 1° giugno del 1940, a Napoli, in occasione della Mostra triennale delle Terre Italiane di Oltremare, al Congresso di medicina legale e delle assicurazioni e di antropologia criminale, furono illustrate la relazione « Il rischio di assicurazione vita nelle Terre di Oltremare » e la seguente comunicazione « Primi risultati di uno studio sulle caratteristiche biochimiche del sangue in rapporto all'età biologica » e una delle sedute del Congresso fu presieduta dal Rappresentante del Servizio Sanitario dell'I.N.A.

Al Raduno promosso dalla Lega Italiana per la lotta contro i tumori a Roma, dal 28 al 29 maggio 1941 furono illustrate le comunicazioni: « I tumori maligni nell'età e nel tempo » - « Risultati lontani della cura dei tumori maligni ».

A questo elenco bisogna aggiungere la collaborazione attiva ai lavori presentati dal Consorzio Italiano Rischi Tarati alla 3ª Conferenza Internazionale per i rischi tarati che ebbe luogo a Praga nel 1934 ed a quelli per la 4ª Conferenza sui rischi tarati che ebbe luogo a Parigi nel 1937; inoltre la larga partecipazione alle Assemblee annuali del Comitato Medico Consultivo della Federazione delle Imprese di assicurazione che risulta dagli Atti del Comitato stesso.

All'Assemblea del 1937 furono presentate due relazioni: 1) « Questioni medico-legali di ordine morale connesse con la stipulazione dei contratti di assicurazione vita »; 2) « Criteri adottati dal C.M.C. per la organizzazione medica » e le seguenti comunicazioni: 1) « Le dichiarazioni dell'assicurando in alcune malattie a carattere accessuale e la importanza dell'anamnesi »; 2) « Il sistema neuro-vegetativo in A. V. »; 3) « La ipotensione in A. V. »; 4) « Tromboangioite obliterante (Morbo di Bürger) in A. V. »; 5) « La diagnosi sierologica di sifilide in medicina delle A. V. ».

All'Assemblea del 1938 fu presentata una relazione: « Il valore medico-legale delle dichiarazioni degli assicurandi che abbiano sofferto o siano affetti da malattie nervose o mentali » e le seguenti comunicazioni: 1) « Sulla prognosi delle cardiopatie nell'A. V. »; 2) « Considerazioni su metodi radiologici per la valutazione degli aumenti di volume del cuore in medicina delle A. V. »; 3) « Le aortiti come rischio assicurativo »;

4) « Prognosi degli appendicectomizzati »; 5) « Le coliti croniche in A. V. »; 6) « Considerazioni sulle artropatie croniche in A. V. »; 7) « Il peso in rapporto all'altezza e all'età »; 8) « Considerazioni sul tabagismo in rapporto con l'A. V. »; 9) « La reazione colorata di Ide per la sierodiagnosi di sifilide nella pratica delle A. V. »; 10) « Prime esperienze su un nuovo metodo colorato di microcitochol »; 11) « L'occhio nello studio dell'età biologica »; 12) « I raggi mitogenetici o di Gurwitsch come mezzo coadiuvante per determinare l'età biologica »; 13) « I risultati lontani della cura chirurgica e della radioterapia dei tumori della mammella ».

1939: 3<sup>a</sup> Assemblea Nazionale dei Medici di Assicurazione:

Relazioni: 1) « La sopravvivenza degli operati di tumore della mammella »; 2) « L'accertamento del rischio assicurativo nei malati di orecchio, naso e gola ».

Comunicazioni: 1) « Rapporti tra infezione luetica ed insufficienza aortica ai fini della prognosi assicurativa »; 2) « La sindrome dell'angina pectoris nelle sue manifestazioni iniziali »; 3) « Contributo alla radiologia della ipertensione arteriosa nell'A. V. »; 4) « Alcuni rilievi di semeiologia clinico-radiologica dell'aorta »; 5) « Le arteriosclerosi di natura professionale in A. V. »; 6) « Le affezioni dello stomaco in A. V. »; 7) « Considerazioni sulle gastriti croniche in A. V. »; 8) « I tremori in A. V. »; 9) « La retina nelle malattie renali e nelle ipertensioni in rapporto alla A. V. »; 10) « L'irite e i suoi postumi in medicina A. V. »; 11) « I restringimenti uretrali in medicina delle A. V. »; 12) « Tubercolosi genitale femminile »; 13) « Il morbo di Flajani-Basedow e l'A. V. »; 14) « Le malattie del sangue e degli organi ematopoietici in A. V. »; 15) « Le affezioni primitive sintomatiche dell'apparato linfoghiandolare in medicina delle A. V. »; 16) « Rivista sintetica sull'uricemia e la gotta con riferimenti circa l'A. V. »; 17) « L'infezione reumatica in medicina delle A. V. »; 18) « Problemi di medicina tropicale in rapporto alla A. V. »; 19) « Normopesi, sottopesi, sovrappesi in un gruppo di 500 maschi veneti »; 20) « Qual'è la costituzione normale di un assicurato? »; 21) « Il suicidio tra gli assicurati sulla vita e la recente crisi economica »; 22) « Utilità dell'applicazione nella pratica assicurativa dei micro metodi per la diagnosi sierologica della sifilide »; 23) « La pallida reazione di Gaethgaens in medicina delle A. V. »; 24) « Importanza dell'indagine radiologica nella diagnosi delle affezioni pleuriche, nei postumi di esse e nel giudizio prognostico ».

Questo elenco è indice di quale contributo può essere apportatore un Servizio organizzato con Medici selezionati per severo concorso per titoli ed esami, i quali dedichino completamente tutta la loro attività all'Ente cui appartengono.

r. i.

## Notiziario

### **Istituzione di un Ente Naz. di previdenza ed assistenza per i dipendenti statali**

La *Gazzetta Ufficiale* (n. 35 - 1942) pubblica il testo della Legge 19 gennaio 1942 n. 22, con la quale viene istituito l'Ente Naz. Fascista di previdenza e di assistenza per i dipendenti statali, il quale provvede all'assistenza nei casi di malattia, di parto e di aborto a favore delle seguenti categorie:

a) personali civili, compresi i salariati, di ruolo e non di ruolo, comunque denominati, dipendenti dalle amministrazioni di Stato e dalle Aziende autonome di Stato;

b) gli ufficiali in servizio permanente effettivo e i sottufficiali in carriera continuativa di tutte le armi del R. Esercito e della Milizia;

c) il personale civile che presta opera comunque retribuita alle dipendenze dirette dello Stato.

L'opera provvede a quanto appresso: conferimento di assegni vitalizi a favore dei dispensati dal servizio e dei congiunti; ricovero ed istruzione degli orfani, conferimento di borsa di studio, indennità di buon'uscita ai pensionati ed infine cure climatiche per i figli dei dipendenti stessi.

## Attività assistenziale svolta dai Centri

LOCALITÀ presso la quale è stata prestata l'attività « Centro » o « Consultori »	P R E S T A										
	Visite di col- laudo salute	Esame delle urine	Esame Espet- torato	E S A M I   D I   S A N G U E							
				Azote- mia	Glice- mia	Urice- mia	Wasser- mann	Rea- zione Kahn	Rea- zione Meini- che	Cito- chol	Ide
Piemonte . . . . .	2.359	1.845	83	81	141	5	17	184	29	—	215
Lombardia . . . . .	1.850	1.691	30	299	262	—	—	288	107	—	391
Venezia Tridentina . . . . .	1.498	945	78	127	122	26	127	127	127	127	127
Venezia Giulia . . . . .	1.899	1.372	32	129	134	65	—	169	170	126	152
Veneto . . . . .	1.681	711	8	135	110	4	79	114	20	10	176
Emilia . . . . .	911	961	3	76	76	71	—	75	75	—	75
Liguria . . . . .	237	343	16	95	55	—	14	51	36	14	104
Toscana . . . . .	524	458	4	26	27	—	85	6	—	—	37
Marche - Dalmazia . . . . .	955	744	76	293	303	151	—	189	—	189	189
Lazio - Umbria . . . . .	991	917	6	313	421	193	821	821	821	821	821
Campania . . . . .	2.095	1.561	60	323	348	174	353	368	368	368	368
Lucania . . . . .	27	20	—	5	2	—	—	—	—	—	—
Calabria . . . . .	157	99	2	—	4	1	11	11	11	11	12
Sicilia Orientale . . . . .	600	593	3	70	56	4	36	57	36	35	59
Sicilia Occidentale . . . . .	831	369	2	103	121	47	—	135	136	124	124
Sardegna . . . . .	184	79	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>TOTALE . . . . .</b>	<b>16.799</b>	<b>12.708</b>	<b>403</b>	<b>2.075</b>	<b>2.182</b>	<b>741</b>	<b>1.493</b>	<b>2.597</b>	<b>1.115</b>	<b>1.825</b>	<b>2.850</b>

## Dal nuovo Codice Civile: Libro delle obbligazioni.

Riportiamo gli articoli (Titolo III Cap. 20° delle Assicurazioni) che interessano l'assicurazione vita ed in special modo il valore giuridico delle dichiarazioni rese dall'assicurando.

Art. 722. — L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a risarcire all'assicurato, entro i limiti convenuti, il danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

Art. 727. — La proposta scritta diretta all'assicuratore rimane ferma per il termine di quindici giorni, o trenta giorni quando occorre una visita medica. Il termine decorre dalla data della consegna o della spedizione della proposta.

Art. 732. — Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente relative alle circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con

## Sanitari dell'I. N. A. durante l'anno 1941.

Z I O N I													TOTALE
Colesterinemia	Telera- radio- grafia torace	Radio- grafie	Radio- scopie	Elettro- cardio- gram- ma	Pres- sione arte- riosa	Peso e altezza	Visite idonei- tà colo- niale	Visite Otorin- lari- ngoiatri- che	Col- laudo vista	Con- sulti di igiene	Pronto soc- corso	Altri esami even- tuali	
—	245	148	811	20	1.867	2.018	—	4	52	2.264	76	4	12.698
—	109	17	1.176	—	1.746	1.698	6	—	—	1.749	40	—	11.897
—	87	46	251	—	1.023	1.212	11	—	—	323	—	—	6.386
—	341	162	996	—	1.291	1.056	—	—	—	1.135	14	—	9.316
—	241	102	1.212	—	882	950	—	—	—	1.632	2	—	8.148
—	29	202	217	—	817	556	—	—	—	22	6	—	4.216
—	49	21	284	—	339	319	—	—	—	331	5	—	2.371
—	93	26	29	—	458	508	1	—	—	502	2	—	3.355
—	92	36	246	—	763	338	—	—	—	808	—	—	5.394
1	156	111	416	32	880	880	3	542	1.273	35	—	—	10.454
—	316	92	636	—	1.404	1.135	7	—	—	1.946	61	31	12.151
—	—	—	5	—	20	20	—	—	—	26	1	—	128
—	12	1	25	—	76	73	—	—	—	161	5	—	678
—	12	7	117	—	423	414	1	—	—	737	—	—	3.277
—	100	33	280	—	344	670	—	—	—	809	11	8	4.259
—	—	—	37	—	91	113	—	1	—	276	—	—	787
1	1.882	1.004	6.918	52	12.424	11.960	29	546	1.325	12.756	223	43	95.515

colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 733. — Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal

contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 738. — Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale, che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale, che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta sarà ridotta tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 759. — L'assicurazione può essere stipulata sulla vita propria o su quella di un terzo. L'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo non è valida se questi o il suo legale rappresentante non dà il consenso alla conclusione del contratto. Il consenso deve essere provato per iscritto.

