120

Dott. I. ROMANELLI

Note di Medicina dell'Assicurazione-vita

SOMMARIO:

I. Gli elementi di giudizio per il medico delle assicurazioni-vita. = II. L'appendicite e l'assicurazione-vita. = III. La sifilide e l'assicurazione-vita. = IV. La calcolosi biliare e l'assicurazione-vita. = V. L'obesità e l'assicurazione-vita. = VI. La magrezza e l'assicurazione-vita. = VII. La glicosuria e l'assicurazione-vita. = VIII. L'albuminuria e l'assicurazione-vita.

Estratto dal Policlinico (Sez. Pratica), *anni 1914-1915-1916*

Roma, 1917. — Amministrazione del Giornale "Il Policlinico", Via Sistina, n. 14.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc., ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formole.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, nonchè una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Reca tutte le notizie che possono interessare [illegible] medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica due rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, per gl'importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:	Italia	Unione postale	
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica	L. 20	30	Fr. oro
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica . . .	„ 20	30	Fr. oro
3. Alle tre sezioni insieme	„ 25	35	Fr. oro
4. Alla sola sezione pratica (settimanale)	„ 15	20	Fr. oro

Un numero separato della sezione medica *o* chirurgica L. **1.50**

Un numero separato della sezione pratica L. **1**.

Il **Policlinico** si pubblica sei volte il mese.

La **sezione medica** e la **sezione chirurgica** si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48 pagine, che in fine d'anno formano due distinti volumi, con copertina di 8-16 pagine.

La **sezione pratica** si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 a 40 pagine con copertina di 20-28 pagine.

Gli abbonamenti hanno decorrenza dal primo di gennaio di ogni anno.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Dott. I. ROMANELLI

Note di Medicina dell'Assicurazione-vita

SOMMARIO:

I. Gli elementi di giudizio per il medico delle assicurazioni-vita. - II. L'appendicite e l'assicurazione-vita. - III. La sifilide e l'assicurazione-vita. - IV. La calcolosi biliare e l'assicurazione-vita. - V. L'obesità e l'assicurazione-vita. - VI. La magrezza e l'assicurazione-vita. - VII. La glicosuria e l'assicurazione-vita. - VIII. L'albuminuria e l'assicurazione-vita.

Estratto dal Policlinico (Sez. Pratica), *anni 1914-1915-1916*

Roma, 1917. — Amministrazione del Giornale "Il Policlinico", Via Sistina, n. 14.

Corporate Heritage & Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive

AL MIO MAESTRO

PROF. ETTORE MARCHIAFAVA

PRIMO DIRETTORE DELL'UFFICIO MEDICO

DELL'ISTITUTO NAZIONALE

DELLE ASSICURAZIONI

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive

I. Gli elementi di giudizio per il medico delle assicurazioni-vita.

(*Estratto dal* « POLICLINICO » (Sez. Pratica) *Fasc. 2, 11 gennaio 1914*).

Le assicurazioni-vita possono contemplare il caso di vita, il caso di morte ovvero l'uno e l'altro insieme (mista).

Nel caso di vita l'esame ed il giudizio del medico sono inutili, in quanto che l'assicurazione si riduce ad una semplice operazione di risparmio, simili a quelle che si possono fare presso le Banche (le *Tontinarie* in Italia oggi non esistono più).

Quando l'assicurazione è fatta in caso di morte o mista, la base su cui poggia il contratto è il rapporto medico. Di qui l'importanza somma del medico nell'assicurazione-vita, e la grande responsabilità che il medico stesso assume dando il suo giudizio.

Ed il giudizio del medico assicuratore non è sempre uguale a quello del medico clinico, giacchè la medicina assicurativa, pur avendo le sue basi nella clinica si giova, e non poco, dell'antropometria e della statistica medica. Infatti, il clinico basa il suo giudizio nel dichiarare l'uomo *sano* specialmente sull'esame obbiettivo. Il medico assicuratore, invece, dopo aver giudicato che l'assicurando è sano, deve anche completare il suo giudizio dichiarando se l'assicurando rappresenta per la Compagnia di assicurazione-vita, un rischio buono o cattivo. Cioè, egli deve giudicare se, dato il gentilizio dell'assicurando, le malattie pregresse e le misure somatiche di lui in rapporto allo stato presente, quest'assicurando possa vivere ancora quel dato numero di anni che corrispondono alla vita media, ovvero faccia prevedere a carico di lui un numero di probabilità di morte superiore a quello dell'individuo normale.

Un individuo dell'età di circa 50 anni il quale, pur presentandosi basso, grasso, panciuto, a collo corto e grosso, in una parola con abito

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

apoplettico, ma che abbia tutti gli organi sani, sarà giudicato *sano* dal clinico, ma il medico assicuratore non potrà certamente dichiarare *buono* quel rischio, conoscendo che l'età dell'assicurando e l'abito apoplettico di lui lo predispongono alle emorragie cerebrali.

Ed anche il clinico dichiara *sano* un individuo dell'età dai 20 ai 30 anni che, pur presentandosi magro e con deficienza toracica e pur avendo nel gentilizio alcuni casi di tubercolosi. ha l'apparecchio respiratorio assolutamente integro.

Lo stesso caso non potrà essere dichiarato dal medico assicuratore *rischio buono*, per il gentilizio e le misure somatiche in rapporto all'età dell'assicurando, età in cui si verifica il maggior numero di casi di tubercolosi.

In tutti e due questi casi il clinico prescrivendo una cura preventiva terrà conto delle malattie per le quali l'individuo presenta predisposizioni, ma il medico delle assicurazioni, che deve giudicare delle probabilità di vita, darà una maggiore importanza ad alcuni dati, che il clinico generalmente tiene in minor conto. Ed è tanto più difficile il giudizio del medico assicuratore, in quanto mentre l'ammalato si presenta al clinico raccontando tutta la verità, le notizie utili e le superflue, l'assicurando, prima di presentarsi al medico, ha cura di fare spesso un bagno nel Lete.

Il medico assicuratore deve sempre cominciare la sua inchiesta *ab ovis ovorum*, dai nonni dell'assicurando, ed indagare se negli ascendenti, nei discendenti, nei collaterali vi siano malattie che dimostrino la minore resistenza della razza a cui l'individuo appartiene o con una scarsa longevità o col trasmettere malattie o predisposizioni a morbi. Deve indagare se l'assicurando abbia avuto malattie e quali, tenendo conto specialmente di quelle che lasciano un solco nascosto o palese nell'organismo che le ha sopportate.

Un altro elemento di giudizio per l'uomo è la selezione fatta dal servizio militare.

Inoltre, hanno un gran valore le abitudini di vita, l'ambiente in cui l'assicurando vive, i luoghi ove ha risieduto ed ove ha dimora, l'aspetto generale, l'età, la professione attuale e la precedente, lo stato civile, i risultati della somatometria, i risultati dell'esame fisico e quello degli esami di laboratorio.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

L'insieme di tutti questi elementi, la conoscenza esatta della patologia e dei risultati della statistica, possono mettere in grado il medico assicuratore di giudicare il valore della vita dell'assicurando.

II. L'appendicite e l'assicurazione-vita.

(*Estratto dal* « POLICLINICO » (Sez. Pratica) *Fasc. 34, 23 agosto 1914*).

L'importanza di tale malattia per il medico delle assicurazioni-vita non può sfuggire ad alcuno, giacchè per essa il giudizio sul rischio può venire profondamente modificato.

L'appendicite è di quelle malattie che il medico fiduciario deve sempre ricercare nell'anamnesi dell'assicurando, giacchè non è facile all'esame obbiettivo accorgersi di un'appendicite pregressa, e l'assicurando può spesso tacerla o ignorarne la diagnosi.

Tutti i dolori addominali devono essere sospetti per il medico, ed egli deve con opportuno interrogatorio escludere o stabilire che siasi trattato di coliche appendicolari, tenendo conto del fatto che tale malattia si manifesta spesso con sintomi atipici.

Vi è il caso in cui l'assicurando stesso afferma di aver sofferto per appendicite. Il medico allora ai fini del giudizio sul rischio deve stabilire in quale epoca l'assicurando ha sofferto di coliche appendicolari, quale l'intensità, con quale frequenza si manifestarono, quale fu l'epoca dell'ultimo attacco, la gravità e l'esito di esso.

Il giudizio sul rischio varia secondo l'esito della malattia:

1. L'assicurando ha sofferto coliche appendicolari, è stato operato di appendicectomia, è guarito per prima intenzione, presenta cicatrice perfetta e senza ernia; il rischio può essere accettato dopo tre mesi dall'operazione, giacchè quell'assicurando non potrà mai più soffrire di appendicite.

2. L'assicurando ha sofferto coliche appendicolari, e non è stato operato di appendicectomia. È in questo caso che il medico fiduciario con opportuno interrogatorio deve stabilire bene, tenendo presente anche le possibilità di forme fruste od atipiche, la frequenza delle coliche ed in special modo la data dell'ultimo attacco. E, data la frequenza delle recidive, il rischio non si può accettare se non sono passati almeno

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

tre anni dall'ultimo attacco della malattia, sempre che in questo periodo di tempo non si siano verificati segni anche atipici della malattia stessa.

3. Vi è stata un'appendicite suppurata:

a) l'assicurando ha subìto l'appendicectomia ed il rischio si può accettare dopo sei mesi dall'operazione;

b) l'assicurando ha subìto la laparotomia senza l'appendicectomia;

c) l'assicurando non ha subìto l'appendicectomia perchè l'ascesso si è vuotato attraverso il retto.

In queste ultime due ipotesi (*b*, *c*) pur essendo il rischio migliorato rispetto al caso (n. 2) dell'assicurando che ha avuto le coliche appendicolari e non è stato operato di appendicectomia, per ragioni di prudenza anche in questi casi il rischio non può essere accettato se non sono passati tre anni dall'ultimo attacco e se in questo tempo non si sono notati segni della malattia.

Ad ogni modo il medico esaminatore porterà sempre la sua attenzione sulla regione appendicolare, e con una palpazione delicata, ma profonda, cercherà se l'appendice è palpabile o se la regione presenta una certa sensibilità. Nelle donne la diagnosi è più difficile e bisogna differenziarla dalle possibili malattie degli annessi.

III. La sifilide e l'assicurazione-vita.

(*Estratto dal* « POLICLINICO » (Sez. Pratica) *Fasc. 4, 24 gennaio 1915*).

La sifilide ha un grande peso sul giudizio del rischio perchè ogni giorno di più si riconosce essere causa di innumerevoli malattie e del sistema nervoso (paralisi progressiva, tabe dorsale, ecc.) e del sistema cardiovascolare (arteriosclerosi precoce, insufficienza delle valvole aortiche, aneurisma, emorragia cerebrale precoce, ecc.) e degli organi parenchimatosi (nefrite, epatite, ecc.).

La sifilide può essere ereditaria o acquisita. La sifilide ereditaria ha meno importanza nelle assciurazioni-vita per il fatto che il contratto si stipula con individui che abbiano passato il 20° anno di età, e la sifilide ereditaria miete un numero molto minore di vittime negli adulti. Inoltre è difficile sapere dagli assicurandi se i genitori hanno sofferto per sifilide. Ad ogni modo

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

il medico fiduciario deve sospettarlo tutte le volte che l'assicurando denunzia la morte del padre in età giovine per apoplessia, aneurisma dell'aorta, per paralisi progressiva, ed in genere per tutte quelle malattie che la clinica c'insegna possano essere dovute alla sifilide. In tali casi egli cercherà anche di indagare se la madre dell'assicurando ha avuto aborti ed in quale relazione di tempo con gli altri parti.

L'attenzione del medico sulla sifilide ereditaria sarà specialmente richiamata dalle deformità presentate dall'assicurando (naso a sella, denti di Hutchinson, ecc.) e dalle malattie pregresse (cheratite parenchimatosa, irite, otite).

Qualora potrà assodare che effettivamente lo assicurando è un eredo-sifilitico darà a questo fatto il giusto valore nel giudizio del rischio.

Acquista maggiore importanza nell'assicurazione-vita per *l'alta e precoce mortalità* cui può dare luogo, come risulta anche dalle statistiche, la sifilide acquisita.

Ed è tanto più importante per l'assicurazione-vita in quanto le statistiche delle Compagnie di assicurazione-vita, dànno un'impressionante sopra-mortalità per i sifilitici.

Il medico fiduciario deve stabilire in quale epoca l'assicurando fu contagiato di sifilide; quali manifestazioni ha avuto; quale con precisione la cura fatta; da quanto tempo l'assicurando non ha più manifestazioni che si possano addebitare alla sifilide; se egli ha preso moglie; se ha vauto figli e se la moglie non ha avuto aborti o nati morti e se al momento della visita medica non presenta alcuna alterazione che si possa addebitare a quella infezione.

Se da tutte queste indagini risulterà che l'individuo non è anora guarito dalla sifilide o perchè presenta delle manifestazioni in atto o perchè ha fatto una cura insufficiente o perchè è passato poco tempo dalla cura o dalla epoca delle ultime manifestazioni, il rischio si deve rimandare.

Dal punto di vista clinico noi possiamo dichiarare guarito dalla sifilide, e quindi proporlo per l'assicurazione, un individuo il quale, dopo la manifestazione iniziale, ha praticato cure energiche e adatte per 4 anni consecutivi, durante i quali non ha più avuto manifestazioni e se, dopo questi 4 anni, sono passati ancora due anni durante i quali l'individuo non hafatto cure specifihe e non ha avuto alcuna manife-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

stazione nè presenta in atto glandole epitrocleari, o nucali ingorgate, nè altri relitti della infezione.

Un dato favorevole sarà il fatto che l'assicurando ha preso moglie dalla quale ha avuto solo figli robusti.

La clinica però c'insegna che anche quando ogni altra manifestazione tace e noi siamo inclinati a dichiarare guarito un sifilitico, unico segno rivelatore della non avvenuta guarigione e quindi della sifilide latente, può essere la reazione di Wassermann positiva.

Prima quindi di dichiarare guarito un sifilitico sarebbe necessario ricorrere alla prova del Wassermann la quale, quando siano state evitate tutte le possibili cause di errore, e avesse dato *ripetutamente risultato negativo*, sarebbe un dato di indiscutibile valore.

Però bisogna tener conto del fatto che l'assicurando può fare in modo, praticando cure mercuriali, iodiche o con arseno-benzolo, che si trovi nella fase negativa per cui presenterà Wassermann negativa.

È da tener presente inoltre che nelle manifestazioni sifilitiche tardive la Wassermann talvolta riesce negativa. Nè in questi casi l'assicurazione-vita può per ora utilizzare la luetinoreazione del Noguchi, giacchè, come lo stesso Noguchi afferma, la luetino-reazione riesce facilmente negativa nelle malattie sifilitiche del sistema nervoso. Infatti egli l'avrebbe trovata positiva in circa la metà dei casi.