Art. 762. — La designazione del beneficiario, anche se irrevocabile, non ha effetto qualora il beneficiario attenti alla vita dell'assicurato.

Se la designazione è irrevocabile ed è stata fatta a titolo di liberalità, essa può essere revocata nei casi previsti dall'art. 347 del libro delle successioni e delle donazioni.

Art. 766. — I cambiamenti di professione e di attività dell'assicurato non fanno cessare gli effetti dell'assicurazione, qualora aggravino il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione.

Qualora i cambiamenti siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, il pagamento della somma assicurata sarà ridotto in proporzione del minor premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito.

Se l'assicurato dà notizia dei suddetti mutamenti all'assicuratore, questi, entro quindici giorni, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il premio.

Se l'assicuratore dichiara di voler modificare il contratto in uno dei due sensi su indicati, l'assicurato, entro i quindici giorni successivi, deve dichiarare se intende accettare la proposta.

Se l'assicurato dichiara di non accettare, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'assicuratore al premio relativo al periodo di assicurazione in corso e salvo il diritto dell'assicurato al riscatto. Il silenzio dell'assicurato vale come adesione alla proposta dell'assicuratore.

Le comunicazioni e dichiarazioni previste dai commi precedenti possono farsi anche mediante raccomandata.

Art. 767. — In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario.

L'assicuratore non è nemmeno obbligato, se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi, non siano decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

### Note ed appunti

#### L'ASSICURAZIONE DEL RISCHIO CHIRURGICO NEL QUADRO NAZIONALE E INTERNAZIONALE.

Il Dr. Fromenteau che già nel 1937 fu incaricato redigere una relazione su questo argomento in occasione del Secondo Congresso Internazionale delle case di cura, in Parigi illustra in questo articolo i problemi attinenti a tale forma assicurativa. Il lavoro pubblicato integralmente nel n. II del 1941 de « Le Case di Cura » è molto interessante e lo riassumiamo ampiamente.

Il rischio chirurgico costituisce un grave onere per il bilancio, di una famiglia. Un grave intervento chirurgico, che colpisca soprattutto il capo di casa, rischia ad ogni istante di piombare il marito, la moglie e i figli nella più grave miseria. Ogni osservatore in buona fede non può fare a meno di constatare il vasto movimento sociale che va precisandosi presso tutte le Nazioni Civili, in vista dell'istituzione e dello sviluppo della « Assicurazione malattie » non soltanto in favore degli assicurati; ma anche delle classi medie e delle professioni libere.

La messa a punto dell'assicurazione del rischio chirurgico corrisponde, sia per le case di salute che per i chirurghi, a una necessità vitale. La questione non può essere risolta che sostituendo all'indebolito risparmio individuale, l'assicurazione chirurgica. I nostri ripetuti contratti con compagnie importantissime hanno mostrato al corpo chirurgico e ospedaliero l'interesse di un accordo capace di offrire agli uni una clientela media e agiata, agli altri un controllo tecnico e finanziario del più grande valore pratico.

Consideriamo ora schematicamente i vantaggi offerti al pubblico dall'assicurazione « Mutuelles chirurgicales françaises » a quote annue corrispondenti. Per atti chirurgici coperti dall'assicurazione si devono intendere oltre agli interventi di chirurgia generale e delle specialità, tranne la chirurgia estetica, anche i trattamenti radio e radium-terapici come pure gli interventi per lesioni traumatiche non coperte da altre assicurazioni.

L'atto chirurgico è difficilmente tassabile. La semplice determinazione degli onorari dovuti ad un chirurgo, sottostà a parecchi fattori; notorietà del chirurgo operatore; posizione sociale ed economica del malato e della sua famiglia; difficoltà dell'atto operatorio; luogo e momento della sua esecuzione (di giorno o di notte) ecc., fattori che si sottraggono ad ogni tentativo preciso di determinazione matematica.

Le « Mutuelles Chirurgicales » studiate dall'A. prevedono vari tipi di polizza a seconda si desideri un maggiore conforto ed eventualmente una indennità per il periodo di convalescenza. In tal modo vengono presentate agli assicurati tre forme di polizza:

a) offre la garanzia esclusiva dell'intervento e dell'assistenza ospedaliera in camere a più letti;

b) per le classi agiate con soggiorni in camere isolate;

c) concede indennità durante la convalescenza in casi di invalidità e di decesso post-operatorio dei capi di famiglia. Infine l'A. prospetta la possibilità di una organizzazione internazionale dell'assicurazione del rischio chirurgico la quale però è ostacolata oltre che dagli scambi internazionali, dalla grande differenza degli onorari e delle rette di degenza nei vari paesi e per di più gli assicurati che si recano all'estero sono in numero molto limitato.

Comunque si potrebbe ottenere, come propone l'A. il regolamento finanziario internazionale mediante una cassa centrale di compensazione finanziaria da una ritenuta su ogni quota nazionale versata.

Dai Periodici

**Annali d'Igiene**, n. 9, 1941, Roma.

ACQUAVIVA COPPOLA, *Sulla frequenza dei vari tipi di pneumococchi in Napoli.*

Dal complesso delle ricerche, eseguite dall'I.A. servendosi quale mezzo diagnostico della serie di sieri antipneumococcici allestita dall'Istituto Sieroterapico Milanese, è risultato che la maggiore frequenza nei casi di polmonite e broncopolmonite esaminati spetta ai pneumococchi del tipo I e II, mentre la maggior virulenza si riscontra nei pneumococchi dei tipi II, III e XIX. La terapia sulfamidica è stata sempre attiva ed efficace per qualsiasi tipo di pneumococco. G.

**Annali di Medicina Navale e Coloniale**, fasc. 8-9, 1941, Roma.

AGGAZZOTTI, *Ricerche sperimentali sul comportamento della pressione del sangue nella varia compressa.*

L'A. sperimentando su conigli e cani, ha trovato che la compressione fatta con l'aria e coll'O<sub>2</sub> determina all'inizio una immediata caduta della pressione arteriosa che poi aumenta progressivamente; si nota anche un aumento della pressione venosa. La decompressione fa abbassare di nuovo le due pressioni; l'A. discute l'importanza, nel determinismo del fenomeno, del fattore chimico e fisico. G.

**Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicina legale**, fasc. I, 1941, Milano.

Questo fascicolo-supplemento pubblica gli Atti del Congresso di Medicina Legale delle Assicurazioni e di Antropologia criminale, svoltosi a Napoli dal 30 maggio al 1° giugno 1940 in occasione della Mostra Triennale delle Terre italiane di Oltremare. Costituisce un volume di più di 600 pagine e contiene tra le altre relazioni molto interessanti dei prof. Castellino, Gerin e Lombardi, quella del dottor Starna, medico principale dell'I.N.A., sul rischio di assicurazione-vita nelle Terre di Oltremare. G.

**Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parassitologia**, n. 9, 1941, Roma.

BIAVA e DE-SIMONE, *Prime ricerche sui gruppi sanguigni degli indigeni dell'A. O.*

Secondo gli studi degli A.A., la massa principale dell'A. O. mostra in prevalenza i caratteri del tipo camitico orientale, con infiltrazione di varia entità, secondo le regioni, degli altri due tipi: il negro e il semita. G.

**Idem**, n. 10, 1941, Roma.

PULLÈ, *I tre segni del Castellano nella amebiasi.*

Per la loro pratica ricerca, questi segni sono di un grande aiuto, quando, lontani dai centri scientifici e di laboratorio, riesce quasi impossibile ricorrere a esami di accertamento batteriologico. Consistono il primo, in una dolorabilità speciale sotto l'apofisi ensiforme; il secondo e il terzo, in una ipofonesi lungo l'ascellare media destra e all'angolo scapolare destro; e tutti e tre i segni pare siano dovuti all'aumento di volume, che, per lo più, subisce il fegato nell'amebiasi intestinale cronica. La loro frequenza è in ragione del 19 % per il primo segno, del 17,6 % per il secondo e del 6,8 % per il terzo. G.

**Assicurazione (L') Italiana**, n. 11, 1941, Milano.

BETA-ETRUSCO, *Si discute sul reddito delle imprese* - NUTI, *L'utile delle imprese assicuratrici* - SESTILLI, *La previdenza in forma di risparmio ed in forma assicurativa* - YPSILON, *Clima nuovo.*

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

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

A proposito del rischio di guerra sopportato da tutta la comunità dei prenditori di assicurazioni, nella guerra passata, e malgrado la sua lunga durata e le presta-

zioni eccezionali che ne derivarono, tutte le Società tedesche furono in grado di soddisfare le straordinarie esigenze. Successivamente su questo piano si ebbe uno sviluppo progressivo come dimostrano le somme assicurate, che dai 16 miliardi del 1913, raggiungevano i 30 miliardi di marchi, alla metà del 1939. G.

**Assistenza (L') Sociale**, n. 9, 1941, Roma.

LAVITOLA, *L'anafilassi neuro-psichica del Boschi*.

L'A. riportati due casi di sinistro assicurativo del genere, che consiste in una sensibilizzazione specifica conseguente ad un trauma, fa seguire una diligente critica della sindrome nervosa interpretabile come forma patologica nervosa funzionale basata su un elemento emotigeno che ha creato probabilmente modificazioni biochimiche nella cellula nervosa. G.

**Assistenza (L') Sociale Agricola**, nn. 9-10, 1941, Roma.

MORI, *Le lesioni oculari da « causa violenta » nei lavoratori agricoli in rapporto alla prevenzione*.

L'A. in questo studio si è servito del materiale infortunistico della Cassa Mutua Agricola Forestale dell'VIII Compartimento, con sede in Firenze, nel decennio 1929-1938 raccogliendo i dati principali in vari specchietti, raggruppati per le singole annate. Nei 70.912 infortuni complessivi, gl'infortuni che hanno dato luogo a lesioni oculari sono stati 5.255 cioè in ragione del 7,41 per cento. G.