Nel valutare il rischio dei sifilitici oltre a stabilire la guarigione clinica, il medico deve tener conto della costituzione, delle malattie pregresse e delle abitudini di vita dell'assicurando. Giacchè è noto come la sifilide sia aggravata dalla obesità, dal diabete, dalla scrofolosi, dalla malaria, dall'alcoolismo, nicotinismo, morfinismo e dagli avvelenamenti lenti per mercurio, arsenico, oppio, ecc.

E di un altro insegnamento che ci viene dalle statistiche si deve tener conto: l'età in cui si verifica il massimo della mortalità per sifilide negli adulti maschi è dai 45 ai 50 anni, mentre per le femmine è dai 35 ai 40 anni (Vedi « Le cause di morte » pubblicate dal Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio).

Da un esame sommario delle statistiche delle Compagnie di assicurazione-vita, riguardanti la mortalità per sifilide riporto l'impressione che

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

sia opportuno l'applicazione di un soprapremio sanitario a tutti i sifilitici.

Riservandomi di ritornare sull'argomento con buoni dati statistici, mi piace qui accennare come dalla statistica degli anni dal 1852 al 1904 sopra la mortalità degli assicurati alla Banca di Gotha contagiati di sifilide pubblicata nel 1906 dal dott. Gollmer risulta una *sopra-mortalità dei sifilitici del 68 %*.

Dalle « Ricerche sopra l'effetto della sifilide nelle Assicurazioni sulla vita » pubblicate nel 1904 dalle Compagnie Scandinave di Assicurazione, si rileva una *sopra-mortalità del 63 %*.

Anche più importante è la statistica presentata dal segretario della Compagnia Scozzese di Assicurazione sulla vita, Lewis P. Orr, alla Royal Commission of Venereal Diseases di Londra in merito ad una ricerca che le Compagnie di assicurazione degli Stati Uniti e del Canadà hanno eseguito sui loro assicurati i quali avevano precedentemente sofferto di sifilide.

Questa statistica da una *sopra- mortalità dell'88 %* tra gli assicurati per i quali si conosceva bene l'epoca della infezione, che avevano fatto due anni di cura e che prima di assicurarsi era passato almeno un anno dalla fine della cura, e durante questo tempo non avevano avuto alcuna manifestazione.

Basta questa semplice esposizione di cifre per dedurre quale ne sia il valore, e quanto deve pesare sul giudizio del rischio la sifilide acquisita.

Un'altra questione importante annessa a questa della sifilide nell'assicurazione-vita è quella che riguarda la sifilide ignorata e la sifilide taciuta.

Il Blascko afferma che, esaminando il materiale della Compagnia assicurazione-vita « La Vittoria » di Berlino, ha osservato che in quei casi in cui la morte doveva attribuirsi in modo assoluto o con molta probabilità alla sifilide, soltanto il 16 % aveva dichiarato la sifilide.

A questo potrei aggiungere una piccola esperienza personale la quale non ha valore data la scarsità del materiale, ma ha valore solo in quanto che conferma i risultati altrui.

Nel 1913 io, esaminando le polizze sinistrate appartenenti al portafoglio precostituito, cioè il portafoglio che le vecchie Compagnie di assicurazione esercenti in Italia hanno ceduto all'Istituto Nazionale delle assicurazioni, ho notato che per 13 polizze la causa del sinistro fu la pa-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

ralisi progressiva; ma nell'anamnesi di due soli assicurati era dichiarata la sifilide, cioè nella proporzione del 15.3 %.

Certo è da tenere conto anche della sifilide ignorata, ma sono parecchi gli assicurandi i quali tacciono la sifilide alle volte in buona fede, alle volte in mala fede.

Vi sono di quelli i quali hanno interesse ad avere un contratto di assicurazione e temono di essere rifiutati dichiarando la sifilide pregressa e sono portati quindi a tacerla. Altri si vergognano di confessare al medico la sifilide sofferta specialmente se è presente nel momento in cui il medico fiduciario raccoglie l'anamnesi la moglie dell'assicurando o altra persona di famiglia. Vi sono ancora di quelli che considerano le malattie veneree e sifilitiche come colpose. Altri che, per eccessivo ottimismo, dànno scarsa importanza alla sifilide sofferta per il fatto che per essi, che in quel momento si sentono bene, è una malattia passata e guarita.

Perciò alcuni medici di assicurazione e specialmente in Germania, tenuto conto della forte mortalità fra gli assicurati per malattia addebitabile alla sifilide e dello scarso numero degli assicurandi che dichiara la sifilide, propongono che per tutti gli assicurandi indistintamente si proceda all'esame del sangue per la reazione del Wassermann.

Dal punto di vista teorico io credo che quei medici abbiano ragione. Quando la reazione di Wassermann sarà più diffusa nel pubblico; quando il sangue si estraesse non da una vena del braccio, perchè in questo caso l'atto cruento assume per il profano di medicina un'importanza maggiore, ma invece si estraesse dal dito così come si estrae il sangue per eseguire la reazione di Widal per il tifo; quando la reazione di Wassermann sarà più perfezionata e saranno unificati i vari metodi per eseguirla, allora, con tutte le riserve per la maggiore e più forte spesa di acquisizione dei contratti che gli Istituti di assicurazione dovranno sopportare, si potrà mettere in attuazione la proposta di quei medici.

Ora noi ne siamo ben lontani, ed è noto come anche i malati, i quali ricorrono al medico per farsi curare, si rifiutano spesso a sottoporsi all'estrazione del sangue per la reazione di Wassermann. E sicuramente molti assicurandi, certo non sifilitici, si sentirebbero offesi per la richiesta della reazione di Wassermann ed abbandonerebbero subito l'idea di assicurarsi.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Non bisogna poi dimenticare quanto sopra abbiamo notato che l'assicurando può fare in modo, praticando cure mercuriali, iodiche o con arseno-benzolo, che si trovi nella fase negativa per la reazione di Wasserman.

È da tener conto inoltre che la Wassermann positiva non indica con sicurezza sifilide in atto, giacchè tale reazione può essere anche positiva nella lebbra, nella tripanosomiasi, nella malaria, ecc., e che la Wassermann negativa eseguita una volta sola non indica assenza di sifilide o sifilide guarita.

Vi è poi un fatto di grande importanza ed è che, oltre i vari metodi per la esecuzione della reazione di Wassermann, è vario anche il giudizio del medico analista in tutti quei casi in cui la reazione avviene con più o meno ritardo tanto che per lo stesso sangue esaminato in vari laboratori si può avere da alcuni responso positivo, da altri negativo.

Per tutte queste ragioni ritengo che non si possa oggi obbligare tutti gli assicurandi alla reazione di Wassermann come li si obbliga all'esame delle urine.

Si potrà chiedere la reazione di Wassermann nelle assicurazioni per somme importanti onde confermare la guarigione della sifilide denunziata. Ma la Wassermann *deve richiedersi sempre* tutte le volte in cui all'esame clinico risulti il sospetto che l'assicurando malgrado le cure fatte non sia guarito o che l'assicurando abbia taciuto la sifilide.

Per esempio, un assicurando il quale nega la sifilide, ma che presenta invece adenopatie specialmente nucali e epitrocleari, ovvero disturbi del linguaggio, o della deambulazione, o dei riflessi, o se l'esame obbiettivo fa notare un'arteriosclerosi precoce, o se accusa dolori a cintura od altri sintomi che potessero far sospettare una malattia sifilitica, ecc.

In questi casi si deve imporre la reazione di Wassermann la quale, se darà risultato positivo, avrà grande valore per la diagnosi.

Dalla maggiore mortalità che proviene dalla sifilide taciuta un Istituto di assicurazione-vita può difendersi coll'inserire nei patti contrattuali di polizza che una sifilide non denunziata può essere in *qualunque epoca* causa di annullamento del contratto.

Allo stato attuale delle cose non vi è invece nessun mezzo per difendersi dalla maggior mortalità proveniente dalla sifilide ignorata.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

IV. La calcolosi biliare e l'assicurazione-vita.

(*Estratto dal* « POLICLINICO » (Sez. Pratica)
Fasc. 24, 13 giugno 1915).

Le statistiche fatte dagli anatomo-patologici in base alle sezioni cadaveriche, dimostrano la grande diffusione della calcolosi biliare.

Infatti lo Schroeder su 1150 autopsie fatte all'Ospedale di Strasburgo trovava 141 casi di calcolosi biliare, cioè il 12 % e Charcot trovava che un quarto dei vecchi da lui sottoposti all'autopsia era affetto da calcolosi biliare.

Le statistiche fatte in base all'osservazione clinica, dimostrano invece una frequenza molto minore di questa malattia.

Dalle statistiche degli Ospedali di Roma risulta che nel 1908 su 28,160 maschi ricoverati si sono avuti 28 malati di calcolosi biliare con una percentuale del 0.13 %, e su 21,639 femmine 106 malate con una percentuale del 0.48 %.

Nel 1909 su 28,990 maschi, 60 malati di calcolosi biliare con una percentuale di morbilità del 0.20 % e su 23,711 femmine 112 malate con una percentuale del 0.47 %.

Nel 1910 su 25,506 maschi 42 malati con una percentuale di morbilità del 0.16 %, e su 21,688 femmine 110 malate con una percentuale di morbilità del 0.50 %.

Si potrebbe obbiettare che coloro che fanno ricorso agli ospedali appartengono alle classi sociali meno abbienti e secondo alcuni autori (Krauss) la calcolosi biliare sarebbe più frequente nelle classi agiate, sebbene il Kehr afferma, per sua esperienza, che tale malattia è sopratutto frequente nelle classi povere.

Ad ogni modo è dimostrato che la presenza di calcoli nella vescichetta biliare e generalmente anche nei grossi condotti della bile può esistere essendo completamente silenziosa. Solo in un decimo dei casi secondo Naunyn o in un ventesimo secondo il Riedel si hanno sintomi più o meno conclamati della malattia.

Il Riedel calcolava che nell'Impero tedesco circa due milioni di abitanti erano affetti da calcoli biliari, ma che il 95 % soffriva di forma latente e soltanto il 5 % presentava disturbi.

Gli ammalati di calcolosi biliare si possono dividere in 3 gruppi:

1° coloro i quali soffrono di calcolosi biliare silenziosa e di cui si fa diagnosi di calcolosi

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

solo all'autopsia in seguito a morte per altre malattie;

2° coloro i quali soffrono di disturbi vaghi che vengono addebitati agli organi viciniori;

3° coloro i quali sono colti da attacchi di colica epatica che dà al medico il modo di fare la diagnosi della malattia.

Sorvolando sulla patogenesi e della malattia e della colica epatica, si può affermare che la calcolosi biliare, rara al di sotto dei 20 anni, diventa sempre più frequente col crescere dell'età.

Da una statistica di 1000 casi compilata dall'Harley risulta che 750 volte è stata riscontrata in individui al disopra dei 40 anni (75 %), 200 volte in individui tra i 30 e i 40 anni (20 %), 40 volte in individui fra i 20 e i 30 anni (4 %), 10 volte al di sotto dei 20 anni (1 %).

Il sesso più colpito è il sesso femminile.

Stein su 620 casi di calcolosi registra 377 donne (61 %) e 243 uomini (39 %). Secondo Kehr la proporzione è di 4 donne ad un uomo.

Abbiamo visto già come dalle statistiche degli Ospedali di Roma sia risultata una percentuale di morbilità nel 1908 del 0.13 % per i maschi e del 0.48 % per le femmine; nel 1909 del 0.20 % per i maschi e del 0.47 % per le femmine; nel 1910 del 0.16 % per i maschi e del 0.50 % per le femmine.

Questo fatto serve ai sostenitori della teoria che la calcolosi biliare sia dovuta alla stasi della bile nella cistifellea, giacchè essi giustificano la stasi biliare nelle donne dovuta al vestito antigienico (busto stretto, cinture, ecc.) e alle compressioni da gravidanze. Nei vecchi, nei quali come abbiamo visto la calcolosi è più frequente, la stasi sarebbe dovuta alla ipotonia delle fibre muscolari della cistifellea la quale non riuscirebbe così a vuotare il suo contenuto.

Anche la ereditarietà è stata chiamata in causa. Il Riedel ammette una ereditarietà diretta della litiasi biliare. Il Dufourt afferma di avere riscontrato l'ereditarietà materna della calcolosi nel 20 % dei casi.

Gli autori francesi ritengono che l'artritismo prepari il terreno alla litiasi biliare.

La costituzione dell'individuo e specialmente l'obesità predispone secondo alcuni alla malattia. Bouchard su 1000 infermi di litiasi biliare ha riscontrato 242 volte la obesità e viceversa su 1000 obesi ha trovato 92 volte la litiasi bi-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

liare. Anche il Cardarelli dà grande importanza alla polisarcia ed il Grocco rileva la frequente concomitanza della calcolosi biliare con le malattie del ricambio materiale. Bouchard ha trovato che il 10 % dei suoi diabetici erano affetti da calcolosi biliare. Nörden il 2.3 %.

Il genere di vita, vita sedentaria, è stato accusato di favorire la calcolosi biliare.

La sede della formazione dei calcoli nel massimo numero dei casi è la cistifellea dalla quale provengono i calcoli che si trovano nel coledoco e nel cistico, ma possono di rado formarsi calcoli nell'epatico e nei condotti biliari (litiasi intra-epatica).

Abbiamo visto come la calcolosi può passare completamente silenziosa per tutta la vita. Nel maggior numero dei casi essa dà disturbi a carico degli organi viciniori e specialmente allo stomaco manifestandosi con dolore alla regione gastrica, dispepsia, crampi, vomito, qualche volta anche ematemesi.

Anche l'ittero non è un sintomo frequente. Esso infatti, secondo il Kehr, si riscontra solo nel 10 % dei casi e manca nel 90 %, e secondo il Gibbon manca nell'80 % dei casi.

Quando l'ittero è presente si manifesta per prima sulla congiuntiva e di poi sulle regioni ove la pelle è più sottile e più vascolarizzata e cioè alla regione della plica naso labiale, alla fronte ed al lato flessorio delle estremità.

La colica biliare con la sua sintomatologia caratteristica, è quella che porta alla diagnosi di calcolosi.

Non è qui il caso di discutere se la colica epatica sia dovuta ad un'infezione. L'accesso di colica biliare può durare da poche ore a qualche giorno; seguono periodi di calma più o meno completa; si può ripetere a breve distanza di tempo alle volte a distanza di anni; può anche non più ripetersi.

A prescindere dalla possibilità di morte per sincope sotto l'attacco di colica epatica, accenniamo brevemente alle complicazioni cui può dare luogo la calcolosi biliare.

Le colecistiti catarrali; l'empiema della cistifellea; la colecistite settica o perforativa con peritonite diffusa. In genere le perforazioni nella cavità peritoneale sono rare giacchè formano barriera gli ispessimenti dovuti a peritoniti localizzate o alle aderenze che la cistifellea contrae con gli organi vicini.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Il Riedel afferma infatti che nel 75 % dei casi si stabiliscono aderenze con gli organi vicini, nè queste sono innocue.

Mi piace riferire il caso pubblicato dal professor Marchiafava di un uomo di 65 anni il quale non aveva mai sofferto di itterizia; fu internato nell'ospedale per grave deperimento generale, sintomi di gastrectasia e vomiti frequenti tanto da non tollerare più alcuna alimentazione; dopo pochi giorni morì. L'autopsia dimostrò una pericolecistite calcolosa la quale, avendo prodotto adesione del piloro alla cistifellea, aveva determinato la morte per inanizione.

Non sono infrequenti le fistole tra la vescichetta biliare e lo stomaco, tra la vescichetta biliare e il duodeno, tra la vescichetta biliare e il colon e consecutivo passaggio dei calcoli della cistifellea negli organi suddetti per cui si può verificare incuneamento dei calcoli nel piloro e nel duodeno producendo stenosi pilorica o anche occlusione intestinale.

Per incuneamento del calcolo nel condotto cistico si può determinare idrope della cistifellea.

Sono rare le cirrosi epatiche litogene, ma la colelitiasi è fattore importante dell'angiocolite suppurativa, dell'ascesso sub-frencio cui può seguire pleurite meta-epatica.

Inoltre non è raro vedere lo sviluppo dei cancri in cistifellee calcolose.

La mortalità per calcolosi biliare in Italia (V « Cause di Morte » pubblicate dal Ministero di Agr. Ind. e Comm.), dal 0.15 per mille nel 1896 è venuta sempre progressivamente aumentando salvo lievi oscillazioni fino al 0.37 per mille nel 1911.

Esaminando la mortalità per litiasi biliare nelle varie regioni d'Italia nel 1910 si riscontra che la maggiore mortalità si è verificata nel Veneto (2.72 per mille), cui segue la Toscana (2.60 per mille), l'Emilia (2.56 per mille), la Campania (1.74 per mille), la Lombardia (1.68 per mille), la Liguria (1.49 per mille). Il minimo di mortalità si è verificata nella Basilicata (0.27 per mille), nelle Puglie 0.38 per mille), nell'Umbria (0.46 per mille).

Nel 1911 la maggior mortalità si è verificata nell'Emilia (4.05 per mille), cui segue la Toscana (3.95 per mille), la Lombardia (1.79 per mille), il Veneto (1.54 per mille), le Marche (1.52

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

per mille) con un minimo nell'Umbria (0.30 per mille).

Dalle statistiche degli Ospedali di Roma risulta che nel 1908 la mortalità dei ricoverati per calcolosi biliare è stata dell'11 % per i maschi e del 4 % per le femmine; nel 1909 del 5 % per i maschi e del 6 % per le femmine; nel 1910 del 2 % per i maschi e del 6 % per le femmine. Mentre nel 1909 e 1910 la percentuale di mortalità è stata più alta per le femmine, invece nel 1908 si è verificato il caso inverso. Questo fatto può giustificarsi ricordando ciò che lo stesso Kehr afferma e cioè che le operazioni riescono sempre più gravi negli uomini che nelle donne.

Esaminando i sinistri dell'*Adriatica* degli anni dal 1905 al 1913 su di un totale di 6760 morti, si sono verificati 29 casi calcolosi biliare (0.42 %), dei quali 3 soli verificatisi in Italia. E la mortalità per la calcolosi biliare è aumentata negli ultimi anni tanto che mentre nel 1905 fu di 4 casi su 639 morti (0.62 %) nel 1911 è stata di 8 casi su 809 morti (0.98 %).

Il dott. Bardht, medico di revisione della « Società di assicurazione sulla vita Lipsia » al 3° Congresso internazionale dei medici di Compagnie di assicurazione tenuto a Parigi dal 25 al 28 maggio 1903 affermava che la litiasi biliare era stata molto raramente causa di morte nella sua Compagnia di assicurazione sulla vita di Lipsia e durante un periodo di 12 anni su 10,048 casi di morte, solamente 17 erano dovuti alla calcolosi biliare con una percentuale quindi dai 16 ai 17 per 10,000. Ed anche egli aggiunge che la mortalità per litiasi biliare degli ultimi 6 anni era stata 3 o 4 volte più alta che nei 6 anni precedenti, essendosi elevata dai 7 ai 26 casi per 10,000. Nè si poteva spiegare questo aumento di mortalità con la maggiore frequenza degli interventi chirurgici, giacchè dei 17 assicurati morti per litiasi biliare 5 soli erano stati operati: durante i primi 6 anni 1 su 3 casi, e durante gli ultimi 6 anni 4 su 14. Nessuno dei 17 assicurati morti aveva, all'epoca dell'assicurazione, dichiarato di avere sofferto di coliche epatiche.

Anche la Compagnia Germania di Stettino, aveva negli ultimi 12 anni (1890-1901) lo stesso numero dei morti, con una percentuale nel primo sessennio di 24 per 10,000, nel 2° sessennio di 48 per 10,000.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Il medico fiduciario, facendo l'anamnesi degli assicurandi, deve sempre indagare se vi sono stati sintomi da far sospettare una calcolosi biliare, ricordando specialmente la sede del dolore della colica epatica nel punto cistico del Flemming e la irradiazione di esso all'epigastrio ed alla spalla destra. Nel caso l'assicurando affermi di avere sofferto di colica epatica, il fiduciario deve stabilirne l'epoca nella quale l'assicurando soffrì di colica epatica, la intensità, e se si ripetette con quale frequenza ed in quale epoca si ebbe l'ultima manifestazione. Se l'assicurando fu operato il fiduciario deve stabilire se vi fu la colecistectomia ovvero in che consistette l'operazione subìta e se dopo l'operazione ha sofferto recidive ed in quale epoca.

Il Riedel afferma di non aver mai visto recidive dopo l'operazione, altri parlano di recidive di disturbi non dovuti a riproduzione di calcoli. Il Gibbon anche recentemente afferma di essere stato costretto ad un secondo intervento solo due volte: in un caso trovò un solo calcolo che egli pensa possa essergli sfuggito nella prima operazione durante la quale ne aveva asportati 137; in un secondo caso ne trovò 21 che certamente non potevano essergli sfuggiti nella prima operazione durante la quale ne aveva tolti 69.

All'esame obbiettivo il fiduciario si accerterà dell'assenza dell'ittero, e, per l'esame del fegato, sarà utile far sdraiare l'assicurando su di un tavolo, come consiglia il Kehr, e ponendosi alla destra dell'assicurando palpare con la mano destra la regione della cistifellea, mentre la sinistra, posta a piatto sotto il dorso in corrispondenza della regione renale di destra, solleva il fegato in alto. Così si potrà constatare facilmente se vi è tumefazione nella regione della vescichetta biliare, e in caso di presenza di calcoli mobili nella vescichetta, si potrà con la palpazione risvegliare il crepitio caratteristico.

Il parere dei medici delle assicurazioni sul valore del rischio di un assicurando affetto da calcolosi biliare è vario e discorde, tanto che alcuni sono pessimisti fino a rifiutare qualunque assicurando abbia sofferto di coliche epatiche, mentre altri invece sono più ottimisti.

Il De Havilland Hall (medico della Compagnia di assicurazione sulla vita « The Rock ») è del parere di rifiutare gli assicurandi che abbiano avuto frequenti e gravi attacchi di coliche epatiche. Se però sono trascorsi degli anni dal-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

l'attacco il rischio si può accettare con soprapremio.

Lo Schroeder (medico direttore della Compagnia mutua di assicurazione sulla vita di New York) consiglia di rifiutare l'emissione del contratto allorquando l'operazione non ha avuto luogo e se non sono passati 5 anni dagli attacchi di colica epatica, e di prolungare il periodo di differimento in caso l'assicurando abbia avuto parecchi attacchi o di accorciarlo allorchè vi è stato atto operativo che abbia vuotato o asportato la cistifellea.

Il Mâreau nel suo Dizionario di Medicina delle Assicurazioni è del parere di *accettare con riserva* ogni assicurando nato da genitori sani, che abbia avuto non delle vere coliche epatiche, ma qualche crisi epatica, sparita da molto tempo sotto l'influenza di una cura adatta; e di *rifiutare*, sia ogni assicurando che abbia avuto delle coliche epatiche, sia ogni assicurando nato da genitori colpiti di coliche epatiche, sia ogni assicurando nato da genitori colpiti di coliche epatiche o da artritismo grave, soggetto ad avere delle crisi epatiche o qualche disturbo che faccia sospettare la litiasi biliare.

Il dott. Garrigus (medico capo della Compagnia belga di assicurazione sulla vita « Le Sauveur ») incaricato della trattazione del tema sulla litiasi biliare nei rapporti dell'assicurazione sulla vita nel 3° Congresso internazionale dei medici delle Compagnie di assicurazione tenuto a Parigi dal 25 al 28 maggio 1903 presentava le seguenti conclusioni:

1° L'assicurando il quale abbia avuto una unica colica epatica può essere accettato solo se non ha avuto recidive da almeno 4 anni e se all'esame obbiettivo nulla fa supporre la litiasi biliare;

2° Devono rifiutarsi coloro i quali non hanno denunziato al medico le coliche epatiche sofferte o che abbiano avuto parecchie crisi.

In ogni modo, egli conclude, i litiasici costituiscono sempre un rischio tarato, e sarebbe bene accettarli o con soprapremio o con un contratto di breve durata.

La discussione in quel Congresso rileva la discordia di opinioni fra i congressisti.

Il dott. Bardth affermò che egli rimandava l'ammissione di assicurandi che avessero avuto coliche epatiche finchè non fossero trascorsi almeno tre anni dall'ultima crisi, e quando all'e-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

same medico non risultava resistenza o sensibilità anormale nella regione cistica, ed egli trattava anche allo stesso modo coloro i quali erano stati operati di litiasi biliare.

Il dott. Volborth (medico di revisione della « Società di assicurazioni sulla vita Vittoria », Berlino), affermò che la « Vittoria » accetta i malati di litiasi biliare con leggero soprapremio, giacchè quella Compagnia considera il rischio come favorevole.

Il dott. Simon (medico della Compagnia franco-argentina di Buenos Ayres) sostenne che quando lo stato generale dell'assicurando è soddisfacente e le crisi di coliche epatiche sono sufficientemente allontanate, si può senza timore accettare il rischio.

Il prof. Petersen (medico della Compagnia russa per l'assicurazione di capitali e rendite a Pietrogrado, medico capo della succursale russa della Compagnia francese « L'Urbaine') richiamò l'attenzione sull'importanza dell'età nel prognostico della litiasi biliare, la quale è più grave neigiovani che nelle persone adulte, nelle quali la litiasi è spesso silenziosa.

Il dott. Rochard (chirurgo degli Ospedali di Parigi) consigliò di rifiutare gli assicurandi colpiti da ripetute coliche epatiche e di differire a 3 o 4 anni dalla guarigione coloro i quali avessero subìto un intervento chirurgico sulle vie biliari.

Dopo la discussione il Congresso approvò a maggioranza di voti il seguente ordine del giorno presentato dal dott. Weill-Mantou (medico della Compagnia « La Fenice » di Parigi):

1° che si possono accettare assicurandi i quali abbiano sofferto di litiasi biliare se sono passati 3 o 4 anni dall'ultima colica e se l'esame degli organi è sotto ogni aspetto normale;

2° coloro i quali hanno subìto un'operazione sulle vie biliari potranno essere accettati 3 o 4 anni dopo, purchè la guarigione non sia stata interrotta da nessun nuovo disturbo.

Io ritengo che tale conclusione possa essere accettata da qualsiasi Istituto di assicurazione. Ad ogni modo il fiduciario nel giudicare il valore del rischio di un assicurando che abbia sofferto di litiasi biliare, dovrà anche tener conto della ereditarietà, dell'età, del sesso, della costituzione e delle malattie pregresse dell'assicurando.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

V. L'obesità e l'assicurazione-vita.

(*Estratto dal* « POLICLINICO » (Sez. Pratica)
Fasc. 32, 8 agosto 1915).

I profani di medicina spesso protestano per l'applicazione di un soprapremio o per il rifiuto del rischio di un assicurando obeso. Ed è tanto più logico il loro ragionamento in quanto essi giudicano essere l'obesità l'esponente di una florida salute; dimenticano invece che anche Galeno aveva notato che gli obesi hanno vita breve. Intendo di parlare dell'adiposità generale, escludendo quindi le adiposità parziali (lipomi, ecc.), l'anasarca e l'adiposità dolorosa di Dercum. Cioè di quello stato detto erroneamente di polisarcia (dal greco πολὺς = molto e σάρξ = carne), ma che consiste invece in un accumulo eccessivo di grasso nel connettivo sottocutaneo e negli organi, che normalmente ne contengono una quantità minore.

Spesso la diagnosi di obesità si può fare anche guardando l'assicurando ed osservandone la disarmonia delle forme esterne ed il portamento, ma la difficoltà s'incontra al limite tra obesità e stato normale e nella determinazione del grado di obesità. Perciò è necessario basare la diagnosi sulle misure somatiche accuratamente prese. Nell'esercizio della pratica medica un criterio utile per la diagnosi oltre il conoscere il peso del paziente è quello di accertarsi se il peso del corpo si mantiene costante, giacchè nell'adulto il peso normale, salvo lievi oscillazioni, rimane costante.

Nell'esercizio della medicina delle assicurazioni non bastano le risposte dell'assicurando, le quali qualche volta possono, anche in buona fede, non rispondere a verità. Il peso del corpo poi per sè non ha valore se non comparato alle altre misure e specialmente all'altezza.

Riservandomi di ritornare sull'argomento delle misure normali, accenno brevemente che il peso dell'assicurando ,salvo le variazioni dovute all'altezza, alla professione, al clima, alla razza, al sesso, dovrebbe essere, secondo il Broca, di tanti chilogrammi di quanti centimetri l'altezza supera il metro.

Le ricerche di parecchi osservatori hanno stabilito che la regola del Broca non sempre è esatta. Il Villaret afferma che la formola del Broca si verifica per le persone di bassa sta-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

tura che la differenza si fa sempre più sensibile con il progredire dell'altezza.