**Athena**, n. 12, 1941, Roma.

PUPILLI, *Fenomeni chimici, che accompagnano l'attività cardiaca*.

G'intimi processi chimici del miocardio, secondo l'A. non differiscono sostanzialmente da quelli del muscolo scheletrico; ma non tutti i miocardi delle specie animali dimostrano uguali attitudini; sembra che negli erbivori vengano utilizzati gli idrati di carbonio assai più che nei carnivori. G.

**Atti della R. Accademia dei Fisiocritici in Siena, e Studi della Facoltà Medica Senese**, n. 5, 1941, Siena.

ROMANIELLO-PISCHEDDA, *Sulle principali variazioni numeriche e morfologiche degli elementi corpuscolati del sangue misto secondo Romaniello*.

**Atti dell'Accademia Medica Lombarda**, n. 15, 1941, Milano.

FAGIANI-QUARTI, *Papilloma del plesso coroidale del ventricolo laterale* - CARPI, *Osservazioni di stitigrafia sviluppale toracica* - VENZONI, *Associazioni di meningiomi multipli e di neurinoma dell'acustico* - DELLA VEDOVA, *Contributo clinico alla conoscenza dei sintomi laringo-vestibolari nella siringo-bulbia* - SANTERO, *Peritonite capsulante*.

**Avvenire (L') Ostetrico**, n. 10, 1941, Napoli.

*L'asilo materno di Monteverotondo - Variazioni sul pelo - La pagina nipiologica*.

**Avvenire (L') Sanitario**, n. 31, 1941, Milano.

*Il metodo Ferlini e il metodo Tumminelli - Il problema del medico interino in tempo di guerra - Prolusione del Prof. Sotgiu sull'avitaminosi e ipovitaminosi nell'adulto - Bernardino Ramazzini*.

**Biochimica e Terapia Sperimentale**, fasc. 9, 1941, Perugia.

ARCURI-FERRARIS, *Influenza delle onde corte sul potere complementare del siero umano*.

Secondo gli AA. il potere complementare risulta aumentato nella maggior parte dei casi trattati con l'applicazione nella regione epatica: invariato dopo applicazioni sul torace e sugli arti inferiori; del pari invariato dopo trattamento del siero in vitro: costantemente aumentato dopo riscaldamento del siero. G.

**Bollettino del Centro Studi dell'I.N.A., n. 1, 1941, Roma.**

*L'istruzione professionale e le specializzazioni - Il contratto di assicurazione secondo il nuovo codice - Il nuovo Presidente Confederale.*

**Bollettino di Segnalazioni, n. 4, 1941, Poma.**

*Attività Federale - Circolari - Notiziario delle provincie - Leggi e disposizioni Previdenza Sociale - Giurisprudenza - Notiziario dell'assistenza sociale all'Estero - Africa Italiana.*

**Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici, nn. 19-20, 1941, Roma.**

*Atti e comunicazioni della Federazione - Contributo di vigilanza per l'anno 1940 - Tasse sulle assicurazioni in Africa Orientale Italiana - Contributo 2% Cassa Sovvenzione servizi antincendi - Rapporti assicurativi e riassicurativi fra l'Italia e la Grecia.*

**Bollettino Statistico del Governatorato di Roma, n. 9, 1941, Roma.**

Alla fine di settembre 1941, la popolazione di Roma ammontava a 1.403.263 abitanti con un aumento di 3.712 persone su quella del mese precedente. Vi furono 2.412 nati vivi e 1.052. morti. Furono celebrati 801 matrimoni (6,95%). G.

**Bollettino Mensile di Statistica dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno, Supplemento alla « Gazzetta Ufficiale » n. 300.**

Si riferisce alla popolazione residente nel territorio al 1° dicembre 1941, che viene valutata a 45.254.600 abitanti. Nel novembre 1941 furono celebrati 27.300 matrimoni contro 24.834 nel 1940: il numero dei nati vivi è stato di 66.430 contro 83.142 nell'anno precedente e nello stesso mese: i morti (esclusi i morti in guerra) ammontarono a 50.317 contro 44.204 nel novembre 1940. L'eccedenza dei nati vivi sui morti è stata di 16.213 contro 38.938 nel novembre 1940. G.

**Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Catania, n. 7, 1941, Catania.**

*FRANCAVIGLIA-TURCHETTI, Variazioni oscillografiche sotto l'influenza di stimoli termici.*

Sotto l'azione del bagno parziale, caldo o freddo, si producono modificazioni dell'ampiezza oscillatoria massima e della curva oscillometrica interessanti le arterie dell'arto (braccio) immerso nel bagno e, indirettamente, quelle del braccio contralaterale non immerso. G.

**Buona Semente (La), n. 12, 1941, Milano.**

*ALFIERI, Panorami della guerra - MASSA, Scuole di America - SOLMI, La battaglia della Marmarica e l'intervento giapponese - MARINA GHIANI, Poesia natalizia - BERNINI, Gianni innanzi al focolare - MARINA, La donna e la casa.*

**Bulgaria, nn. 3-4, 1941, Roma.**

*DAMIANI, Divagazioni vazoviane... Patria e Umanità di Vazov - IVAN VAZO HOCO, Poema - TEODOROVA, Il teatro lirico in Bulgaria - DEBEGAROV, Liriche - D'AMICO, I bulgari stanziati nelle terre d'Italia nell'alto Medio Evo - DIMITAR, Zograf Pavel - BÖBICH, Attraverso la Bulgaria - CECKOVSKI, La gobbetta - PELIN, Concetto elastico.*

**Case di Cura (Le), n. 10, 1941, Milano.**

*CELOTTI, Considerazioni sulla organizzazione assistenziale e sugli sprechi di materiale radiografico - BIONDI, Le case di cura e i sanitari nella attrezzatura turistica italiana - SPUNTO, Una visita alla casa di cura di Longobardi - MARINA, L'alimentazione e la guerra.*

**Chirurgia Plastica (La), fasc. 1, 1941, Roma.**

*BURIAN, Lo stato attuale della cura della palatoschisi e del labbro leporino - USEI-*

GALLARDO, *Nuove vedute sulla tecnica della elettro-coagulazione - CLOVÈ, Lembi cutanei tubulati - Trasporti per inclusione termica o processo della sanguiguga.*

**Cultura Medica Moderna (La)**, n. 9, 1941, Palermo.

MATTINA, *Sulle torsioni del funicolo spermatico.*

L'A. riferisce su un caso di torsione del funicolo spermatico destro con testicolo in ectopia inguinale e perviene a deduzioni di ordine patogenetico, diagnostico, prognostico e terapeutico.

**Cuore e Circolazione**, fasc. n. 10, 1941, Roma.

MUSSAFIA-FELICI-CONTRATTI, *L'elettrocardiogramma nell'elettroshock.*

Gli AA. studiando l'elettrocardiogramma in 48 soggetti sottoposti ad elettroshock completo ed incompleto hanno notato che nell'ES. completo è più frequente e spiccata la tachicardia, le modificazioni elettrocardiografiche sono da riferirsi ad azione dei nervi extra cardiaci, in conseguenza delle stimolazioni dovute all'attacco epilettico. G.

**Difesa Sociale**, nn. 9-10, 1941, Roma.

SPOLVERINI, *Saggio di ricerche cardiologiche su bambini di alcune scuole elementari di Roma.*

L'A. ha eseguito le sue ricerche su 5.182 bambini di alcune scuole di Roma; con un rilevamento di una percentuale del 17% di soggetti portanti affezioni cardiache quasi tutte ignorate e confermate dall'esame clinico radiologico ed elettro-fonocardiografico. L'elettrocardiogramma ha dimostrato l'esistenza di lesioni miocardiche, in taluni casi, assolutamente insospettate e non rilevabili all'esame clinico. G.

**Idem**, nn. 9-10, 1941, Roma.

SPEZZAFERRI, *Alcune considerazioni sulla diminuzione della mortalità per tubercolosi in Italia.*

L'A. in molte tavole dimostrative esamina la diminuzione della mortalità per tbc. in relazione alla natalità generale e le variazioni che sono avvenute nella distribuzione dei morti per tubercolosi riguardo alla composizione per età e per sesso. G.

**Fiaccola (La)**, n. 12, 1941.

*Il Re Imperatore in Sicilia - Il Duce alle Donne d'Italia - Nell'Opera Nazionale orfani di guerra.*

**Fisiologia e Medicina**, n. 11, 1941, Roma.

COPPO-GIANNINI *Sulle modificazioni della V. di S. delle emazie prodotte da salassi successivi ripetuti fino a morte.*

L'A. con ripetuti esperimenti ha potuto dimostrare che la V. di S. in generale aumenta per effetto dei salassi, ma che l'accelerazione di tale aumento si accresce bruscamnte dal terzo al quarto salasso in media. G.

**Folia Cardiologica**, n. 3, 1941, Milano.

SELVINI, *Sul significato e sull'importanza delle derivazioni toraciche in elettrocardiografia.*

Vengono descritti 11 casi di infarto del miocardio o di grave insufficienza coronarica, studiati elettrocardiograficamente, con l'impiego di diverse derivazioni toraciche, oltre quelle classiche. Fra questi e quelle non esistono differenze sostanziali; vengono registrate le stesse differenze di potenziale, ma sotto angoli e lungo assi di derivazione diversa. G.

**Idem**, n. 4, 1941, Milano.

SABENA-POSTELI, *Ricerche elettrocardiografiche sul riflesso oculo-cardiaco.*

Gli AA. hanno condotto le loro osservazioni sopra 50 casi clinici venendo alla

conclusione che il valore semeiotico del riflesso oculo-cardiaco è da ritenersi circoscritto al campo dell'esplorazione del sistema nervoso vegetativo; quasi nullo sulle condizioni funzionali del miocardio. G.

**Folia Medica**, n. 22, 1941, Napoli.

LUCREZI, *Il sangue nell'anchilostomiasi*.

L'A. in base ai reperti ematologici e chimici, ritiene che dal punto di vista patogenetico le alterazioni ematiche riscontrabili nell'anchilostomiasi siano in rapporto anche a fatti tossici, con una probabile componente emorragica e il concorso di altri fattori identificabili con le forze di resistenza dell'organismo e con le condizioni climatico-ambientali. G.

**Forze Sanitarie (Le)**, n. 20, 1941, Roma.

PONTANO, *La malattia di Nicolas e Favre nel campo della medicina interna*.