Il Bouchard ha stabilito il rapporto $P = \frac{A}{10} \times 4$ e cioè il peso è uguale al prodotto dell'altezza espressa in decimetri moltiplicato per 4. Per il dott. Mahillon (consulente medico della Cassa di assicurazione annessa alla Cassa generale di risparmio sotto la garanzia dello Stato, in Belgio, Bruxelles) la cifra del peso non deve superare quella che rappresenta la metà dell'altezza.

Così, per esempio, secondo la formula del Broca, un individuo alto m. 1.65, dovrebbe pesare 65 kg.; secondo la formula del Bouchard dovrebbe pesare 16.5 × 4 = 66 kg. Secondo la formula del dott. Mahillon l'assicurando alto m. 1.65 non dovrebbe avere un peso superiore ai kg. 82.500 e qualora superasse questo peso sarebbe dichiarato obeso.

Alcune Compagnie di assicurazione dichiarano obesi coloro i quali hanno un peso superiore al normale del 20 %.

Per il dott. Norton (medico della Compagnia « Mutual Life » di New York) si può considerare obeso, qualunque sia l'altezza e l'età, ogni assicurando di cui la circonferenza addominale superi la circonferenza toracica nella massima inspirazione; la circonferenza addominale si prende a livello dell'ombelico e negli addomi penduli, evitando le natiche e le creste iliache, obbliquamente dalla insellatura lombare all'ombelico.

Per altri la circonferenza dell'addome, presa allo stato di riposo ,non deve superare i 6/10 dell'altezza. Perciò l'assicurando alto m. 1.65 deve avere una circonferenza addominale non superiore a cm. 99.

Il dott. Florschütz (medico capo del Banco Assicurazioni Vita per la Germania in Gotha) determina la obesità dal coefficiente di obesità che egli ricava nel modo seguente: sottrae dal doppio della circonferenza addominale l'altezza e per il resto ottenuto divide l'altezza: il quoziente ottenuto dà il coefficiente di obesità; per es.: se lo assicurando alto m. 1.65 avesse una circonferenza addominale di cm. 105 il calcolo sarebbe il seguente: 105 × 2 = 210; 210 — 165 = 45; 165 : 45 = 3.6 coefficiente di obesità.

Egli ritiene 5 coefficiente normale ed i coeffi-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

cienti inferiori al 5 indicano un'obesità sempre più grave. Quando gli assicurandi hanno un coefficiente di obesità inferiore a 3 sono rifiutati.

Non trovo esatte le formule che si basano solo sul peso in relazione all'altezza; giacchè non mi sembra che si possa dichiarare obeso colui che, avendo delle masse muscolari molto bene sviluppate, ha in conseguenza un peso superiore al normale. Si aggiunga poi che spesso il peso segnato nel rapporto medico per l'assicurazione-vita è un peso approssimativo, denunciato dall'assicurando e giudicato ad occhio dal medico fiduciario, il quale si trova certo nell'impossibilità di avere in ogni caso una bilancia a disposizione.

Nè mi pare che la maggior ampiezza della circonferenza addominale rispetto a quella toracica possa far diagnosticare un'obesità. Tale criterio di diagnosi non è valido nelle donne che hanno avuto parecchie gravidanze, nè risponde negli individui nei quali per ipotonia delle pareti addominali vi è una ptosi viscerale, come si verifica non raramente dopo i 50 anni di età.

La formula del Floruschütz è un po' lunga e non si presta per i medici che devono giudicare molti rapporti al giorno; inoltre si basa solo sul rapporto tra altezza e circonferenza addominale.

Io credo che per la diagnosi di obesità bisogna tener conto non solo del rapporto tra peso ed altezza e del rapporto tra circonferenza addominale e toracica nella massima inspirazione, ma anche della circonferenza del collo. Questa misura che si prende a livello della cartilagine tiroide, se supera i 39 cm., quando l'assicurando non è affetto da gozzo, serve a denotare un collo grosso e proconsolare. Solo tenendo conto di tutte quante le misure sopraindicate si può fare con esattezza la diagnosi di obesità ed evitare le cause di errore.

Dopo aver stabilito che l'assicurando è obeso, è utile per il giudizio sul rishio distinguere vari gradi di obesità.

Il Maurel ammette 4 gradi di obesità:

il 1° che comincia dall'aumento di un decimo del peso normale e arriva fino ai tre decimi;

il 2° grado dai tre decimi ai cinque decimi;

il 3° grado dai cinque ai sette decimi;

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

il 4° comprende tutti gli aumenti a partire da quei di sette decimi al di sopra del peso normale.

Ai fini della Medicina dell'Assicurazione-Vita, io credo che basti distinguere due gradi di obesità fondandosi sul peso dell'assicurando: un primo grado per coloro che pesano dai 20 ai 29 chilogrammi in pi ùdel normale, ed un secondo per gli assicurandi che hanno un peso superiore al normale di chilogrammi 30 ed oltre.

È superfluo ripetere qui quanto ho detto sopra nella necessità di valersi del concorso delle altre misure per la diagnosi della obesità.

L'osservazione clinica poi ci fa notare come vi sono degli obesi che, con viso acceso, guance sostenute, collo grosso, spingono innanzi la loro pancia con vivacità, dimostrando elasticità nei movimenti, e vi sono altri invece pallidi, con guance flosce che con apatia trasportano un addome pendulo che pare impedisca loro il cammino.

Possiamo dire i primi affetti da obesità tonica, i secondi da obesità flaccida.

Vi sono delle persone che, ad onta di un'abbondante alimentazione, non ingrassano mai, mentre altri ingrassano con immensa facilità contrariamente al loro volere. Si ammette perciò una disposizione ereditaria all'obesità, che secondo alcuni si avrebbe in circa la metà dei casi e che può essere diretta e collaterale e similare. Gli autori francesi danno importanza nella eredità al gruppo di quelle malattie dovute a modificato ricambio materiale e che va sotto il nome di artritismo.

Bouchard in 94 casi ha trovato nell'eredità l'obesità 43 volte, 45.85 %.

il reumatismo	33	volte	35.10 %
la gotta	28	»	29.78 %
l'asma	24	»	25.53 %
il diabete	14	»	14.89 %
le affezioni cardiache . .	12	»	12.76 %
la calcolosi vescicale . .	5	»	5.31 %
la litiasi biliare	4	»	4.25 %

Noorden nota che in molti casi si tratta della eredità di speciali abitudini di vita di cui è conseguenza l'obesità.

Alcuni affermano che la razza israelitica sia più predisposta all'obesità.

Molta importanza si dà all'iperalimentazione come causa dell'obesità, ciò che spiega anche

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

la etimologia della parola (dal latino *ob* e *edere* = mangiare). Ed anche quando gli obesi protestano affermando di mangiare poco, i sostenitori di questa teoria incolpano i pazienti di avere mangiato molto prima che si stabilisse la obesità e di continuare ad ingerire un'alimentazione che è superiore ai bisogni dell'organismo obeso, pur sembrando scarso per un organismo normale.

Certo le sostanze idrocarbonate possono favorire la obesità, ma anche le sostanze proteiche introdotte in quantità superiore ai bisogni organici permettono che siano messe in serbo le sostanze grasse ed idrocarbonate. Allo stesso modo agisce la introduzione di piccole quantità di alcool e di sostanze alooliche (vino e specialmente la birra la quale contiene oltre all'alcool anche idrati di carbonio).

Nella Germania meridionale dove si fa uso di molta birra, si nota un maggior numero di obesi.

I forti bevitori di alcool difficilmente diventano obesi, perchè l'alcool alterando la mucosa dell'apparecchio digerente non permette l'assimilazione delle sostanze nutritive ed anche perchè i tristi effetti dell'alcool non tardano a farsi sentire su tutto l'organismo.

Anche la eccessiva introduzione di acqua favorirebbe l'obesità. Iskovesco afferma che per *idrosintasia* (imbibizione di acqua dei tessuti) gli obesi trattengono nel loro organismo una maggiore quantità di acqua che non i magri; Maurel afferma che la privazione di acqua fa diminuire la quantità di alimenti ingeriti, ed altri pensano che un cibo abbondantemente inaffiato viene più facilmente digerito ed assimilato.

L'età i ncui si inizia l'obesità negli adulti è per gli uomini dai 25 ai 30 anni e per le donne dai 20 ai 25, come risulta dalle statistiche del Bouchard, del Mathieu, ecc.

Esaminando le schede di coloro i quali, avendo chiesto nel 1913 e 1914 un contratto di assicurazione all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ne furono rifiutati per ragioni mediche, ho trovato n. 308 obesi. Di questi solo 111 furono rifiutati per obesità ;i rimanenti lo furono per altre cause. Avendo divisi questi rifiuti per età ho trovato le seguenti cifre:

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Età	Uomini	Donne	Totale	Percent.
Fino ai 20 anni . .	1	—	1	0.32
Dai 21 ai 25 anni . .	2	—	2	0.64
Dai 26 ai 30 » . .	8	2	10	3.24
Dai 31 ai 35 » . .	21	1	22	7.14
Dai 36 ai 40 » . .	46	—	46	14.93
Dai 41 ai 45 » . .	45	6	51	16,55
Dai 46 ai 50 » . .	61	6	67	21.75
Dai 51 ai 55 » . .	42	5	47	15.25
Dai 56 ai 60 » . .	48	3	51	16.55
Oltre i 60 anni . . .	10	1	11	3.57

Per cui mi risulta che il maggior numero degli obesi si è avuto all'età dai 46 ai 50 anni e mentre alla stessa età corrisponde il massimo per gli uomini, per le donne invece si ha dai 41 ai 50 anni.

Le donne sono più predisposte degli uomini all'obesità a causa del genere di vita più sedentaria e della funzione sessuale. Un certo impolpamento si verifica nelle donne nella pubertà, subito dopo il matrimonio, dopo lo slattamento, ed in special modo dopo la menopausa.

Il genere di vita, scarso di movimenti, vita sedentaria ,influisce certo favorevolmente allo sviluppo dell'obesità ,e gli obesi tendono sempre più alla vita sedentaria perchè qualsiasi piccolo movimento richiede in essi uno sforzo maggiore, tanto da affaticarli ed affannarli con facilità, sicchè essi preferiscono muoversi il meno possibile, ciò che contribuisce a farli divenire sempre più obesi.

Certe professioni agevolano lo stabilirsi della obesità, e così sono facilmente obesi i pizzicagnoli, i pasticcieri, i macellai, i birrai.

Tra gli obesi rifiutati nel 1913 e 1914 dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il 33.37 % erano commercianti, il 17.53 % erano impiegati, il 10.7 % professionisti; gli industriali e i possidenti partecipano nella stessa misura 9.09 %; il minimo è dato dai marinai, ferrovieri e tramvieri, agricoltori e domestici. Questi risultati potrebbero essere viziati dal fatto che non tutte le classi sociali adiscono nella stessa misura all'assicurazione.

Alcune sostanze tossiche introdotte a piccole dosi possono provocare l'obesità, così la stricnina, il fosforo, il piombo ed in ispecial modo l'arsenico.

Oltre la obesità che si verifica nella convalescenza di alcune malattie infettive acute, come

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

per esempio il tifo e quella che è stata notata qualche volta in un periodo intermedio di una tubercolosi polmonare o di una paralisi progressiva, non bisogna dimenticare l'obesità di origine endogena dovuta a soppressione o modificata secrezione delle glandole a secrezione interna. È nota la obesità degli eunuchi e delle donne ovarectomizzate, ma si può avere anche obesità di origine tiroidea, ipofisaria, pancreatica.

Difficilmente si guarisce dall'obesità conclamata, solo con adatto regime dietetico e con un genere di vita opportuno si potrà mantenerla stazionaria.

La prognosi dell'obesità *quo ad vitam* è subordinata anche alle alterazioni che facilmente si riscontrano negli obesi. Nei quali si rilevano con notevole facilità le malattie del ricambio materiale (la glicosuria, la gotta, l'ossaluria, ecc.), la litiasi, l'arteriosclerosi diffusa e specialmente localizzata alle arterie coronarie del cuore, ai reni, nel quale ultimo caso si riscontra albuminuria ed all'esame microscopico delle urine spesso si nota la presenza di piccoli cilindri jalini.

L'accumulo di grasso negli organi addominali impedisce al diaframma notevole estensione dei movimenti, onde respiro frequente, piccolo, facile dispnea per piccoli sforzi, stasi polmonare, catarro bronchiale cronico, ecc.

L'aumento della superficie vasale dovuto ai capillari del tessuto adiposo, lo sforzo maggiore dei movimenti ,dovuto all'aumentato peso, la difficoltà della respirazione, l'accumulo di grasso nel pericardio, l'arteriosclerosi sono causa della tachicardia, della aritmia, della insufficienza funzionale del cuore, della miocardite degli obesi.

Dei 308 obesi rifiutati nel 1913 e 1914 dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni il 36.38 % era stato rifiutatoper obesità, il 21.75 % per glicosuria ,il 10.38 % per nefrite, il 7.18 % per albuminuria, il 5.84 % per cardiopatia, il 5.19 % per arteriosclerosi. Il rimanente era stato rifiutato per altre cause (sifilide, alcoolismo, catarro bronchiale, ecc.).

Esaminando inoltre le schede di coloro che erano stati rifiutati per obesità, ho trovato che il 65 % dei casi non presentavano altre alterazioni in atto, ma che il 15 % dei casi era affetto da arteriosclerosi ed il 20 % da albuminuria.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Galeno aveva notato che gli obesi hanno vita breve e F. Bacone (secolo XVII) nella « Istoria della vita e della morte » affermava che la grassezza in età giovanile indica vita breve.

Il dott. Moses ,esaminando il materiale della « Vittoria », ha raccolto e seguito 407 assicurati, i quali, all'ingresso in assicurazione pesavano non meno di chilogrammi 10 oltre il normale secondo la formula del Broca e che avevano una circonferenza addominale superiore ai 6 decimi dell'altezza. La vita media di costoro fu di 47 anni e 10 mesi, mentre quella degli altri assicurati nello stesso periodo di tempo fu di 50 anni ed un mese.

Il dott. Brandreth Symonds divise gli obesi inobesi moderati aventi un soprapeso del 20 % superiore al normale ed obesi eccessivi con soprapeso del 30 % oltre il normale e trovò, come risulta dalla seguente tabella che riporto dallo Schroeder (Insurance Medecine) che la mortalità raggiunse il massimo all'età dai 43 ai 56 anni e che in ogni età la mortalità è stata sempre più alta aumentando il grado di obesità.