L'A. attraverso un caso di sua osservazione riassume gli studi clinici anatomici diagnostico-immunitari e terapeutici con la cura dei sulfamidici e nota che ormai si è fatto strada il concetto, che la malattia sia uscita dalla cerchia di una quarta malattia venerea e debba considerarsi invece un campo della medicina interna. G.

**Idem**, n. 22, 1941, Roma.

FERRARO, *Frequenza della coronarite e « angina pectoris » in Italia escluse le altre cardiopatie*.

L'A. nella sua elencazione statistica fa risultare che sono le professioni liberali a dare la quota più alta di decessi col 4,4%, a cui seguono subito le arti sanitarie col 4,1% (1° e 2° posto) e ciò vuol spiegarlo con la vita intensiva, le preoccupazioni, gli sbalzi tra la vita sedentaria e l'esposizione al rigore degli agenti esterni del clima anche in periodi digestivi, tutte cause favorevoli all'accesso di « angina pectoris » a cui vanno comunemente soggetti i professionisti. Tra le quote minime si riscontrano gli agricoltori (0,64%) gli attendenti di casa (0,68%) G.

**Fronte Unico Antitubercolare**, n. 7, 1941, Torino.

MASCHIO, *La ricerca del b. di Koch nel contenuto gastrico degli ammalati in cura di pneumotorace*.

L'A. consiglia tale ricerca, durante il decorso della cura per stabilire la contagiosità del malato, avendo riscontrato su 37 ammalati di tubercolosi in cura di pneumotorace una positività di reperto nell'espettorato del 13,5% e del 35% nell'esame del contenuto gastrico. G.

Genova, novembre 1941, Genova.

*L'annuale della Marcia su Roma - Soldati d'Italia sul fronte Russo - Ettore Vernaza e l'assistenza sanitaria ai malati poveri - La disinfezione della corrispondenza per la profilassi del colera - Genova e Durazzo - L'osservatorio meteorologico dell'Istituto Giamma Garlini.*

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

*Giuseppe Flajani.*

Al grande medico che ebbe fama tra i chirurghi di Roma nella seconda metà del secolo XVIII viene dedicato un capitolo per esaltare l'importanza dei suoi studi sul gozzo esoftalmico, che per tanto tempo fu descritto come morbo di Basedow. G.

**Giornale di Clinica Medica**, n. 18, 1941, Parma.

BIACCHI, *Studio della fisiopatologia cardiaca nell'anemia perniciosa*.

L'A. studia la probabile patogenesi con esami elettro-cardio e flebo-grafici e roentigenchismo-grafici e riferendo la sindrome caratteristica accanto a quella dell'ap-

parato cardiaco (soffio sistolico, tachicardia, edemi da stasi, ecc.) ritiene che essa non stia in rapporto con la deglobulizzazione, ma con la richiesta di un maggiore lavoro cardiaco per la necessità del compenso dinamico alla anemizzazione. G.

**Giornale di Medicina Militare**, fasc. 11, 1941, Roma.

GIUSTI, *Due casi di aneurisma artero-venoso con disturbi nervosi.*

**Giustizia del Lavoro (La)**, fasc. 7-8, 1941, Roma.

ROMANO, *I nuovi Codici nelle norme corporative* - CHIAPPELLI, *Il figlio a carico nelle assicurazioni di invalidità e vecchiaia, disoccupazione e tubercolosi* - BARDI, *L'assistenza malattie ai commercianti ed ai loro famigliari.*

**Industria Dolciaria (L')**, fasc. 5, 1941, Roma.

MARUCCO, *La nutralia.*

L'A. dopo avere ricordato le necessità, nell'attuale periodo di emergenza, di usare per la fabbricazione del pane farine miscelate con mais e riso che però contengono una minore quantità di proteine e di protidi, mette in evidenza le proprietà nutritive del nuovo sfarinato « nutralia » ottenuto da alcune leguminose come fave e ceci che per la loro ricchezza di sostanze proteiche, servono in un certo rapporto a reintegrare gli elementi mancanti delle farine miscelate e dare al pane tutta la sua potenza nutritiva. G.

**Infermiera Italiana (L')**, n. 9, 1941, Roma.

I.M.C.O.P. - *L'assistenza benefica* - UGAZIO, *L'assistenza ai malati durante le ore della notte* - DORINI, *Ventilazione, illuminazione e riscaldamento nell'ospedale razionale.*

**Infortuni e Malattie Professionali**, fasc. 6, 1941, Roma.

FALCONE, *Sui traumi cranio-cerebrali in rapporto ai postumi.*

L'A. premesse le grandi difficoltà dello studio, date le notevoli differenze cliniche che si riscontrano tra un caso e l'altro conclude con l'affermare che le alterazioni post-traumatiche cerebrali sono svariatissime per grado, forma ed intensità. G.

**Italia Medica (L')**, 4231, Torino.

*Contenuto ed ordinamento degli studi di medicina - Commiato - La malaria scomparsa nella zona pontina.*

**Italia Odontoiatrica (L')**, luglio-agosto 1941, Milano.

*L'applicazione degli apparecchi mobili in caucciù - Come si procede nella presa dell'impronta in alcuni casi particolari.*

**Lavoro Umano**, n. 10, 1941, Torino.

MININNI-MONTESANO, *Sull'azione neurotrofa dell'ormone cortico-surrenale, associato alle vitamine B. C.*

L'A. dimostra che ambedue le vitamine iniettate per via intramuscolare, unite coll'incroto ne rinforza l'azione neurotrofa, inducendo aumento della capacità di restauro muscolare dopo affaticamento e del rendimento lavorativo. G.

**Libro Italiano (II)**, n. 10, 1941, Roma.

La bella rassegna bibliografica contiene oltre articoli di Partine su Leopardi, di Lancellotti su Goffredo Mameli poeta-soldato, di Pinto sulle biblioteche tedesche a Roma, di Puccini su De Amicis, notevoli guide bibliografiche cronache e notizie circa le più recenti ed importanti pubblicazioni apparse in questi ultimi tempi. G.

**Lotta contro la Tubercolosi**, n. 10, 1941, Roma.

LUBICH-VENDITTI, *Tubercolosi del piccolo circolo e tubercolosi extra-polmonare.*

Premesso che la tbc. extra polmonare, così detta chirurgica, è di origine quasi

esclusivamente ematogena, gli A.A. studiano come l'infezione arrivi agli organi del circolo periferico e dimostrano sulla base di 50 casi di osservazione personale, che essa, prima di arrivare al grande circolo, passa obbligatoriamente attraverso il circolo polmonare, nel quale viene spesso arrestata e vinta. E' appunto, per l'opera del filtro polmonare, che il rapporto fra tbc. polmonare e tbc. extra polmonare è di 4 : 1 ed anche meno. G.

**Maglio (II)**, n. 51, 1941, Torino.

BELLEI, *Un dovere* - PESARESI, *Considerazioni sul problema della cultura sindacale* - MANETTI, *Piano di costruzione di case per i lavoratori* - OBSERVATOR, *La guerra verso il suo punto cruciale* - PIATO, *La fine del capitalismo*.

**Malati Medici e Medicine**, n. 12, 1941, Torino.

*Sui margini della storia* - FELICE ROMANI, *Letteratura, arte, storia e folklore*.

**Malattie (Le) Infettive del Regno**, n. 36, 1941, Roma.

Il fascicolo contiene le denunce dal 1° al 7 settembre 1941, dei casi delle principali malattie infettive e sociali dell'uomo da cui si desume una tendenza sempre più marcata verso la loro diminuzione. G.

**Medicina (La) Internazionale**, n. 11, 1941, Milano.

FLARER, *Si sta verificando una mutazione del quadro primario della sifilide?*

Da qualche tempo si nota, secondo l'A., un ritorno alle forme multiple iniziali, così come venne riscontrato da antichi scrittori nelle prime manifestazioni della sifilide in Europa, in contrasto con le forme uniche classiche caratterizzate dal sifiloma primario, molto frequenti nell'ultimo secolo. L'A. astenendosi da un giudizio definitivo, ritiene che possa trattarsi di una modificazione dei caratteri del virus, nel senso di una attenuazione o di una maggiore virulenza; problema questo, che potrà essere rischiarato dal tempo e con nuove e più larghe osservazioni. G.

**Medicina dello Sport e dell'Educazione Fisica**, n. 3, 1941, Torino.

CASSINIS, *La gettata sistolica e il volume-minuto del circolo di atleti e soldati in riposo e nel lavoro*.

L'A. dopo aver esposto i metodi vari per lo studio del volume di sangue circolante ad ogni m' per il cuore, applica a 200 soldati e 198 atleti la formula di Lillestrand nel riposo e durante il lavoro. L'A. ritiene questo metodo di sufficiente esattezza per l'applicazione del lavoro in genere allo scopo di seguirne l'azione sul cuore. G.

**Meteorologia (La) Pratica**, nn. 5-6, 1941, Perugia.

OMODEO, *L'influenza dei fattori ambientali nel rendimento in calorie del frumento* - FORMICA, *Effetti dei fattori meteorologici sulla produzione dell'olivo in provincia di Bari* - OMODEO, *La durata del sottoperiodo dalla seminazione alla fogliazione del Mais e il regime termoidrico*.

**Milizia Sanitaria**, n. 23, 1941, Roma.

*Giorni di guerra - Rapporto sull'esperimento Mutue-Medici - L'organizzazione di un ospedale civile per i feriti di guerra - In morte di Mario Galli*.

**Minerva Medica**, n. 43, 1941, Torino.

CONDORELLI, *Patogenesi delle crisi stenocardiche nella stenosi mitralica*.

L'A. dopo avere descritto il quadro clinico degli accessi stenocardici nella stenosi mitralica, discute la patogenesi, venendo alla conclusione che si tratti di « crisi stenocardiche di discrepanza », determinate da crisi ipertensive nel piccolo circolo. G.

**Notiziario di Diagnostica e Terapia**, nn. 10-11-12, 1941, Milano.

CEPPELLINI, *Vita la Patria, Vinceremo!* - GIOVINE, *Applicazione di sulfamidici con i vaccini arseno-benzolo e bismuto* - LUCCARELLI, *Scienza sanitaria e industria farmacogena: vaccini e sulfamidici* - HINOLD, *Sommario semeiotico-clinico*.

**Notiziario Farmaceutico**, n. 11, 1941, Milano.

*Le piante medicinali coltivabili in Africa - La propaganda dei sulfamidici - Il lauro nell'economia totale dei grassi - La scoperta storica degli elementi - Medicina e chimica.*

**Nuova (La) Rivista**, n. 2, 1941, Roma.

SCOPINARO, *Eliminazione di sostanze ad attività androgena nelle urine di donne in condizioni di maturità sessuale e in periodo di menopausa.*

L'A. dopo avere messo in evidenza una iper-escrezione di sostanze androgene, in donne in periodo di maturità sessuale ed in menopausa tutte sane, ed eucriniche, discute il significato della presenza di queste sostanze e sottopone ad una critica i risultati ottenuti con le ricerche eseguite.

**Ospedale (L') Maggiore**, n. 10, 1941, Milano.

BARLOTTI, *Ricerche sperimentali sulla neurotizzazione dei monconi periferici di nervi recisi.*

L'A. sperimentando con impianti variamente eseguiti di nervi e di tendini, sul moncone centrale di un nervo periferico reciso è venuto alla conclusione che nel processo di neurotizzazione un ruolo di primo piano va assegnato al fattore ambiente esterno, rappresentato dai tessuti perinervosi, i quali agirebbero sulle neuro-fibrille del moncone centrale attraverso meccanismi tuttora oscuri. G.

**Pensiero Medico**, n. 55, 1941, Milano.

*Anno nuovo - La vita è elettricità - Nell'equilibrio elettro-biologico - Duno e il tempio votivo - Il canero.*

**Policlinico (Il), Sez. Pratica**, n. 46, 1941, Roma.

AGNOLI-BUSSA-DE MARCHI, *I danni miocardici dell'uremia.*

Gli AA. analizzando separatamente l'azione sul miocardio di diverse sostanze tossiche, aumentate patologicamente nel siero uremico, attribuiscono una prevalente attività danneggiatrice miocardica all'acido urico, acido ossalico, tiramina, più che all'indolo, ammoniaca, guaridina e tirosina. G.

**Idem, Sezione Medica**, n. 11, 1941, Roma.

SILVESTRONI-BIANCO, *Influenza del proprionato di testosterone e della colesterina sull'ematosi.*

**Idem, Sezione Chirurgica**, n. 10, 1941, Roma.

ALBERTI, *Contributo allo studio della patologia della occlusione intestinale acuta sperimentale.*

**Prima (La) Idea**, n. 48, 1941, Bologna.

FINISCHI, *Andre, il ragazzo boero* - LORETA, *Le gare a ritroso* - BADINI, *I pulcini di Piazza Grande* - GIANNI, *Le lettere di Gianni.*

**Progresso Sociale (Il) del Mezzogiorno**, n. 11, 1941, Napoli.

*Collaborazioni Italo-Germaniche nel campo igienico sanitario - Convegno Italo-Tedesco in preparazione del IV Congresso Internazionale per l'educazione all'aperto.*

**Rassegna Clinico Scientifica**, n. 10, 1941, Milano.

PERUSSIA, *I primi segni radiologici del carcinoma gastrico.*

L'A. riferendosi ai lavori fondamentali del Guttmann, dopo aver premesso le grandi difficoltà della diagnosi precoce del cancro, fa opportune considerazioni sui caratteri che accompagnano le forme ulcerose del carcinoma gastrico e che spesso si confondono con quelle dell'ulcera gastrica, per il fatto che vi è comune tra di loro il segno radiologico della nicchia. Occorre pertanto ricercare altri elementi differenziali che possono essere costituiti dalla forma e grandezza della nicchia, della sua regolarità, dalla sporgenza del profilo gastrico, dalla presenza del colletto e dal modo con cui esso si inserisce nell'interno della mucosa gastrica. G.

**Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del Lavoro**, n. 11, 1941, Roma.

MAURELLI, *La luce e il modo di usarne.*

In continuazione di uno studio precedente l'A. ha passato in rassegna gli apparecchi di illuminazione, che hanno lo scopo di correggere la distribuzione del flusso luminoso, come sono i riflettori e i diffusori e alcuni speciali tipi di lampade da tavoli e da pareti, facendo risaltare le particolari caratteristiche igieniche. G.

**Rassegna (La) di Clinica Terapia e Scienze Affini**, fasc. V, 1941, Roma.

CREMONESE, *Riflessi fisici e psichici e loro significato clinico.*

Secondo l'A. esiste un antagonismo, tra sistema nervoso centrale e simpatico, nel quale il vago agisce quale regolatore tra i due sistemi: prospetta l'importanza di ricerche intese a stabilire i rapporti tra i riflessi fisici e psichici, il biotipo cellulomurale e talune malattie mentali. G.

**Rassegna di Medicina Industriale**, n. 11, 1941, Torino.

FERRANNINI, *A proposito della pneumo-sclerosi degli zolfatari.*

L'A. nel mentre afferma l'esistenza di una pneumo-sclerosi da zolfo negli zolfatari di cui illustra il quadro clinico radiologico, lamenta che manchi ancora una chiara conoscenza del quadro anatomo-patologico dell'affezione. G.

**Rassegna di Oncologia**, n. 5, 1941, Roma.

CAPPELLI, *Utilizzazione dei glicidi.*

L'A. riferendosi a precedenti ricerche sulla crisi ipo-glicemica del coniglio, trattato con diversi glicidi, comunica i risultati nell'uomo per gli stessi glicidi introdotti per via endovenosa.

**Rassegna Giuridica della Circolazione Stradale**, fasc. 5, 1941, Roma.

PERETTI GRIVA, *La legge sugli infortuni del lavoro e sulle malattie professionali nel campo automobilistico.*

L'A. riferendosi al R. decreto 17 agosto 1935, n. 1765, commenta largamente le nuove disposizioni intese a tutelare i diritti degli assicurati e a permettere una celere liquidazione dell'indennità. G.

**Rassegna Sociale dell'Africa Italiana**, n. 11, 1941, Roma.

P. S., *L'ambiente fisico e le abitazioni in Africa Orientale Italiana.*

L'A. rilevata l'inesistenza di una vera architettura nelle costruzioni indigene, anche nei limiti stessi delle possibilità locali, ne attribuisce la causa alla mancanza di volontà ed all'apatia di quelle popolazioni, tenute in uno stretto regime di servaggio politico e morale.

**Riforma Medica**, n. 32, 1941, Napoli.

PONTONI, *Utilità dell'elettro-encefalografia nelle malattie nervose.*

Il metodo va sempre più affermandosi nella diagnostica delle lesioni cerebrali;

Baudoin e Fischgold hanno riscontrato delle anomalie dell'elettro-encefalo-gramma (e.c.g.) molto rilevanti negli epilettici con un rallentamento spiccato del ritmo. G.

**Rinascenza Medica**, n. 21, 1941, Napoli.

FABRIZIO, *La cosiddetta « febbre albanese »*.

Si tratta di una forma clinica descritta dal Mignone con il corredo di numerosi dati patologici e biologici, ma della quale restano tuttavia ignoti il virus e le vie di trasmissione. L'A. riconoscendo alla sindrome delle caratteristiche proprie ritiene tuttavia dover attendere ulteriori conferme e contributi. G.

**Rivista dell'Assistenza**, n. 4, 1941, Roma.

ROCHRSEN, *Appunti in tema di trasformazione di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*.

L'A. tratta tutte le questioni insorte nei casi in cui si debba procedere alla trasformazione di una volontà non più rispondente all'evoluzione dei tempi e sorpassata dalla coscienza pubblica, e nei quali occorre dare una forma completa più aderente alle esigenze della pubblica beneficenza. G.

**Rivista di Biochimica e Terapia**, n. 10, 1941, Roma.

*Direttive pratiche di cure ovariche - Profilassi e cura della trombosi*.

**Rivista di Biologia Coloniale**, nn. 4-5, 1941, Roma.

SCOTTI, *La collezione etnografica delle Missioni Salesiane in Torino*.

**Rivista Italiana d'Igiene**, n. 9, 1941, Pisa.

NERI-MORETTI, *Il controllo della pasteurizzazione del latte mediante la prova della fosfatasi*.

Gli AA. allo scopo di saggiare l'efficienza della prova della fosfatasi per il giudizio di pasteurizzazione del latte hanno operato su campioni di latte del commercio pasteurizzato secondo le regole della pasteurizzazione bassa (63° per 30 min.). I risultati ottenuti sono stati ottimi perchè la prova si è mostrata atta a svelare sicuramente deficienze di 10 min. nella durata del tempo di riscaldamento, l'insufficienza del riscaldamento a meno di 60° C. e la presenza di latte crudo inquinante il latte pasteurizzato nella percentuale minima del 0,25 %.

**Rivista Italiana della Tuberculosis**, n. 10, 1941, Udine.

PASCOLI, *La reazione di Costa nella tbc. pulmonare*.

La reazione che presenta grande semplicità e rapidità di esecuzione, secondo l'A., deve considerarsi come un esame collaterale di un certo valore, che può assieme al quadro complessivo, costituito dall'esame obiettivo, dai reperti radiologici, dalle ricerche di laboratorio, permettere al medico di formarsi un criterio di più, sulla diagnosi e sulla prognosi dell'ammalato. G.

**Rivista di Medicina Aeronautica**, n. 3, 1941, Roma.

MACCHIAVELLI, *Le dissenterie con particolare riguardo alla dissenteria amebica*.

L'A. studia le varie forme di dissenteria, mettendole in raffronto a quella speciale amebica, con osservazioni cliniche e note epidemiologiche, tratte dalla lunga esperienza fatta in A. O. I. G.

**Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica**, n. 12, 1941, Milano.

*Per un pensiero medico italiano nella storia della medicina - Medici, Poeti, Scrittori e Artisti - Libri nuovi e pubblicazioni di speciale importanza - Per la fisiologia italiana - Notiziario*.

**Saggiatore (II)**, n. 4, 1941, Torino.

LAMBERTINI, *L'abito atletico*.

L'A. dopo avere rilevato che se nel tipo atletico è la nota muscolare quella che prevale e dà alla costituzione un'impronta particolarmente robusta, esistono tuttavia giovani inizialmente gracili che con opportuna attività medico-ginnastica, riescono ad acquistare qualità atletiche per un processo miogenetico provocato dall'esercizio fisico. G.

**Scienza e Tecnica**, fasc. 11, 1941, Roma.

*Acido ascorbico ed intossicazione difterica*.

**Settimana (La) Medica**, n. 30, 1941, Palermo.

SERRAINO, *Sul comportamento della curva glicemica a digiuno, negli individui normali e diabetici*.

Secondo le ricerche eseguite dall'A., il tasso glicemico nei soggetti normali si mantiene in equilibrio costante in grazia dei delicati meccanismi della glico-regolazione; ciò che non avviene nei diabetici, in cui le turbe neuro-ormoniche conducono ad oscillazione del tenore glicemico variabili da soggetto a soggetto. G.

**Stomatologia (La) Italiana**, n. 12, 1941, Roma.

GATTO, *Pancreas e sistema dentario*.