Età	Obesi moderati	Obesi eccessivi
15 a 28	80 %	88 %
29 a 42	103 »	124 »
43 a 56	133 »	162 »
57 a 70	125 »	156 »

Anche il prof. A. Beneduce nelle *Prime linee di demografia degli assicurati* con il materiale delle Compagnie Americane raccolto da una Commissione medico-attuariale, dimostra che gli obesi hanno una più alta mortalità rispetto agli assicurati con misure somatiche normali ed inoltre che la mortalità degli obesi è ancora più alta se uno od entrambi i genitori sono morti in età al disotto dei 70 anni. Così mentre gli assicurati con soprapeso figli di genitori longevi presentano una mortalità del 118 %, gli obesi figli di genitori non longevi presentano una mortalità del 147 %: la mortalità aumenta progressivamente nell'uno e nell'altro caso con l'aumentare dell'età all'ingresso in assicurazione.

Mi piace riportare qui la interessante tabella del prof. Beneduce (op. cit. pag. 29, tabella VII):

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Numero dei sinistri in ciascun gruppo scelto di assicurati per cento sinistri previsti sulla base della tavola di mortalità tipo.

Età all'ingresso in assicurazione	Rischi con pesi anormali (extrapesi)		
	con genitori morti in età pari o superiore ai 70 anni	con uno od entrambi i genitori morti al disotto dei 70 anni	con circonferenza dell'addome più ampia della circonferenza toracica
15-28.	73	104	115
29-42.	113	130	136
43-56.	144	172	167
57-70.	132	172	164
In complesso	118	147	152

Le cause di morte più frequenti per gli obesi sono la emorragia cerebrale' l'angina pectoris, i vizi di cuore, la morte improvvisa per paralisi cardiaca, il coma diabetico, l'uremia, ecc. È nota la minor resistenza degli obesi ai traumi 'n genere, alle operazioni chirurgiche ed in special modo alle malattie infettive.

Il 28 % dei morti per diabete fra gli assicurati della « Connecticut Mutual Life Insurance Company » erano obesi.

Dalle ricerche del dott. Moses con materiale della « Vittoria » risulta:

	in tutti gli assicurati		nei corpulenti
	1901-03	1903-05	
Malattie acute degli organi respiratori	11.0	12.0	11.1
Malattie croniche degli organi respiratori (tubercolosi compresa)	17.0	14.0	5.4
Malattie del cuore. . .	13.0	14.0	18.9
Id. dei reni . . .	9.0	9.0	13.8
Apoplessia	8.0	6.0	11.3
Malattie chirurgiche. .	—	1.0	3.9

Dopo quanto si è detto mi pare superfluo spendere delle parole per dimostrare quanto

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

siano importanti le misure somatiche degli assicurandi, e come il medico fiduciario debba prenderle sempre con grande esattezza. Mi pare utile avvertire che il nastro metrico, quando non è metallico, deve essere sempre tenuto con eguale tensione, onde evitare possibili errori, e di richiamare l'attenzione sull'espediente cui possono ricorrere alcuni assicurandi, di compiere cioè un atto di inspirazione mentre il medico misura la circonferenza addominale, tirando così indietro l'addome per fare in modo che risulti una circonferenza addominale meno ampia del reale. Speciale attenzione deve porre il medico nell'esaminare l'assicurando obeso all'apparecchio cardio-vascolare, al respiratorio ed all'uro-poietico. All'esame del cuore cercherà di determinare con pazienza ed esattezza i limiti dell'ottusità cardiaca e ,dopo aver rilevato il reperto ascoltatorio, fermerà la sua attenzione sui caratteri del polso e specialmente sulla frequenza, sul ritmo e sulla tensione e possibilmente misurerà col Riva Roci la pressione arteriosa.

Dopo aver fatto l'esame dell'apparecchio respiratorio il fiduciario conterà con esattezza il numero dei respiri al minuto. Speciale attenzione merita l'esame delle urine nelle quali bisognerebbe determinare oltre che la reazione e il peso specifico, anche la quantità di urea; e dopo aver ricercato con l'esame chimico se vi è presenza di albumina, di glucosio e di acetone, bisognerebbe procedere in ogni caso all'esame microscopico, ricordando come spesso in urine con assenza di albumina o con tracce appena percettibili di albumina si riscontra all'esame microscopico la presenza di piccoli cilindri jalini.

Il dott. Weill-Mantou (medico della Compagnia « La Fenice », Parigi) nel « Manuale del Medico di Assicurazione sulla Vita » esprime così il suo parere sull'obesità:

Possono essere rifiutati perchè obesi:

1° Tutti gli obesi giovani la cui polisarcia cresce rapidamente e regolarmente;

2° Tutti gli obesi la cui polisarcia conduce a dei disturbi meccanici apprezzabili (affanno, dispnea) e nei quali si constati o si supponga la abbondanza di grasso del cuore;

3° Tutti gli obesi di cui il polso sarà rapido o aritmico (tener conto nell'apprezzamento di questo sintomo della emotività del candidato

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

durante l'esame) o nei quali si constati la tendenza all'arteriosclerosi;

4° Gli obesi accentuati, giovani e fortemente affetti di artritismo.

Io penso che il giudizio sul valore del rischio di un obeso si può formulare *caso per caso*. I rischi degli assicurandi obesi si potranno a volte accettare con soprapremio ovvero accettare in una forma di assicurazione più favorevole all'Istituto, in alcuni casi si dovrà rifiutare il rischio.

Ad ogni modo, nel giudicare del valore del rischio di un assicurando obeso si dovrà sempre tener conto dell'età dell'assicurando; del sesso; dell'epoca in cui si è iniziata l'obesità; del grado di obesità; della longevità nel gentilizio, e della presenza o assenza nel gentilizio stesso di malattie del ricambio materiale, del cuore, dei vasi, dei reni; delle malattie pregresse dell'assicurando ed in special modo della condizione degli organi dell'assicurando al momento dell'assicurazione. In tutti quei casi nei quali si riscontrasse la presenza di una glicosuria, di una nefrite, di aritmia, di arteriosclerosi o di una lesione cardiaca ,il rischio si deve senz'altro rifiutare.

VI. La magrezza e l'assicurazione-vita.

(*Estratto dal* « POLICLINICO » (Sez. Pratica) *Fasc. 7, 13 febbraio 1916*).

Non esiste un capitolo di patologia medica riguardante la magrezza, giacchè per magrezza intendo designare quello stato di nutrizione di un organismo non affetto da malattia in atto, nel quale difetti il normale accumulo di grasso nel tessuto connettivo sottocutaneo ed intorno agli organi. Escludoquindi il marasmo senile e la cachessia, sia questa dovuta a tumori o ad infezioni, o ad altre malattie.

Della magrezza deve però tener conto il medico delle assicurazioni-vita, giacchè uno degli elementi su cui si basa il giudizio sul valore del rischio è la costituzione dell'assicurando, di cui la magrezza è uno dei tipi.

La diagnosi di magrezza si può fare spesso anche guardando l'assicurando, ma per stabilire il limite fra costituzione normale e magrezza ed il grado di quest'ultima è necessario affidarsi alle misure somatiche prese con accuratezza.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Alcune Compagnie di assicurazione-vita si atttengono al rapporto tra peso e altezza; quale debba essere il peso normale in rapporto all'altezza lo abbiamo visto parlando della obesità e l'assicurazione-vita (V. *Policlinico*, Sezione pratica, anno 1915).

Qualche Compagnia applica un soprapremio sanitario per la magrezza a coloro i quali hanno un peso inferiore al normale del 20 %. La Compagnia «La New York» ha costruito una tabella (The Nylic Standard Table of Heights and Weights; Height in cm., weight in kg.), sulla quale con facilità si legge entro quale limite possa oscillare il peso normale nelle diverse altezze e quale è il soprapremio da applicare agli assicurandi con soprapeso o con sottopeso.

Non sempre il medico fiduciario può avere una bilancia a disposizione per pesare l'assicurando, chè, anzi, spesso dovendo eseguire la visita a domicilio, deve contentarsi del peso che l'individuo dichiara e che il medico dovrà giudicare ad occhio se è verosimile.

Molti assicurandi poi non hanno l'abitudine di pesarsi e perciò anche in buona fede possono affermare di avere un peso non rispondente al reale, sorvolando su coloro i quali, avendo interesse a nascondere la propria magrezza, denunziano un peso superiore al vero.

Alcune Compagnie di assicurazione tengono conto invece del rapporto fra altezza e circonferenza toracica, e chiamano magri coloro i quali hanno una deficienza di torace, ossia una circonferenza toracica misurata in cm. inferiore alla metà dell'altezza misurata anch'essa in cm.

Sebbene alcuni medici di assicurazione ritengano che la circonferenza toracica si debba misurare subito sotto le ascelle, la maggioranza è del parere invece di misurarla negli uomini a livello del capezzolo mammario o subito al disopra o immediatamente al disotto di esso. Nelle donne per lo sviluppo della glandola mammaria è necessario passare il nastro orizzontalmente subito al disopra o immediatamente al disotto di detta glandola.

Durante la misura della circonferenza toracica l'individuo deve tenere le braccia distese come nella posizione militare dell'attenti; alcuni però ritengono che sia più conveniente che l'individuo tenga le braccia distese verso

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

l'alto per evitare, con la tensione dei muscoli dorsali e pettorali, cause di errore dovute all'affondamento del nastro misuratore nei tessuti molli.

Per comparare lo sviluppo del torace all'altezza basta misurare la circonferenza toracica nella fase respiratoria del riposo.

La misura della circonferenza toracica anche nella fase respiratoria di massima inspirazione e di massima espirazione è utile per conoscere inoltre l'ampiezza respiratoria, se l'assicurando è affetto da enfisema polmonare, ecc.; sebbene spesso la maggiore o minore differenza tra la circonferenza toracica nella inspirazione e quella nella espirazione, dipende dalle abitudini che ha l'assicurando a respirare; in ogni modo queste misure potranno essere un indice perchè il medico esaminatore possa portare una maggiore attenzione all'esame dell'apparecchio respiratorio.

Al criterio di diagnosi della magrezza fondato sul rapporto tra circonferenza toracica e altezza si può obbiettare che se è vero che per le altezze medie la circonferenza toracica può essere uguale in cm. alla metà dell'altezza, lo stesso rapporto non si ha per le altezze superiori alla media, giacchè in via assoluta il torace si sviluppa con l'aumentare dell'altezza, ma se si paragona lo sviluppo del torace con quello dell'altezza si trova che in individui con altezza superiore al normale, lo sviluppo della circonferenza toracica non procede di pari passo con quello dell'altezza.

Il dott. Houzè, professore di antropologia all'Università diBruxelles, parlando dell'antropologia e l'assicurazione sulla vita al primo Congresso internazionale dei medici di Compagnie di assicurazioni, Bruxelles 1899, affermò: « La proposition admise par les auteurs le physiologie que la circonférence thoracique croît avec la taille doit être rejetée définitivement et d'une manière absolue. Elle est radicalement fausse et n'a pu être émise et soutenue qu'en considérant les nombres absolus de la taille et du périmètre thoracique et non le rapport de ces deux mesures ».

E il dott. Livi nell'*Antropologia Militare*, p. II, pag. 12, dimostra che « il perimetro toracico aumenta, è vero, a parità di età, di sesso, di razza, col crescere della statura; ma l'aumento è soltanto assoluto e non proporzionale ».

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Inoltre, lo sviluppo toracico varia a seconda della razza, del luogo, della professione, come è stato dimostrato anche dal Livi nell'*Antropometria Militare*. In montagna si hanno toraci più sviluppati che non in pianura; i carrettieri hanno un torace più sviluppato dei calzolai, i contadini hanno un torace più sviluppato degli studenti, ecc.

La circonferenza toracica perde non poco del suo valore quando l'assicurando presenta una deformità toracica sia questa dovuta alla professione dell'assicurando (per esempio calzolai); all'uso prolungato che fanno le donne del busto stretto, ad enfisema polmonare, sia a rachitismo, ovvero a deviazione della colonna vertebrale (gibbosi, lordosi, scoliosi).

Alcuni tengono conto nella diagnosi della magrezza *dell'indice di vitalità* costituito dal seguente rapporto: $I = \frac{T \times 100}{A}$ e cioè: l'indice di vitalità è uguale alla circonferenza toracica moltiplicata per 100 diviso per l'altezza. L'indice di vitalità deve essere non inferiore a 50 nelle persone il cui torace è normalmente sviluppato.

Altri tengono conto invece del *coefficiente di costituzione* risultato dalla comparazione dell'altezza, della circonferenza toracica e del peso: $C = A - (P + T)$ e cioè: coefficiente di costituzione uguale all'altezza meno la somma del peso e della circonferenza toracica. Nei casi in cui un peso superiore al normale possa disturbare il rapporto di cui sopra, si tiene conto anche della circonferenza addominale e quindi la formula viene così modificata:

$C = A - (T + (P \times \frac{T}{Ad})$ e cioè: coefficiente di costituzione è uguale all'altezza meno la somma del perimetro toracico e del prodotto del peso moltiplicato per il quoziente della circonferenza toracica divisa per la circonferenza addominale. Giudicano quindi individui di costituzione forte coloro i quali hanno un coefficiente di costituzione negativo ovvero dall'1 al 15, di costituzione buona dal 16 al 20, di costituzione media dal 21 al 25, di costituzione debole dal 26 in sopra.

Una causa di errore può essere data da una dilatazione del torace dovuta a causa patologica (per es. versamento pleurico, enfisema polmonare) per cui, aumentando la cifra della

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

circonferenza toracica ne deriva un coefficiente di costituzione favorevole per l'assicurando. A questo errore si può ovviare esaminando la differenza tra la cifra della circonferenza toracica nella fase di massima inspirazione a quella nella fase della massima espirazione; tale differenza non deve essere inferiore a 5 cm. Ad ogni modo, l'esame fisico del torace rileverà se vi è una causa patologica che disturbi le misure della circonferenza toracica.

Un altro errore non facilmente evitabile è quello che, ad onta della correzione fatta al peso degli obesi secondo la formula precedente, si ha per lo più negli obesi un coefficiente negativo che dovrebbe denotare una costituzione forte.

Se è possibile che negli uffici si facciano di questi calcoli quando debbonsi esaminare pochi rapporti, non si può pretendere che il fiduciario prima di dare il giudizio sul valore del rischio esegua calcoli matematici.

Di maggiore importanza pratica ritengo sia il *diametro biacromiale* che si misura in cm. dall'estremità di un acromion all'altro, passando anteriormente sul torace. Questo diametro ha il pregio di avere due punti ossei fissi e facilmente reperibili e di essere l'esponente abbastanza esatto dello sviluppo del corpo in larghezza e dello sviluppo toracico, per cui io penso che tale diametro non dovrebbe essere trascurato mai nella visita agli assicurandi.