L'A. studia le relazioni tra pancreas e apparato bucco-mascillo-dentario mettendo in evidenza la sindrome caratteristica dentaria, che è determinata dall'insufficienza pancreatica (diabete) e che è costituita da carie a decorso rapido, presenza di denti a polpa morta, paradontite e paradentosi, mobilitazione e caduta dei denti, lingua grossa e papilla ipertrofica. G.

**Svastica (La)**, n. 35, 1941, Berlino.

*La campagna di Napoleone in Russia nel 1812 e la guerra germanica del 1941 contro i Sovieti - Russia ed Europa - Mire economiche Anglo-Americane in Europa*.

**Tempo (II)**, n. 9, 1941, Roma.

*Compagnie di Assicurazione e Agenti Generali - Il nuovo Presidente della Confederazione dei Lavoratori - L'Assicurazione nel Codice Civile - L'Assemblea dell'Assicurazioni Generali*.

**Terapia**, n. 266, 1941, Milano.

*La profilassi e la terapia della pertosse mediante la vaccinazione*.

A provare la grande efficacia della vaccinazione preventiva vengono riportate le statistiche del Madsen, nelle Isole Faroe, dovè la mortalità fu del 24% nei non vaccinati e dell'1,5% nei vaccinati. E' indispensabile la preparazione di un vaccino privo di endotossine, con azione necrotizzante nei tessuti ma contenente gli altri antigeni del corpo microbico. G.

**Tubercolosi**, n. 9, 1941, Roma.

PICCINELLI, *La tubercolosi polmonare miliare cronica*.

L'A., in uno studio ancora in corso di pubblicazione, descrive le diverse forme delle lesioni anatomico-patologiche della tbc. miliare cronica in rapporto a quelle ad andamento acuto, mettendo in evidenza le speciali caratteristiche e differenze riscontrabili anche all'esame radiologico. Microscopicamente si notano processi essudativi accanto a processi proliferativi, specialmente nel dominio degli alveoli, accompagnati da spiccata reazione connettivale attorno agli infiltrati. Questa tendenza è indice del decorso lento del processo morboso. G.

**Vetro (II)**, n. 12, 1941, Roma.

*Mosaici di Orfeto Tamburri - La pittura sul vetro e il suo più illustre Maestro - Case del Fascio di S. Stefano da Veto - Vetri di Fontana - Vetri di Venini - Architettura Ungherese - Vettrine - Il vetro nel cinematografo.*

**Vita (La) Universitaria**, n. 6, 1941, Roma.

*Il discorso del Ministro Bottai sulla riforma universitaria - Troppi studenti? - Troppe materie - La diplomomania - Lutti universitari.*

**Africa Medica**, nn. 9-10, 1941, Lisbona.

PLESSEN, *Quadro sintomatologico dell'anchilostomiasi.*

L'A., dopo avere premesso alcuni dati caratteristici della malattia così come si manifesta in Europa, e tra gli indigeni della Tanganica (Africa Orientale) fa uno studio diagnostico differenziale con il paludismo cronico e l'amebiasi, trattando anche la tecnica microscopica più adatta per il riconoscimento dei diversi parassiti. L'A. fa risultare le difficoltà diagnostiche nei casi di infezione mista e la necessità di esami ripetuti per l'accertamento della forma clinica. G.

**Consejo General de los Colegios Medicos de Espana**, n. 20, 1941, Madrid.

GOMEZ-ULLA, *Un saluto a tutti i Medici di Spagna* - FORTACIN, *Rimembranze* - HERAS, *Aspetti dei problemi dell'assicurazione sociale delle malattie* - CLEMENTE, *Le pensioni ai Medici della pubblica assistenza* - ALVAREZ, *La fondazione del Collegio Medico di Madrid.*

**Blätter für Versicherungsmathematik und verwandte Gebiete**, giugno 1941.

H. BRAUN, *Il ritmo dei processi vitali e sue cause.*

I processi vitali si succedono secondo un ritmo che può essere collegato col succedersi del giorno e della notte, con le fasi della luna, con il cambio delle stagioni e i movimenti del sole. L'A. studia questi rapporti fra i processi vitali e questi ritmi cosmici, notando che in un determinato giorno dell'anno l'uomo è sempre esposto alle stesse oscillazioni della sua salute.

L'A. discute le cause di questi ritmi periodici nella vita e conclude che essi sono determinati da irradiazioni costituite principalmente dalle irradiazioni solari e secondariamente da irradiazioni radioattive di origine terrestre. F. T.

**Medizinische Klinich**, n. 42, 17 ottobre 1941.

E. ALBRICH, *La diagnosi di sifilide epatica.*

La diagnosi clinica di sifilide epatica offre grandissime difficoltà. Eppinger divide le malattie luetiche del fegato in: 1) Ittero sifilitico precoce; 2) Atrofia sifilitica acuta del fegato; 3) Epatite sifilitica non itterica; 4) Malattie epatiche nello stadio avanzato della lue; questo è il gruppo di manifestazioni più frequenti e comprende il cosiddetto fegato lobato e la forma colangitico-colecistica.

Non vi sono sintomi caratteristici della lues epatica; un sintomo costante è la febbre, che può avere un carattere continuo o remittente. Quasi sempre vi è anche un tumore di milza. La localizzazione preferita delle gomme nel fegato è la superficie superiore anteriore, che è difficile raggiungere palpatariamente: utile in questo caso è il pneumoperitoneo che permette di vedere il profilo della superficie epatica.

L'A. riferisce appunto un caso in cui il pneumoperitoneo è stato di grande ausilio per la diagnosi esatta, permettendo così di attuare con successo l'opportuna terapia. F. T.

**Revue Neurologique**, n. 7, 1941, Paris.

MUSSIO-FURNIER, *Aprassia-motrice.*

Invero le osservazioni relative a casi di aprassia ideo-motrice in cui l'aprassia sia limitata al lato sinistro o qui prevalente, sono molto scarse. Gli AA. descrivono un caso

importante dal punto di vista semeiotico in cui l'aprassia era associata con la catalepsia e con movimenti volontari alternanti, ripetuti di flessione e di estensione negli arti colpiti. Gli AA. dopo avere riportato gli esami clinici eseguiti, e la complessa sintomatologia del caso, ritengono che debba trattarsi di una aprassia ideo-motrice sinistra, la cui localizzazione si trovi in una lesione del corpo calloso, che viene ad interrompere le fibre commessurali. G.

Vie Saine (La), n. 4, 1941, Basilea.

SCHOHAUS, *A proposito del problema delle generazioni.*

Si tratta di saggi che riguardano l'educazione dei giovani troppo trascurata. Essi illustrano l'importanza della lettura, del modo con cui i ragazzi devono comportarsi di fronte agli adulti, dello spirito di libertà tanto sentito nei ragazzi che involontariamente turbano talvolta la suscettibilità degli estranei. G.

*Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, ottobre 1941.

J. NEUHAUS ed E. A. HAFNER, *Sulle cause di morte nei rischi tarati.*

Questo lavoro cerca di portare un contributo alla soluzione della questione se negli individui tarati ci sia un rapporto tra causa di taratura e causa di morte e, se c'è, di che tipo sia tale rapporto. Come materiale sono stati adoperati i casi di morte, pubblicati dalla « Sverige » nella pubblicazione commemorativa del 1940: tali casi sono 916 su 11.117 assicurazioni di rischi tarati, perfezionate tra il 1915 e il 1938. In 388 casi, cioè in poco più del 40 % la causa principale di morte si collega direttamente con la causa principale di taratura e in altri 84 casi vi si collega indirettamente. In 52 casi è stata constatata una connessione tra causa principale di morte e causa secondaria o terziaria di taratura. Nei restanti 392 casi, cioè il 43 % dei casi di morte, non è stato possibile trovare alcun rapporto tra causa di morte e cause di taratura. Nell'esame più dettagliato del rapporto fra cause di taratura e cause di morte, si è potuto notare che gli appartenenti ad alcune cause di taratura e cause di morte, si è potuto notare che gli appartenenti ad alcune cause di taratura (tubercolosi, malattie dell'apparato circolatorio, malattie dell'apparato gastroenterico, malattie dell'apparato urogenitale, escluse le veneree, malattie non tubercolari dell'apparato respiratorio), pur potendo morire per qualsiasi altra causa, muoiono in una percentuale più alta di quella malattia per cui furono tarati. Le stesse conclusioni non sono possibili, in base al materiale della « Sverige », per altre cause di taratura (malattie veneree, infettive, nervose, intossicazioni croniche, tumori ed altre malattie).

Nel lavoro è svolta ampiamente anche la parte matematica.

F. T.

### Nella nostra biblioteca

*Andamento nel 1939 delle malattie infettive e sociali soggette a denuncia obbligatoria.*  
Istituto Poligrafico dello Stato, 1941, Roma.

La pubblicazione è stata curata con la solita diligenza dall'Istituto di Sanità Pubblica, sotto gli auspici del Ministero dell'Interno, e contiene dati molto importanti su talune malattie infettive. La malaria ha specialmente risentito l'influenza della lotta intrapresa dal Regime Fascista, con le leggi sulle bonifiche e con quella della bonifica integrale, per cui nel 1939, si ebbe il quoziente più basso, finora registrato, di casi di malaria, del 12,61 per 10.000 abitanti.

*Atti del Convegno sulla Silicosi.* — Edizione dell'Ente Nazionale di Propaganda per la prevenzione degli Infortuni.

Il Convegno, promosso dall'E.N.P.I. allo scopo di agevolare una rapida soluzione legislativa e preventiva del problema della Silicosi e svoltosi nei giorni 22 e 23 set-

tembre 1941 a Torino, ha riunito insigni cultori della medicina, dell'ingegneria, della chimica, della fisica, della giurisprudenza, e delle scienze sociali ed economiche. Sono state lette importanti relazioni sulla patologia della silicosi, sulla diagnosi precoce e preventiva, sulle malattie pulmonari da polveri industriali e loro prevenzione, sulla silicosi dal punto di vista assicurativo e della responsabilità civile del datore di lavoro. Il Congresso si è chiuso con altre importanti comunicazioni. G.

BARBARA, *Un grave problema medico sociale da risolvere: l'aumento delle malattie cardio-vascolari.* — Estratto da « Difesa Sociale », nn. 4-5, A. XV.

L'A. espone un quadro impressionante del problema, che si riassume in un progressivo aumento della morbilità e della mortalità per malattie dell'apparecchio circolatorio.

Nel 1928 su 10.000 abitanti l'Italia ebbe un quoziente di mortalità del 17,35 appena superata dall'Inghilterra con il 19,15 e dagli Stati Uniti con il 20,5.

Accenna alle cause del fenomeno e ai provvedimenti medico-sociali già adottati in America. G.

CALDEROLI, *I senza tonsillè.* — Tipografia Editrice Carrara, 1941 Bergamo.

Il piccolo volumetto si collega agli studi dell'A. pubblicati in varie monografie sull'argomento, riferendo i giudizi emessi dalla stampa medica e politica.

*II Congrès International de la Médecine d'Assurance-Vie. Rapports et Communications.*

In un volume di circa 600 pagine, edito a cura del Segretario Generale del Comitato Permanente Internazionale per lo studio della Medicina di Assicurazione sulla vita, sono pubblicati i lavori presentati al II Congresso svoltosi a Parigi nei giorni dal 18 al 21 maggio 1939. L'Italia era rappresentata al Congresso dai Prof.ri Romanelli e De Gregori e dai Dott. Cavaliè, Molan, Ricciotti, Starna e Trottarelli. Notevole il contributo scientifico italiano portato con le correlazioni su l'albuminuria nei rapporti con l'assicurazione vita dei Dott. Starna e Cavaliè; dei Dott. Ricciotti e Molan sulla tubercolosi e l'assicurazione vita; del Dott. Trottarelli sulla importanza della statistica nella assicurazione vita. G.

CONTI, *Problemi sanitari della Germania in tempo di guerra.* — Tip. Min. Interno, 1941, Roma.

Il Capo della Sanità del Reich ha esposto in una brillante conferenza tenuta a Roma tutta la vasta opera di organizzazione sanitaria svolta in Germania in questo tempo di guerra, con una efficace rassegna dei problemi, che si riferiscono all'alimentazione, all'assistenza ospedaliera, alle malattie epidemiche, alle assicurazioni sociali contro le malattie, agli sport e all'educazione fisica della gioventù. G.

DIEZ Prof. S., *Traumatologia infortunistica.* — Edizioni Italiane, 1942, Roma.

E' uscito nel c. a. edito dalle Edizione Italiane questo pregevole volume del valoroso e ben noto infortunista docente presso la R. Università di Roma, volume che completa il precedente dello stesso A. « L'Assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali » pubblicato nel 1940.

Con vasta visione d'insieme nel nuovo volume di oltre mille pagine sono esaurientemente trattate le malattie che comunque risultino influenzate da azione violente esterne. Il testo è diviso in due parti. Nella prima l'A. studia i rapporti causali tra traumi e le singole affezioni dei vari apparati presunti o reali che siano; nella seconda sono raggruppati i processi morbosi derivanti da cause lesive varie: termiche, elettriche, bariche e le infezioni od infestazioni costituenti infortunio sul lavoro.

L'opera del DIEZ risulta pregevole ed ottima guida non solo per tutti i cultori di infortunistiche che vi troveranno la rassegna critica di molti problemi della specialità completati da una ricca ed aggiornata bibliografia, ma anche per tutti gli studiosi di medicina sociale. Ci ralleghiamo col Diez per la sua vasta e pregevole attività. St

DI PRISCO, *Cause d'invalidità: malattie professionali della colonna vertebrale*. — Estratto da « Difesa Sociale », nn. 4-5, A. XV.

L'A., passate in rassegna un gruppo di malattie, come l'artrite deformante, l'artrite apofisaria e la lombartria del Seri, ritiene trattarsi di casi patologici, in conseguenza quasi diretta del lavoro eseguito dall'operaio e dell'ambiente nel quale egli è obbligato a lavorare. L'A. riserva il suo giudizio sul carattere professionale di talune altre forme morbose che chiama para-professionali, in cui il fattore patogenetico va ricercato in condizioni organiche preesistenti. G.

FRANCIONI, *Tubercolosi polmonare e assicurazione invalidità*. — Tip. « Difesa Sociale », Roma.

E' la relazione che l'A. tenne nell'aprile 1939 al Convegno dedicato ai problemi Medico Legali dell'Assicurazione Invalidità. In essa viene esaminata la capacità lavorativa dei tubercolotici, dopo una felice esposizione del problema dei migliorati stabili e dei guariti. L'A. giustamente subordina la valutazione della invalidità di questi soggetti guariti, ai due elementi seguenti: limitazione nella scelta delle occupazioni, ed entità dei postumi anatomico-funzionali. Nell'ultima parte della pregevole relazione l'A. infine lungeggia il problema dell'assistenza post-sanatoriale in cui la nostra Nazione è l'unica che abbia, attraverso disposizioni legislative, creato un apposito stabilimento quale il Sanatorio Scuola di Camerlata ed il reparto lavoratori presso il Ramazzini di Roma gestiti entrambi dall'I.N.F.P.S. del quale il Francioni è molto apprezzato ed attivo Capo Servizio Sanitario. St.

GARGIULO, *L'indagine radiologica in odontoiatria*. — R. Tip. Giannina, 1934, Napoli.

Il libro costituisce un manuale pratico di Röntgen-diagnostica delle malattie dei denti, corredato da molte nitide illustrazioni iconografiche e da speciali nozioni di anatomia, di patologia e di clinica delle affezioni dentarie e dei mascellari. L'A., superando non lievi difficoltà, è riuscito a scrivere un manuale che può esser di ottima guida nell'esercizio odontoiatrico. G.

GEDDA, *Il valgismo della crescita*. — Estratto da « Gazzetta Medica Italiana », n. 8, 1941. Torino.

IDEM, *Semeiotica e diagnostica dell'apparato locomotore*.

Fa parte del secondo volume di Semeiotica e diagnostica medica redatto in collaborazione da diversi AA. sotto la direzione di Sisto e pubblicato nell'edizione « Minerva Medica » di Torino, 1939. Il lavoro, che comprende la sintomatologia soggettiva ed obbiettiva delle diverse forme morbose, con opportuno riferimento ai sussidi della clinica, si chiede con una esposizione molto chiara dei problemi di diagnostica relativi alle malattie mediche dell'apparato locomotore. G.

LOFFREDO, *Etiologie delle artriti traumatiche*. — Tip. Edit. Fabozzi, 1928, Aversa.

Il lavoro costituisce una rivista sintetica dei vari traumatismi che possono determinare processi articolari di cui l'A. fa una opportuna disamina.

MATTARELLO, *Infantilismo, nanismo, ipo-evolutismo*. — Estr. da « Gazzetta Medica Italiana », n. 7, 1941, Torino.

*Monte-Pensioni per il Clero di A. C.* — Ediz. dell'I.N.A., Studi e propaganda 1941, Roma.

In questo volumetto edito in bella forma tipografica, è riassunta con brevi cenni l'origine della nuova istituzione, che per la prima volta fa entrare la previdenza nel clero e va incontro alle sue necessità e principalmente a quella di un sostentamento nello vecchiaia e in caso d'invalidità. G.

NANNINI, *Attitudini dell'operaio italiano ad acclimatarsi nell'Impero*. — Estr. da « Difesa Sociale », n. 8, A. XV.

NERI, *L'igiene pubblica nel quadro della bonifica integrale e della politica rurale italiana*.

L'A. esaltando la nascita di nuove 6 città sull'antico Agro Romano (Mussolinia, Littoria, Sabaudia, Pontinia, Aprilia e Fertilia) che vivono e fruiscono ormai di una vita propria, bene organizzata, espone l'opera gigantesca, che si è dovuta compiere per debellare anzitutto il flagello della malaria e per dare alle popolazioni la migliore assistenza igienica e sanitaria. G.

NICEFORO, *Per la storia numerica dell'alimentazione italiana*. — Estr. da « Difesa Sociale », nn. 8-9, A. XV.

Seguendo le sue indagini statistiche, l'A. ci mostra, in diagrammi molto convincenti, la razione quotidiana di talune famiglie delle varie regioni di Italia, nella loro composizione fondamentale di proteine, grassi totali, idrati di carbonio, calorie del vino. Perviene così a stabilire una curva della razione media di distribuzione dei consumi ed a presentarci le differenze esistenti tra una regione e l'altra dell'Italia. G.

*Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno*, n. 1, 1941. Roma.

Per cura della Direzione generale della Sanità Pubblica è stato pubblicato questo importante volume, che in gran parte contiene relazioni ufficiali e studi circa la lotta contro le infezioni tifoidee e relative pratiche di vaccinazione per via orale.

Il Petragnani ha esposto il suo metodo orale di profilassi con il Bili-vaccino, entrato oramai nella pratica comune, mentre Buonomini e Matarese, con accurate indagini sierodiagnostiche, eseguite sui soggetti vaccinati oralmente, hanno messo in evidenza la comparsa di agglutinine specifiche H. O. per il bacillo del tifo e per il bacillo paratifo B. e H. per il bacillo del paratifo B. con un aumento del potere protettivo del siero, verso l'infezione tifica.

Aiazzi-Mancuri pubblica la relazione presentata all'Accademia Medico-Fisica Fio-mentina nell'adunanza del 13 febbraio 1940 sui sulfamidici, dando un'opportuno sviluppo a quella parte che riguarda l'assorbimento e l'eliminazione dei sulfamidici, il loro meccanismo di azione e le azioni secondarie, con una speciale rassegna della loro attività terapeutica nelle più svariate infezioni batteriche.

---

## VUOTI NELLE FILE.

### *Nella Direzione Generale.*

Col più vivo dolore dobbiamo lamentare nella nostra Famiglia la perdita di un Collega e collaboratore carissimo, il Dr. MARCELLO BIASIOTTI deceduto in Roma, presso l'Ospedale « Principe di Piemonte » del Sovrano Militare Ordine di Malta, il 25 gennaio scorso.

Nato a Roma il 25 aprile 1907 si era laureato il 7 luglio 1930 con il massimo dei punti e la lode e gli fu conferito nello stesso anno il premio della Fondazione Forlanini tra i migliori laureati in medicina presso la R. Università di Roma; nel novembre 1931, riuscì secondo al concorso per Assistente medico Chirurgo negli Ospedali Ritirati di Roma, ove successivamente, dal 1934 fu Assistente patologico.

Nel 1933, in seguito a concorso per titoli vinse il premio della Fondazione Colasanti per un Corso di Perfezionamento di Farmacologia sperimentale e conseguì il diploma di specialista in radiologia.

Entrò nel nostro Istituto nel marzo 1935 quale Medico di Direzione dopo un

concorso per esami in cui era riuscito secondo. Durante questi anni ha svolto accanto alla pratica medica di assicurazione diverse indagini originali di laboratorio presso i Gabinetti medici del Servizio Sanitario e pubblicati numerosi lavori sia in questa Rivista che negli Atti del Comitato Consultivo. Fra le altre merita speciale rilievo la pubblicazione sulla reazione di Ide che è stata una delle prime e più esaurienti scritte in Italia sull'argomento, tanto da riscuotere la più calda approvazione dallo stesso Ide il quale, dal Giappone, volle fare omaggio al Collega di un simbolico pugnale.