È superfluo dimostrare come la medicina delle assicurazioni non può valersi della spirometria e per la difficoltà di avere sempre a portata di mano del fiduciario lo spirometro e per la scarsa attendibilità dei dati che lo spirometro può fornire.

La diagnosi quindi di magrezza io credo si debba fare tenendo conto non solo del rapporto tra peso ed altezza e del rapporto tra altezza e circonferenza toracica, ma anche del diametro biacromiale.

Dopo aver fatto diagnosi di magrezza è utile stabilirne il grado per cui si può prendere a base il rapporto tra il peso e l'altezza.

Ai fini dell'assicurazione-vita io credo che si possano stabilire due gradi: un primo grado per coloro i quali hanno un sottopeso dal 15 al 20 % inferiore al normale; un secondo grado per coloro i quali hanno un sottopeso superiore al 20 %.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Vi sono però persone magre le quali si presentano con colorito della cute e delle mucose visibili perfettamente normali, con buona forza muscolare, sono agili nei movimenti e resistenti alle marcie e alle fatiche.

Un altro tipo invece è costituito da persone magre anemiche, con masse muscolari poco sviluppate e flaccide, che si affannano facilmente non solo nella corsa ma anche dopo una passeggiata non lunga, sono quindi pigre nei loro movimenti e poco resistenti ai disagi ed alle fatiche.

Anche di questo io credo che il medico fiduciario debba tener conto nel giudizio complessivo del rischio.

La pratica medica c'insegna che i magri sono in genere longevi e superano con facilità malattie ed atti operatori anche gravi.

Il dottor Btandreth Symonds (*Medical Record*, september 1908) esaminando la statistica di mortalità della sua Compagnia degli anni dal 1843 al 1898, ricerca le cause di morte anche per 1078 magri assicurati nella sua Compagnia. Da quella statistica risultano i seguenti dati:

TABELLA I.

Cause di morte	Percentuale della mortalità generale	Percentuale della mortalità dei magri
Influenza	1.00	2.04
Tubercolosi	12.42	16.98
Cancro	4.18	5.57
Malattie dell'apparecchio respiratorio .	11.86	15.78
Polmonite.	9.03	12.34
Età avanzata	1.50	2.04

Da questa tabella risulta come i magri presentino una maggiore mortalità per le malattie dell'apparecchio respiratorio in genere e per la tubercolosi in ispecie, e per il cancro.

Da qui deriva una conclusione pratica di grande importanza per cui la magrezza assume un significato più grave quando si esamina il rischio di un assicurando dell'età in cui quelle malattie più facilmente si sviluppano.

Dalla statistica delle cause di morte pubblicata dal Ministero di agricoltura, industria e

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

commercio risulta come il massimo di mortalità per tubercolosi in Italia si ha nell'età dai 20 ai 25 anni, mentre per il cancro il massimo si osserva nell'età dai 60 anni ed oltre.

I dati del gentilizio possono migliorare o diminuire il valore del rischio di un assicurando a seconda che nel gentilizio si noti longevità o vita breve negli ascendenti e nei collaterali, ovvero il gentilizio è tarato per malattie che possano ripetersi nei discendenti.

Il prof. Beneduce nelle *Prime linee di una Demografia degli assicurati*, col materiale ricavato dal *Medico Actuarial mortality Investigation compiled by the association of life assurance medical directors and the actuarial society of American*, New Jork, 1912, dimostra come la mortalità nei magri con genitori morti al disotto di 70 anni è superiore a quella dei magri con genitori morti in età pari o superiore ai 70 anni e come risulta dalla tabella che qui riporto, la maggiore mortalità si osserva nell'età dai 15 ai 28 anni e dai 43 ai 56 anni.

TABELLA II.

Età all'ingresso in assicurazione	Rischi aventi sottopeso	
	con genitori morti al disotto di 70 anni	con genitori morti in età pari o superiore ai 70 anni
15-28	130	92
29-42	97	90
43-56	101	93
57-70	91	94
in complesso	100	92

È superfluo dimostrare la importanza della tubercolosi verificatasi nei genitori o nei fratelli dell'assicurando. In tal caso il fiduciario deve tener conto oltre che dell'età, della costituzione e delle condizioni attuali dell'assicurando, anche del tempo in cui avvenne la morte per tubercolosi degli ascendenti o dei collaterali e del fatto che l'assicurando abbia o non convissuto con quelle persone ed in quale epoca.

Grande importanza assumono invece i tumori maligni nel gentilizio quando l'assicurando si avvicina all'età in cui facilmente i tumori maligni possono svilupparsi.

Con ciò non intendo affatto schierarmi nè con

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

coloro i quali ritengono senz'altro i tumori maligni malattia ereditaria, nè con coloro i quali li ritengono di natura infettiva, riservandomi ritornare sull'argomento dal punto di vista della medicina delle assicurazioni.

Mi piace riportare dal prof. dott. Georg Florschütz (*Allgemeine Lebensversicherungsmedizin*, Berlin, 1914) una statistica ricavata dalla mortalità degli anni dal 1829 al 1878 fra gli assicurati dalla Banca di Gotha nelle famiglie dei quali si erano presentati casi di tubercolosi e di cancro (vedi tabella III).

TABELLA III.

Assicurati nelle famiglie dei quali vi erano stati casi di	Morti per				Percentuale di tutti gli assicurati morti per queste cause
	Tubercolosi %	Malatt. croniche del cervello, del midollo e delle facoltà mentali %	Malattie di cuore %	Cancro %	%
Tubercolosi . .	23.7	10.3	10.0	10.5	11.63
Malattie croniche del cervello ecc.	4.0	11.3	6.4	3.4	4.15
Malattie di cuore.	5.0	6.2	12.9	5.1	5.81
Cancro	4.1	7.2	4.2	9.3	5.04

E lo stesso Florschütz (*Allgemeine Lebensversicherungsmedizin*, Berlin 1914) dimostra, come risulta dalla tabella IV, che la mortalità è più alta e precoce se il caso di tubercolosi in famiglia è a carico della madre.

Un altro dato che servirà anche di base al giudizio sul rischio di un assicurando magro sarà l'anamnesi personale. Se l'assicurando ha avuto un'emottisi il rischio deve senz'altro rifiutarsi anche se nulla risultasse all'esame obbiettivo dei polmoni.

Grande importanza ha la tendenza dell'assicurando ad ammalare per malattie dell'apparecchio polmonare (bronchiti, bronco-polmoniti, polmoniti) e una maggiore importanza ha la pleurite pregressa.

Col gentile consenso del prof. A. Angelini, direttore del Sanatorio Umberto I, sto esaminando le schede dei ricoverati in quell'Ospizio nel

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

TABELLA IV.

Gruppi di età	Mortalità presunta	Mortalità effettiva	Gruppi di età	Mortalità presunta	Mortalità effettiva
	padre tubercoloso			madre tubercolosa	
25–34	3.1	4	25–34	4.7	8
35–44	4.6	3	35–44	5.8	5
45-54	3.0	3	45–54	3.9	5
20–54	10.7	10	25-54	14.4	18
un fratello o una sorella tuberc.			parecchi fratelli o sorelle tuberc.		
25–34	13.1	13	25–34	2.1	–
35–44	19.4	17	35-44	3.3	5
45–54	15.7	11	45–54	3.1	2
55-60	5.7	6	55–60	1.5	1
25-60	53.9	47	25–60	10.0	8

decennio 1904-1914 per cercare quanto tempo dopo la pleurite si è manifestata la tubercolosi polmonare; riporto qui i primi dati (vedi tabella V), riservandomi di tornare sull'argomento quando avrò completato le ricerche.

Un dato di fatto molto utile per il giudizio sul valore del rischio dell'assicurando magro, è il conoscere se l'assicurando è dimagrato nel tempo immediatamente precedente all'assicurazione. Però a parte coloro i quali hanno interesse a nascondere il loro dimagramento, molti anche in buona fede potrebbero rispondere con dati inesatti.

Il De Havilland Hall (*The medical Examination for Life Assurance*) è del parere che siano accettati gli assicurandi magri che non eccedono il 15 % del sottopeso; coloro i quali sorpassassero tale limite devono essere accettati solo dopo un esame molto rigoroso ed attento; e se nell'anamnesi vi è un caso di tubercolosi e l'assicurando ha un'età inferiore ai 30 anni egli consiglia di rifiutare il rischio. Avverte però il fiduciario della frequenza della magrezza nei temperamenti nervosi e come vi siano dei magri appartenenti a famiglie costituite da persone magre ma forti e robuste.

Lo Schroeder (*Insurance Medicine being suggestions to medical Examiners*, New York, 1913) osserva che i magri con sottopeso non ecceden-

Corporate Heritage & Historical Archive

te il 20 % non dànno una mortalità più elevata, la quale invece si eleva quando il sottopeso supera il 20 % e gli effetti si risentono specialmente negli assicurati giovani. Egli è dell'opinione che sia applicato un sopraprèmio ai magri.

Io ritengo che nel giudicare del valore di un rischio di un assicurando magro, debbasi tener conto dell'età, del gentilizio, dell'anamnesi personale, della convivenza con le persone af-

TABELLA V.

Tempo interceduto tra la pleurite ed il manifestarsi della tubercolosi polmonare dalle schede dell'Ospizio Umberto I fin'oggi esaminate.

Percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver sofferto pleurite.

1 anno prima	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	oltre i 20 anni	tempo imprecisato	Totale
22.22	13.90	11.12	8.33	6.25	5.55	2.80	2.15	2.15	2.80	0.62	2.80	0.62	1.38	1.38	1.38	0.62	3.50	—	1.38	3.50	5 55	100

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

fette da tubercolosi, delle abitudini di vita, della professione dell'assicurando. Solo tenendo conto di tutti i dati e di tutte le osservazioni su esposte si può dare un giudizio esatto sul valore del rischio di un assicurando magro.

VII. La glicosuria e l'assicurazione-vita.

(*Estratto dal* « POLICLINICO » (Sez. Pratica) *Fasc. 29, 16 luglio 1916*).

Si può concedere una polizza di assicurazione-vita ad un assicurando affetto da glicosuria?

Le urine degli individui normali contengono tracce minime di zucchero, ed anche il Luciani (*Fisiologia dell'Uomo*, vol. II, pag. 451) afferma che « oggi quasi tutti si accordano nell'opinione sostenuta primamente dal Brüche, che normalmente l'urina contiene tracce di glucosio o destrosio ». Schöndorff valuta queste tracce a 10 cg. per litro; Gilbert e Baudonin a gr. 0.66 nelle 24 ore. Però queste tracce di glucosio contenute nelle urine normali non sono rilevabili con le comuni reazioni che si adoperano in clinica.

Non è il caso di ripetere qui i metodi di ricerca dello zucchero nelle urine, e mi riporto, per i medici fiduciari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, a quanto è detto nelle « Istruzioni ai Medici Fiduciari » compilate dall'Ufficio Medico dell'Istituto, sotto la direzione del prof. Ettore Marchiafava.

Nei casi in cui la quantità dell'urina a disposizione del fiduciario fosse scarsa, potrà adoperarsi per la ricerca del glucosio anche il metodo della goccia proposto dal compianto professore Riva, il quale a 10 cmc. di acqua distillata aggiunge una goccia di urina, fa bollire e quindi aggiunge 3 goccie di liquido di Fehling, e fa nuovamente bollire.

Io però ho notato che col metodo della goccia la reazione si ha con un certo ritardo e che si può ottenere in modo più evidente se invece di diluire una goccia di urina in 10 cmc. di acqua distillata si adoperano solo 5 cmc. di acqua distillata.

È utile poi osservare che non tutte le volte che le urine in presenza di alcali caustici, riducono alcuni sali metallici, si deve concludere per la presenza in essi di glucosio; sebbene la levulosuria, la galattosuria, ecc. siano rare, pure non è rarissima, secondo il Blumenthal, la

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

presenza nelle urine del pentosio. Che, anzi, tutte le volte in cui la riduzione del liquido del Fehling o della soluzione del solfato di rame col metodo del Trommer, si verifica non durante il riscaldamento, ma in ritardo, quando il liquido si è raffreddato, ed è negativa la ricerca polarimetrica e quella della fermentazione col lievito di birra, si deve sospettare la presenza del pentosio.

Col metodo del Blumenthal a 3 cmc. di urina si aggiungono 6 cmc. di acido cloridrico fumante ed una punta di coltello di orcina: indi si fa bollire: se vi è pentosio si ha una colorazione azzurro-verdastra che si rende più evidente con l'aggiunta indicata dal Bial di poche goccie di percloruro di ferro.

Il Blumenthal afferma che « le urine contenenti glucosio o lattosio non dànno questa reazione; quelle che contengono acido glicuronico non dànno la reazione che dopo prolungata bollitura e di più, in tali casi, il precipitato non è mai verde-bluastro, ma piuttosto violetto ». Solamente con due degli acidi glicuronici finora noti, afferma il Blumenthal (*La pentosuria nella Clinica Contemporanea* di Leyden e Klemperer) è possibile uno scambio col pentosio, poichè l'acido glicuronico, che si libera per decomposizione spontanea dagli acidi mentol e terpentil glicuronico, dà egualmente la reazione dell'orcina. Ad evitare l'errore, oltre l'anamnesi (introduzione di mentolo e di trementina) serve l'odore dell'urina: di menta se contiene mentolo, di violetta se contiene trementina.

Constatata la presenza di glucosio nelle urine e dosatane la quantità al polarimetro o con la fermentazione col lievito di birra, il medico deve giudicare se trattasi di una glicosuria semplice o di un diabete.

I dottori H. Ricardière e R. A. Sicard, trattando le malattie del Ricambio nel « *Nuovo Trattato di Medicina e Terapia* A. Gilbert e L. Thoinot » pongono i seguenti limiti tra la glicosuria ed il diabete. Si può accettare la denominazione di *semplice glicosuria* quando:

1° il soggetto non secerne più di 10 grammi di zucchero nelle 24 ore;

2° la glicosuria è intermittente nella giornata e anche durante qualche settimana;

3° questa glicosuria è in rapporto ad una causa certa: ingestione molto abbondante di idrati di carbonio e sopratutto di introduzione

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

di rimedi: clorario, trional, veronal; a tumori cerebrali, bulbari...; alla gravidanza e all'allattamento;

4° questa glicosuria non è accompagnata da alcuna complicazione diabetica, come antrace, foruncoli recidivanti, male perforante, turbe nervose speciali, ecc.

Per il Lépine (*Diabete sucré*. Paris, 1909) se la qualità di zucchero contenuta nelle urine oltrepassa 10 grammi per litro si può affermare che si tratta di diabete.

Stabilito quindi il limite della glicosuria, al di là del quale si entra nel campo del diabete, mi pare utile accennare le varie specie di glicosuria non diabetica.

Ed io credo che, eliminando le glicosurie florizinica e sperimentale, le glicosurie, esaminate dal punto di vista della Medicina delle Assicurazioni-vita, si possono dividere in:

1° glicosuria alimentare per abuso transitorio o abituale di alimenti zuccherati;

2° glicosuria degli affetti da malattia del ricambio (obesità, gotta, artritismo in genere);

3° glicosuria da infezioni o da intossicazioni acute o croniche (colera asiatico o nostras [E. Naunyn, *Il diabete mellito nella Clinica Contemporanea* di Leyden e Klemperer] sifilide, intossicazioni da cloroformio, etere, ossido di carbonio, morfina, clorario, acido fosforico, alcool, ecc.);

4° glicosuria da lesioni degli organi interni e del sistema nervoso (malattie del fegato e del pancreas, tumori cerebrali, paralisi progressiva, tabe dorsale, morbo di Parkinson, epilessia, morbo di Flajani-Basedow, psicosi, traumi).

Nelle ultime tre categorie la glicosuria passa in seconda linea in quanto essa si accompagna ad un'altra lesione che di per sè fa classificare il rischio tarato o addirittura cattivo.

Molto più importanti per il medico fiduciario sono le glicosurie alimentari, le quali si possono avere per abuso transitorio di alimenti zuccherati, per esempio dopo abbondante ingestione di dolci e champagne (Moritz); dopo una notte di ballo ed un buon pranzo con champagne (Manginelle), ovvero per abuso abituale di alimenti zuccherati (Catalani, Eichorst).

Maggiore importanza per la prognosi meno favorevole hanno le glicosurie dovute ad introduzione di sostanze amilacee (glicosurie *ex-amilo* per distinguerle dalla glicosuria e *saccaro*).

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Per E. Naunyn « la glicosuria da sostanze amidacee si deve sempre far valere come manifestazione diabetica ».

Il fiduciario, constatata nelle urine la presenza di glucosio in alcuni casi per la quantità di glucosio determinata al polarimetro e per la presenza dei sintomi clinici (poliuria, polifagia, polidipsia) potrà fare diagnosi di diabete. Ma se l'assicurando nega i suddetti sintomi clinici, e la quantità di glucosio riscontrata nelle urine è tale da far escludere si tratti di diabete *decipiens* ed invece tutto induce ad ammettere una semplice glicosuria, il medico farà le necessarie indagini sulla qualità e quantità degli alimenti che l'assicurando ingerisce e dovrà, senza preavvisare l'assicurando, raccogliere ed esaminare un nuovo campione di urina di un giorno successivo nelle ore che seguono al pasto. E ciò allo scopo sia di constatare se si tratta di una glicosuria transitoria e comunque non costante, sia per accertarsi se per caso l'assicurando erasi messo a stretto regime dietetico prima della visita medica, in modo da ridurre la eliminazione del glucosio per le urine.

Ho detto che è utile raccogliere per l'esame un nuovo campione di urina nelle ore che seguono al pasto, perchè in dette ore è più facile accertare la glicosuria.

Gilbert e Lereboullet, da questo punto di vista, dividono la glicosuria in tre tipi:

1° glicosurie intermittenti, in cui la glicosuria si manifesta nelle ore del periodo della digestione;

2° glicosuria a tipo subcontinuo in cui si riscontra glucosio nelle urine nelle ore del periodo digestivo e del periodo che segue immediatamente;

3° glicosuria a tipo continuo.

Se da tutte le indagini il medico potrà concludere che si tratta di una semplice glicosuria non diabetica e senza alterazione di organi, quale giudizio egli deve dare sul valore del rischio?

I dottori Ricardière e I. A. Sicard (loco citato) affermano che molte glicosurie semplici non sono altro che il preludio, sia pure assai lungo, di un vero diabete, e per Guthrie Rankin (*Riforma Medica*, anno 1913) ogni caso di glicosuria è potenzialmente un caso di diabebte.

Perciò è necessario tener conto nel giudizio

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

di tutti gli altri elementi: gentilizio, età dell'assicurando, anamnesi personale, costituzione, abitudini di vita, ecc.

La razza in cui si manifesta più di frequente il diabete è quella israelitica.

L'eredità diabetica diretta si riscontra, secondo Von Noorden nel 18.5 % dei casi, in quella collaterale nel 6.9 %; secondo il Seegen il 14 per cento dei diabetici che lo avevano consultato avevano il padre o la madre diabetica. Secondo il Kulz si constata l'eredità diabetica nel 23 % dei casi, per Cantani (*Deusche medic Wochenschrift*, 1899) nel 26.7 % di cui 9 % eredità paterna e 4 % eredità materna.

Il sesso maschile è più frequentemente colpito del sesso femminile, come risulta dalle seguenti statistiche rilevate dal Manuale delle Malattie della nutrizione di G. M. Debove, C. H. Acard, I. Castaigne, Parigi, 1912:

Griasinger	uomini	172	donne	53
Frerichs	»	282	»	118
Seeggen	»	766	»	232
Grube	»	136	»	40
Von Noorden	»	1427	»	533
Kulz	»	526	»	166

Lépine (*Diabète sucré*, Paris, 1909) afferma che il diabete si riscontra in tutte le età, col massimo tra i 40 e i 60 anni; prima dei 10 è relativamente molto raro.

La buona condizione economica ed un'alimentazione abbondante a base di idrati di carbonio, favoriscono la glicosuria.

Anche la costituzione dell'assicurando ha grande importanza: nei soggetti grassi il diabete ricorre in modo più benigno, mentre nei magri e nei giovani la morte avviene con relativa rapidità.

Ad ogni modo non si deve dimenticare che i glicosurici oppongono una minore resistenza alle infezioni, alle operazioni chirurgiche ed ai traumi in genere.

Mi pare utile ricordare come la mortalità per diabete va aumentando. Bertillon dà la seguente statistica per 10 mila abitanti viventi a Parigi:

nel	1880	0.64
»	1885	1.16
»	1890	1.34
»	1900	1.70
»	1909	1.93

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

L'aumento della mortalità per diabete è confermata per l'Inghilterra dalla Statistica di Wiliamson e per Berlino dalla Statistica di Prinzing.

Dalle Statistiche delle Cause di Morte pubblicate in Italia dal Ministero di agricoltura industria e Commercio, risulta che anche da noi la mortalità per diabete è andata progressivamente aumentando, tanto che mentre nel 1889 era di 32 per 1 milione di abitanti, la mortalità è venuta progressivamente aumentando fino a raggiungere nel 1913 il numero di 51 morti per ogni milione di abitanti. Le regioni ove si verifica la maggiore mortalità per diabete sono la Liguria ed il Lazio.

L'età in cui si avvera il massimo di mortalità per diabete in Italia è per i maschi dai 55 ai 60 anni e per le femmine dai 60 ai 65.

Il Mâreau (*Dizionario di Medicina delle Assicurazioni sulla vita*, Parigi, 1890) è del parere di:

Accettare: ogni proponente nato da padre e madre diabetici, purchè egli sia immune da diabete e da artritismo, e nell'età superiore ai 50 anni.

Accettare con riserva: ogni proponente nato da padre e da madre diabetici, circondato da parenti (fratelli, sorelle, zii e zie) ugualmente diabetici o molto artritici, anche se egli è immune da diabete e dell'età superiore ai 50 anni.

Di rifiutare:

1° Ogni proponente nato da padre e da madre diabetici, circondato da parenti (fratelli, sorelle, zii e zie) ugualmente diabetici o molto artritici, se è immune da diabete, ma affetto da artritismo e dell'età inferiore ai 50 anni.

2° Ogni proponente diabetico anche se egli si crede guarito.

Il De Havilland Hall (*The Medical Examination For Life Assurance*, Bristol, London, 1906) consiglia di rimandare gli assicurandi di età inferiore ai 30 anni, i quali abbiano perduto uno dei genitori od un fratello od una sorella di diabete.

Se l'assicurando invece è nell'età fra i 30 e i 40 anni consiglia l'accettazione del rischio con un soprapremio equivalente ad un aumento di età di 7 o 10 anni. Se l'assicurando ha superato i 40 anni egli consente l'assicurazione con

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

un aumento di età di 5 anni. È più severo con gli ebrei.

Accetta con soprapremio gli individui che abbiano sofferto di glicosuria temporanea, se al momento della visita medica nelle urine si riscontra assenza di zucchero, ed in questo caso egli consiglia una polizza a termine non oltre i 65 anni.

Se l'assicurando è affetto da diabete, qualunque sia la sua età, deve essere rifiutato.

G. M. Debove, Ch. Acard e F. Castaigne, parlando nel *Manuale delle Malattie della nutrizione*, (Parigi, 1912), dei rapporti del diabete con l'assicurazione-vita, affermano che ci troviamo in presenza di due opinioni: per Le Boeuf tutti i diabetici devono essere rifiutati; possono essere accettati invece gli assicurandi affetti da glicosuria accidentale di breve durata, sparita da almeno 5 anni;

per Siredey devono essere rifiutati:

a) tutti i diabetici al di sotto dei 35 anni;

b) tutti i diabetici magri;

devono essere rimandati a 6 mesi gli assicurandi affetti da diabete nervoso secondario dovuto ad un sopraffaticamento, ad un'emozione dolorosa, ad un trauma;

devono essere accettati, tutt'al più con riserva, tutti i diabetici grassi, in età al di sopra dei 35 anni; e gli AA. aggiungono tutti i diabetici semplici il cui coefficiente di assimilazione è sufficientemente elevato e di cui le urine non rilevano la presenza di acetone.

W. Ebstein, trattando le malattie del sangue e del ricambio nelle assicurazioni private, (*Lehrluch der Arbeiter-Versicherungs Medizin*, Léipzig, 1913, pag. 211) afferma che sono da escludersi i diabetici colpiti dal male in giovane età.

I pentosurici non hanno nulla a che fare con i diabetici nè per il fatto che nelle loro urine si riscontra la presenza di pentosio essi sono più disposti degli individui normali alla glicosuria.

Il Blumenthal distingue due forme di pentosuria: una pentosuria cronica ed una pentosuria alimentare; questa si presenta specialmente in estate per abbondante ingestione di frutta (ciliegie, fragole, prugne, ecc.).

La prognosi della pentosuria per il Blumenthal è molto più favorevole che non quella di un diabete leggero. Non si hanno elementi per

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

poter ammettere o negare una minore resistenza dei pentosurici alle infezioni.

Il Feilchenfeld (*Leitfaden der arztlichen Versicherungsprazis*, Berlin Wien, 1903) è del parere che i pentosurici possono essere accettati sebbene a tariffa più elevata.

Io ritengo che i pentosurici possono essere accettati ma con soprapremio e che gli assicurandi affetti da glicosuria non diabetica e non dovuta a lesioni di organi, possono essere accettati con soprapremio, da valutarsi caso per caso, tenendo conto specialmente del gentilizio, della costituzione e delle abitudini di vita dell'assicurando.

Circa i diabetici, i soggetti giovani ed i soggetti magri affetti da diabete devono essere rifiutati. I diabetici invece grassi, i quali abbiano superato il 40° anno di età, possono costituire dei buoni rischi tarati.

VII. L'albuminuria e l'assicurazione-vita.

(*Estratto dal* « POLICLINICO » (Sez. Pratica) *Fasc. 33, 13 agosto 1916*).

Quale è il valore del rischio di un assicurando di cui le urine contengono albumina senza che l'esame microscopico riveli la presenza di cilindri o di elementi renali?

Delle sostanze proteiche nelle urine si trovano frequentemente le albumine e le globuline, specialmente la siero-albumina e la siero-globulina, le quali insieme rappresentano quasi tutta l'albumina che precipita. Esse sono contenute nelle urine nella stessa proporzione reciproca che nel sangue, per cui si è costituito un *quoziente* albuminoso eguale a

$$\frac{\text{siero-albumina } 4.5}{\text{siero-globulina } 3.1} = 1.5$$

La diminuzione del quoziente è stata ritenuta segno di nefrite grave o stasi circolatoria nei glomeruli per diminuzione o aumento della pressione sanguigna.

Il Bouchard ha distinto un'albumina retrattile, che coagulando precipita in fondo alla provetta, da un'albumina non retrattile che dà solo un intorbidamento diffuso ed il Castaigne ammette che la prima si trova quasi sempre nelle nefriti gravi, mentre la non retrattile si ha nelle nefriti passeggere.

Inoltre nelle urine si possono trovare pepto-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

ni. La peptonuria è assai rara e non si verifica mai secondo alcuni; ad ogni modo non ha ancora un significato clinico ben definito.

L'albumosuria si può avere anche in seguito ad ingestione di grande quantità di albumosi (somatosi, ecc.) secondo alcuni starebbe ad indicare l'esistenza di suppurazioni; la presenza nelle urine dell'albumosa di Bence Iones (la quale è un'albumosa che coagula a 60°-65°, si ridiscioglie a 100°, e ricoagula col raffreddamento) starebbe ad indicare un'affezione dello scheletro e del midollo osseo (mieloma, ecc.).

Dei proteiti nelle urine si può trovare la emoglobina che interessa il capitolo importantissimo della emoglobinuria, e la mucina.

Mi pare superfluo indicare i vari metodi che si adoperano comunemente in clinica per la ricerca dei singoli prodotti proteici nelle urine.

Nelle « Istruzioni ai medici fiduciari » dell'Istituto nazionale delle assicurazioni (Roma, 1914) sono descritti i metodi principali. Ritengo che il metodo più semplice per i medici fiduciari di un istituto di assicurazione-vita sia la reazione col calore ed acido acetico, la quale rivela anche tracce minime di albumina e non richiede se non l'uso di una provetta, un imbuto, un filtro, una lampada e dell'acido acetico.

Per riconoscere anche la presenza di tracce minime di albumina, è bene mettere vicino e confrontare una provetta in cui vi sia urina semplicemente filtrata ed un'altra in cui la stessa urina dopo la filtrazione sia stata trattata con il calore ed acido acetico. Se le due provette si guardano contro luce, dopo aver messo dietro di esse uno schermo nero che non superi l'altezza delle urine nella provetta, anche opacamenti leggerissimi saranno facilmente svelati. Nei casi in cui l'urina, anche dopo filtrata, non rimane limpida, è utile aggiungere della polvere di talco, agitare e quindi filtrare prima di servirsene per la ricerca dell'albumina.

L'urina che, trattata con calore ed acido acetico fosse rimasta limpida e si intorbidasse invece col raffreddamento, farebbe sospettare la presenza di albumosi. In tal caso, dopo aver dealbuminizzato l'urina, (trattandola con calore ed acido acetico e poi filtrandola) si aggiunge un eguale volume di soluzione satura di cloruro di sodio, e se l'urina contiene albumosi si

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

ha un precipitato che scompare facendola bollire e ricompare col raffreddamento.