Per alcuni anni è stato Capo Reparto di Medicina nella Poliambulanza del Sovrano Militare Ordine di Malta e dal 1926 teneva il Corso di Farmacologia quale insegnante della Scuola di Medicina dell'Associazione Missionaria dello stesso Ordine.

Dal 16 dicembre 1940 era stato richiamato a prestare servizio militare quale Tenente medico presso l'Ospedale « Principe di Piemonte », ove ha prodigato, fino a trascurare la propria salute, per circa un anno la sua non comune perizia di radiologo e di valente medico internista riscuotendo la più ampia fiducia dei superiori e la stima dei feriti di guerra ivi ricoverati.

Le esequie svoltesi il giorno 27 gennaio, alle quali intervennero l'Em.mo Cardinale Manini, il Gran Maestro dell'Ordine, Principe Chigi, il Presidente dell'ospedale Gen. Conte di Cossilla, il Direttore Generale dell'I.N.A. Gr. Uff. Dr. Giordani e largo stuolo di colleghi e di feriti di guerra che avevano avuto la fortuna di conoscerlo e apprezzarlo, riuscirono una spontanea manifestazione di affetto alla Sua Memoria.

A ricordo del Collega immaturamente scomparso, la Direzione dell'I.N.A. ha voluto intitolare al Suo nome il Laboratorio di Sierologia del Servizio Sanitario.

Alla vedova prof. Laura Mannoni e ai due bambini Arnaldo e Piero « *L'Assistenza Sanitaria* » invia le più sentite e fervide condoglianze.

Troncato da una fulminea malattia il 22 febbraio corrente è deceduto a soli 39 anni il Dr. FERNANDO PAGLINO, Capo Ufficio del Servizio Attuariale e Statistica dell'I.N.A. e docente di Statistica Attuariale presso la R. Università di Roma.

Lascia largo rimpianto tra quanti conobbero ed apprezzarono la sua cultura e la sua attività feconda, sia come Funzionario dell'I.N.A. sia come studioso.

Alla moglie e ai quattro teneri bambini giungano le nostre condoglianze più vive.

Nel bacino del Donez, dove si era recato volontario, il 12 dicembre 1941 immolava la sua giovane vita in combattimento, il laureando in Scienze politiche, diplomato al Centro Studi dell'I.N.A., S. Tenente VINCENZO MARSELLA, dando fulgidissimo esempio del suo eroismo e della sua purissima Fede nella Patria.

Al padre, Prof. Fabio Marsella, Ispettore Superiore dell'I.N.A. e nostro valoroso collaboratore, alla madre ed ai fratelli, in questa ora di angoscia, inviamo affettuose condoglianze.

### ***Fra i Medici Fiduciari.***

Dr. BATTISTONE PIETRO - Castelvechio Subequo (Aquila).

Dr. CAPRIA VINCENZO - S. Ferdinando di Rosarno (Reggio).

Dr. CERIELLO AURELIO - Pesco Costanzo (Aquila).

Dr. DAVOLI FRANCESCO - Polia (Catanzaro).

Prof. GIORDANO FRANCESCO - Napoli.

Dr. INZOLI FRANCESCO - Tradate (Verona).

Prof. dott. OLLINO GIOVANNI (Medaglia d'argento al V. M.) - Genova.

Dr. SOLVER MASSIMILIANO - Perca (Bolzano).

---

**Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile**

---

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

LOCALITÀ	ORARIO	LOCALITÀ	ORARIO
<b>PIEMONTE</b>		<b>MARCHE E DALMAZIA</b>	
Torino	Giorni feriali 1° e 3° lunedì 8,30-12,30 14,30-17,30	Ancona	Giorni feriali
Alessandria	Via Maria Vittoria, 1	Ascoli Piceno	1° 3° mercoledì 10,30-12,30, 15-17
Asti	Via Roma, 14	Macerata	Ultimo mercoledì 10,30-12,30, 15-17
Biello	Via Alberti, 2	Pesaro	2° 4° martedì 10,30-12,30, 15-17
Novara	Via Arnolfo, 20	Zara	2° giovedì 10,30-12,30, 15-17
Vercelli	Via S. Giacomo, 3 C. Carlo Alberto		
		<b>ABRUZZI</b>	
<b>LOMBARDIA</b>		Pescara	Giorni feriali
Milano	P. Diaz, 8		
Bergamo	V. Camozzi, 33	<b>LAZIO E UMBRIA</b>	
Brescia	P. Vittoria - Pal. INA	Littoria	Domenica 8-12
Como	V. D. Fontana, 2	Perugia	2° 4° martedì 9-13
Cremona	V. Campi, 1	Roma	Giorni feriali
Legnano	C. Vittorio Emanuele, 5	Roma	Giorni feriali
Pavia	C. Mazzini, 3	Terni	Merccoledì 8,30-12
		Tivoli	2° 4° sabato 14-17 (sospese)
		Viterbo	1° 3° sabato 9-12
<b>LIGURIA</b>			
Genova	V. Carducci, 3		
<b>VENEZIA TRIDENTINA</b>		<b>CAMPANIA</b>	
Bolzano	V. Rosmini, 20	Avellino	2° 4° martedì 11-14
Bressanone	V. Roma, 5	Benevento	1° 3° mercoledì 9,30-12,30
Rovereto	Piazza Rosmini	Caserta	2° 4° giovedì 9-12 (sospeso temp.)
Trento	V. Bellenzani, 14	Caserta	1° 3° giovedì 9-12
		Castell. Stabia	Giorni feriali
<b>VENEZIA VENETA</b>		Napoli	2° 4° sabato 9-12
Padova	P. Spalato, 1	Portici	lunedì e mercoledì
Belluno	V. Garibaldi, 1	Salerno	
Isola Scala	P. Nazario Sauro		
Legnago	P. Duomo	<b>PUGLIE</b>	
Treviso	V. Vitt. Emanuele, 29	Barl.	Giorni feriali
Udine	V. Sauro, 1	Lecco	Giorni feriali
Venezia	Calle larga XXII Marzo		
Verona	V. Vitt. Emanuele, 11		
Vicenza	P. Roma, 11	<b>LUOANIA</b>	
		Potenza	Venerdì e Sabato
<b>VENEZIA GIULIA</b>			
Trieste	P. Dalmazia, 3	Catanzaro	Giorni feriali
Fiume	V. XXX Ottobre	Cosenza	2° martedì 9-13
Gorizia	V. Crispi, 9	Reggio Cal.	1° 3° mercoledì 9-12
Monfalcone	V. Duca d'Aosta, 26		
Pola	V. Garibaldi, 13	<b>CALABRIA</b>	
		Catanzaro	Giorni feriali
<b>EMILIA</b>		Cosenza	2° martedì 9-13
Bologna	V. Pignatelli, 1	Reggio Cal.	1° 3° mercoledì 9-12
Modena	P. Mazzini, 4		
Parma	V. Garibaldi, 23	<b>SICILIA</b>	
Piacenza	P. Cavalli, 2	Catania	Venerdì e sabato 9,30-13
Reggio Emil.	V. Emilia S. Stefano, 3	Messina	Giorni feriali
		Ragusa	
<b>TOSCANA</b>		Siracusa	
Firenze	Piazza Stazione, 2	Enna	
Livorno	V. Cairoli, 9 (Pal. Galleria)	Palermo	
		Trapani	
		<b>SARDEGNA</b>	
		Cagliari	Giorni feriali

# Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
BOLOGNA	Osp. « B. Mussolini » del- l'I. N. F. A. I. L. . . .	20%, 1° e 2° cl. 10%, 3° cl.	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20 . . . .	80%
BRESCIA	Poliambulanza - Pia- zale Garibaldi . . . .	20, 25 e 30%		Casa « Berti » . . . . .	30%
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - P. S. Benedetto . . . . .	80%	NAPOLI	Sanatorio « O. Forlanini »	80% diaria L. 20
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati . . . .	80%	PALERMO	Clin. Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2 . . . . .	80% 30% retta 20% interventi e ricerche
CATANZARO	Ist. clin. diagn. fisioter. Dr. G. Mazza - V. Duomo	80%		Casa « Noto » . . . . .	
COMO	Ist. Card. Prof. G. Galli - Via Volta 48 . . . . .	80%	PIACENZA	Casa « Piacenza » . . . .	20%
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	80%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi . . . . .	80%
GENOVA	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV . . . .	ass. popolari L. 10 visita annuale	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi .	20 e 25%
	Ist. Inalaz. Dr. B. Oxilia - Via XX Settem. 1-2 . . .	80%	S. SEVERO (Foggia)	Olin. Troiano - V.le Staz.	80%
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro .	80 %	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8 . . . . .	40% ass. popolari L. 11 visita annuale 35%
MESSINA	Ist. ter. fisica Dr. G. Spa- gnolio - P. Stazione . . .	80%		Olin. malattie profess. - R. Università . . . . .	
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I » .	10 e 20%		Istit. terapia ocozonica - Corso Oporto 10 . . . .	
				« Villa Maria » - V. Princi- pessa Felicita, 15-bis, 17	80 e 40%
				Ospedale Maggiore S. G. Battista e della Città di Torino . . . . .	15% prestazioni med. - chir. che
			TREVISI	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo . . . . .	80%
			TRIESTE	Casa di Cura Duttogliano	20 o 10%

## Cliniche specializzate e case di cura

BARI	Clin. Prof. D'Erechia - Via M. Signorile, 2 (ostetr. e ginecologia) . . . . .	80%	ROMA	Guardia Ostetrica perma- nente E. Pestalozza . . . .	50, 30, 20%
CAGLIARI	Casa B. Salvatore (ostetr. e ginecologia) . . . . .	80%		Casa « Juncolata Conce- zione » (artr., sciatica e reumatismi) - V. Pom- peo Magno, 14 . . . . .	50% ambulanza 1° cl. L. 50 retta 2° » » 40 » 3° » » 25 »
ROMA	Olin. Ostetr. Ginecolog- ica R. Univ. di Roma <i>Cura della sterilità.</i>	A tutte le as- sicurate visite gratuite gio- vedì e sabato ore 15	PADOVA	Casa « La Salutare » (loca- lità Altichiero) (neu- rologia) . . . . .	20%
	Osp. S. Gallicano (der- mosifilopatia) . . . . .	diaria 80,50	TREVISI	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otori- nolaringologia) . . . . .	80%
	Ist. « Regina Elena » (tum.)	» 85 -	MIAZZINA (NOVARA)	Casa « Eremo » (malattie polmonari) . . . . .	15 e 30%
	Olinica Odontoiatrica R. Università . . . . .	20%			