La ricerca della mucina si fa acidificando eccessivamente a freddo l'urina con acido acetico: si ottiene un precipitato insolubile in eccesso di acido acetico.

Constatata la presenza di albumina nelle urine, prima di parlare di albuminuria essenziale è necessario praticare l'esame microscopico di essa. Ed un espediente utilissimo per la ricerca di cilindri e di elementi renali nel sedimento, quando questo è scarso, è quello di esaminare il preparato prima a piccolo ingrandimento (oculare 3, Obiettivo 4-5 Koristka) in modo di avere sotto l'occhio un campo molto vasto, e di ricercare la presenza di cilindri specialmente lungo i margini del vetrino copri-oggetto, tenendo il diaframma socchiuso in modo da mettere in evidenza anche piccoli cilindri jalini che sfuggirebbero alla vista qualora penetrasse molta luce.

Constatata l'assenza di cilindri e di elementi renali è necessario ancora differenziare l'albuminuria vera dall'albuminuria spuria.

Nelle urine delle donne per abbondanza di cellule epiteliali pavimentose delle basse vie urinarie e vulvari si constata facilmente col metodo accennato prima la presenza di tracce minime di albumina. Lo stesso reperto si ottiene nelle donne leucorroiche, nei vecchi blenorragici, nella spermatorrea, nella cistite, nella emoglobinuria e nella ematuria.

L'esame microscopico farà notare nel primo caso un'abbondanza di cellule epiteliali pavimentose; nella leucorrea alle cellule epiteliali pavimentose si aggiungeranno dei leucociti, nei blenorragici di antica data, mentre all'esame macroscopico delle urine si noteranno dei filamenti in sospensione, all'esame microscopico si troveranno in alcuni campi dei cumuli di leucociti tenuti insieme quasi da una rete, mentre null'altro di notevole si troverà nel resto del preparato. In caso di cistite la presenza di corpuscoli di pus, di battèri, ecc.; nella spermatorrea la presenza di spermatozoi, e nella ematuria e nella emoglobinuria la ricerca chimica e spettroscopica delle varie specie di emoglobina e la presenza di emazie all'esame microscopico, serviranno alla diagnosi.

Nella piuria e nella ematuria all'albumina dovuta al pus ed al sangue si può aggiungere

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

anche un'albumina di origine renale, per distinguere la quale il Goldberg ha trovato una proporzione tra la quantità di albumina ed il numero dei corpuscoli rossi o di pus.

Eliminata quindi la diagnosi di nefrite, di affezione in atto a carico della vescica, e la presenza di un'albuminuria comunque spuria, possiamo parlare dell'albuminuria essenziale.

Sebbene il Posner ed il Senator ammettono che nelle urine normali si riscontrano tracce minime di albumina, la grande maggioranza degli autori è di opinione che nelle urine normali sia assente l'albumina. Ad ogni modo si può ritenere che se anche con procedimenti speciali si riesca a constatare la presenza di tracce di albumina nelle urine normali, perchè una urina possa dichiararsi tale, essa con i metodi comunemente adoperati in clinica, deve far constatare l'assenza di albumina.

Il medico delle assicurazioni-vita senza occuparsi di quelle albuminurie le quali possono essere dimostrabili solamente con metodi speciali e quindi non alla portata di ogni medico fiduciario, deve tener conto delle albuminurie dimostrabili coi comuni metodi di ricerca adoperati in clinica.

Le albuminurie possono essere costanti ed intermittenti.

Sono costanti quelle che si osservano a qualunque ora della giornata; intermittenti quelle che si possono trovare in alcune ore della giornata o solo in alcuni giorni.

Appartengono alla prima categoria le albuminurie che si riscontrano:

1° nei postumi di nefrite, cioè la così detta albuminuria residuale o postnefritica, e le albuminurie che si verificano nelle nefriti parziali o parcellari, cioè quando vi è una lesione circoscritta di una parte del rene, mentre il resto dell'organo è sano;

2° nei vizi di cuore;

3° nella gravidanza;

4° nelle infezioni acute, (influenza, angina, parotite, ecc.);

5° nelle intossicazioni acute (cloroformio, etere, ecc.);

6° nelle infezioni croniche (tubercolosi, sifilide, malaria, suppurazioni croniche, ecc.);

7° nelle intossicazioni croniche (saturnismo, alcoolismo, idrargirismo, morfinismo, ecc.);

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

8° nelle malattie del ricambio materiale (gotta, obesità, diabete).

Nel diabete il Teissier (*Journal Médical français*, 1909) distingue tre tipi di albuminuria:

a) albuminurie alternanti che si sostituiscono ad un tratto in modo ritmico ai segni di una glicosuria per lo più moderata;

b) albuminurie concomitanti che compariscono nel corso del diabete;

c) albuminurie sostitutive (post-diabetiche) che si sviluppano e si accentuano in misura che la glicosuria si attenua o scompare completamente.

Le albuminurie intermittenti sono molto più importanti perchè possono facilmente sfuggire al medico fiduciario essendo intermittenti. Possono dividersi in:

1° albuminuria della pubertà (che si verifica durante la pubertà nei soggetti pallidi, deboli e magri);

2° albuminuria da sforzi corporei (che si verifica dopo marce, corse, ecc.);

3° albuminuria ortostatica od ortotica (da ορτος diritto e στασις stazione), che si verifica nel passaggio dalla posizione orizzontale alla stazione eretta specialmente in individui affetti da lordosi lombare);

4° albuminuria digestiva o alimentare (che si ha nei soggetti dispeptici con dilatazione gastrica o con disturbi dell'apparecchio digerente e si può avere anche in seguito ad una alimentazione ricca di sostanze albuminoidi;

5° albuminuria da bagni freddi (dimostrata dal Rem-Picci);

6° albuminuria ciclica (che si verifica solo in determinate ore della giornata). Il Teissier nella *Province Médicale*, 23 agosto 1913 distingue tre tipi:

a) tipo meso-diurno, in cui l'albumina si presenta nelle ore dalle 14 alle 15;

b) tipo mattutino precoce;

c) tipo mattutino tardivo. Secondo il Teissier si verifica nei giovani figli di artritici e di gottosi;

7° albuminuria nervosa (che si verifica in seguito ad alterazione nervosa funzionale (paura, emozione) ovvero nelle malattie nervose (albuminuria degli epilettici).

Gli autori per spiegare l'albuminuria intermittente ammettono un fattore extrarenale (di-

Corporate Heritage & Historical Archive

sturbi di circolazione, affaticamento, ecc.) ed un fattore renale (eccessiva permeabilità, debolezza degli epiteti renali), il fattore discrasico sanguigno sostenuto dal Semmola non è più accettato. Certo il fattore più importante e costante è il fattore extrarenale, ed è perciò che anche nelle forme più lievi un'albuminuria sta sempre a dimostrare una *debolezza renale* (Castaigne).

Il Weill-Mantou nel *Manuel du Médecin d'Assurance sur la vie*, Paris, è dell'opinione che « bisogna respingere i candidati all'assicurazione-vita colpiti da albuminuria ».

Il Mareau nel *Dictionnaire de Médecine à l'usage des assurances sur la vie*, Paris, 1890 consiglia di accettare con riserva:

1° ogni proponente colpito da albuminuria intermittente detta fisiologica;

2° ogni proponente colpito da un'albuminuria transitoria sopraggiunta nel corso o dopo una piressia, sparita dopo molto tempo senza aver lasciato la minima traccia, ma di cui si può temere il ritorno per una recidiva della sua causa;

3° ogni donna arrivata all'età della menopausa e per conseguenza non suscettibile di essere incinta ,la quale abbia avuto altra volta un attacco di albuminuria gravidica sparita immediatamente e definitivamente dopo il parto.

Di rifiutare: ogni proponente colpito da albuminuria cronica od acuta.

Il dott. Wibauw, al 1° Congresso di medicina di assicurazione-vita, adunatosi a Bruxelles dal 25 al 29 settembre 1899, trattando il tema dell'ammissione degli albuminurici all'assicurazione-vita, conclude affermando che bisogna rifiutare gli assicurando affetti da albuminuria costante. Egli è dell'opinione di accettare con soprapremio gli assicurandi affetti da albuminuria ciclica, i quali non abbiano alcuna tara ereditaria e non siano stati colpiti da alcuna malattia infettiva, e di cui la quantità di albumina nelle urine non sorpassi il 0.5 % misurata all'albuminometro di Esbac dopo 48 ore.

Nella discussione della relazione del dottor Wibauw, la maggior parte dei medici presenti (dott. Siredey, dott. Weill-Mantou, dott. Salomonsen) espressero la loro opinione che debbansi rifiutare senz'altro gli albuminurici, e il dott. Pöels aggiungeva che egli per un certo periodo di tempo aveva accettato gli assicurandi

Corporate Heritage & Historical Archive

nelle urine dei quali si riscontravano di tanto in tanto tracce di albumina ,ma che avendo avuto delle delusioni era venuto nella convinzione che bisognava rifiutare ogni albuminurico.

Il De Havilland Hall (*The medical examimation for Life Assurance*, 1906) è in massima dell'opinione di rifiutare gli albuminurici; egli ritiene che si possono accettare con soprapremio equivalente ad un aumento di età di 10 anni quando l'assicurando ha un ottimo gentilizio, una buona anamnesi personale, sia perfettamente sano, il peso specifico delle urine, esaminate più volte, non sia al di sotto di 1015, non vi siano cilindri nel sedimento centrifugato e la quantità dell'albumina sia minore di un decimo del volume dell'urina esaminata.

Il prof. A. Pribram nella *Clinica Contemporanea* diretta dal Leyden e Klemperer (Società editrice libraria Milano, 1908) conclude il capitolo sull'albuminuria affermando che debbonsi rifiutare gli assicurandi affetti da albuminuria. Afferma che secondo le statistiche americane la durata della vita degli albuminurici, in apparenza altrimenti sana ,è molto più breve della normale. Ad ogni modo egli è dell'opinione che l'anomalia non esclude il soggetto dall'assicurazione, ma richiede di solito un certo periodo di prova ed eventualmente premi più alti.

Il dott. Leopoldo Feilchenfed, trattando delle assicurazioni-vita di valore ridotto (tarato) *Aerzkiche Sachverstandingen-Zeitung*, n. 8 1913, afferma che molti casi ritenuti come affetti da albuminuria funzionale ciclica o intermittente, transitoria, ortostatica, fisiologica, costituzionale o funzionale, ebbero esito infausto, per cui egli ritiene che gli albuminurici devono eccezionalmente essere assicurati; che gli assicurandi dai 30 ai 40 anni con gentilizio buono, con cuore, polmoni e fondo oculare integro, urina con peso specifico da 1016 a 1025, con albumina in quantità minima, con assenza di cilindri e assenza d'indacano, si possono accettare per una assicurazione dai 10 ai 15 anni.

Io ritengo che quando il fiduciario all'esame delle urine di un assicurando constata la presenza di albumina, ed egli può, in base agli altri dati, fare diagnosi di albuminuria essenziale, deve prelevare in un'ora diversa da quella della prima volta un nuovo campione di urina;

Corporate Heritage & Historical Archive

se egli potrà concludere che l'assicurando è affetto da albuminuria costante, l'assunzione del rischio dovrà essere rimandato a 6 mesi previa nuova visita medica; e qualora anche dopo sei mesi l'albuminuria persistesse, il rischio si deve rifiutare.

Nei casi invece in cui il fiduciario possa concludere facendo diagnosi di albuminuria intermittente, per giudicare del valore del rischio bisogna tener conto oltre che di tutti i caratteri delle urine (quantità delle urine nelle 24 ore, reazione, peso specifico, quantità dell'albumina misurata con l'albuminometro di Esbac) anche dell'età dell'assicurando; del gentilizio, giacchè parecchi autori hanno dimostrato con le albuminurie famigliari continue od intermittenti la facilità dei figli di nefritici alle malattie renali; dell'anamnesi personale, tenendo conto specialmente di quelle malattie che ripercuotono la loro influenza sui reni; della costituzione e delle condizioni attuali dell'assicurando.

Quando tutti i dati saranno favorevoli all'assicurando, il rischio si potrà accettare con soprapremio.

Dott. I. Romanelli.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

(Legge 4 aprile 1912, N. 305)

ROMA — DIREZIONE GENERALE — ROMA

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è un Istituto di Stato creato dalla legge 4 aprile 1912, n. 305.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni offre tariffe convenienti per ogni forma di assicurazione.

Le condizioni di polizza dell'Istituto sono le più liberali: incontestabilità della polizza, periodo di mora per il pagamento dei premi, riattivazioni di contratti, prestiti su polizza; contemplano con liberalità il suicidio, il caso di morte in seguito a duello e il rischio di guerra.

Le somme assicurate presso l'Istituto Nazionale sono esenti da tassa di successione e sono insequestrabili.

Le polizze dell'Istituto Nazionale oltre la garanzia delle ordinarie riserve matematiche e delle altre riserve che l'Istituto è obbligato a costituire a norma di legge, godono la garanzia dello Stato.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha personalità giuridica e gestione autonoma.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha Agenzie Generali in tutte le Provincie del Regno ed in Asmara, Bengasi, Tripoli; ha oltre 2000 Agenzie locali e più di 10,000 Produttori autorizzati per legge.

I tipi di contratti che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni offre ai suoi assicurati si adattano a tutti gli stati sociali.

Fra le diverse forme ricorderemo la seguenti: Assicurazione per la vita intera a premio vitalizio; Assicurazione per la vita intera a premio unico; Assicurazione per la vita intera a premio temporaneo; Assicurazione mista a premio annuo; Assicurazione mista a premio unico; Assicurazione a termine fisso o dotale; Assicurazione a effetti multipli; Assicurazione di famiglia, forma speciale dell'Istituto; Assicurazione doppia mista; Assicurazione mista a capitale raddoppiato; Assicurazione a termine fisso combinata con l'assicurazione di un capitale e di una rendita temporanea, in caso di morte; Assicurazione mista a premio decrescente; Assicurazione di educazione e di risparmio; Rendita differita senza controassicurazione a premio annuo od unico; Rendita differita con controassicurazione; Rendita vitalizia immediata; Capitale differito con controassicurazione a premio annuo od unico; Capitale differito senza controassicurazione a premio annuo od unico; Assicurazione temporanea a capitale decrescente; Assicurazione speciale per i rischi di guerra.

Per chiarimenti e informazioni rivolgersi alla Direzione Generale dell'Istituto in Roma o alle Agenzie Generali istituite in ogni capoluogo di Provincia.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive