Dott. ILARIO ROMANELLI

La prognosi dell'Asma

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
BIBLIOTECA
7423

Estratto dalla *Rivista Ospedaliera* – Anno XI, Vol. XI

ROMA
TIPOGRAFIA DELL'UNIONE EDITRICE
Via Federico Cesi 45
1921

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
ROMA
7423
M. 24
38
BIBLIOTECA

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Direzione Generale - ROMA

Le somme assicurate presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, oltre che dalle riserve matematiche e dalle altre riserve, sono garantite dal Tesoro dello Stato; sono insequestrabili ed esenti dalle tasse di successione.

La svalutazione di valore della moneta non ha avuta alcuna influenza sui premi che si pagano all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni: i premi che si pagavano nel 1913, si pagano senza nessun aumento anche attualmente.

Oltre le assicurazioni sulla vita, l'Istituto Nazionale assume in riassicurazione rischi di qualsiasi genere non solo in Italia e nelle sue Colonie, ma anche all'Estero.

Nei riguardi delle assicurazioni sulla vita i capitali assicurati superano già i due miliardi.

L'Istituto Nazionale, oltre che nelle antiche 69 province ha suoi Agenti Generali a Trento, Trieste, Gorizia, Asmara, Bengasi, Tripoli, Mogadiscio, Smirne, Costantinopoli, Tunisi e Alessandria d'Egitto.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Dott. ILARIO ROMANELLI

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI - ROMA -

BIBLIOTECA
7423

La prognosi dell'Asma

Estratto dalla *Rivista Ospedaliera* – Anno XI, Vol. XI

ROMA
TIPOGRAFIA DELL'UNIONE EDITRICE
Via Federico Cesi 45

1921

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive

La prognosi dell'asma

Dott. Prof. ILARIO ROMANELLI
Libero Docente di Patologia Speciale Medica Dimostrativa
Regia Università di Roma.

L'asma da ἀσθμα respirazione difficile, è una malattia caratterizzata da accessi di dispnea prevalentemente espiratoria senza lesioni anatomiche.

L'asma fu conosciuta anche dagli antichi: Seneca ne era affetto: Celso distinse l'asma, accesso rumoroso di affanno, dalla dispnea: Laennec ristabilì l'autonomia dell'asma essenziale.

Gli AA. distinguono *l'asma essenziale* o *asma vero*, dall'*asma riflesso*, determinato da malattie degli organi lontani, dallo *pseudo-asma* o *asma sintomatico* di una malattia organica che per la sua importanza e per la sua autonomia non può considerarsi come punto asmogeno o generatore dell'asma riflesso.

Brügelmann dopo aver diviso la *pseudo-asma* dall'*asma*, suddivide quest'ultimo in:

1° *asma traumatico* (trauma del cervello e del midollo allungato) o dipendente da turbe psichiche (neurosi da angoscia);

2° *asma riflesso* in cui la irritazione parte da « punti asmogeni periferici » e l'asma bronchiale secondo l'autore entrerebbe in questo gruppo in quanto il punto asmogeno risiederebbe nella mucosa bronchiale;

3ª *asma tossico* dovuto alla presenza nel sangue di sostanze irritanti.

C. Frugoni al recente Congresso di Medicina interna (Roma, novembre 1920) ha affermato che le espressioni, « asma essenziale, asma riflesso, asma nervoso » vanno abbandonate per mantenere solo quella

*

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

di « asma bronchiale ». L'A. include nello stesso capitolo per analogia l'asma da fieno e ne esclude le forme di asma sintomo di altra malattia fondamentale e la forma di nevrosi respiratoria pura (crisi asmatiformi da isteria, ecc.).

* * *

Non è qui il caso di occuparsi dello pseudo-asma; la prognosi di esso è la stessa della malattia di cui lo pseudo-asma è sintomo. Così per esempio nell'asma sintomatico per stenosi delle vie aeree superiori (crup, corpi estranei, ecc.), per ipertrofia del timo, per adenopatia tracheo-bronchiale, per tumori del mediastino, per aneurismi, per malattie del bulbo e del midollo spinale, la prognosi dell'asma è quella stessa della malattia di cui l'asma è sintomo.

* * *

Per la patogenesi dell'asma essenziale tre teorie si contendono oggi il primato: peraltro nessuna delle tre (la riflessa, la endocrina, la anafilattica) risponde sempre in tutti i casi.

La teoria riflessa è la più antica; per essa l'asma è un atto riflesso, dovuto ad uno stimolo che agisce sul sistema nervoso centrale (bulbo, corteccia cerebrale) o alla periferia (mucosa bronchiale, ecc.).

Per i sostenitori della teoria anafilattica l'asmatico è permanentemente sensibilizzato per le sostanze tossiche endogene od esogene, per cui al sopraggiungere nell'organismo di una nuova quantità di quella sostanza tossica si scatena l'accesso asmatico.

Alcuni AA., basandosi sui risultati terapeutici conseguiti con la somministrazione di estratti di glandole a secrezione interna in alcuni casi di asma, ovvero tenendo conto dei rapporti tra le glandole suddette ed il sistema nervoso simpatico, hanno attribuito l'asma ad un disturbo di funzione endocrina.

* * *

Per accennare brevemente all'etiologia dell'asma bronchiale devonsi distinguere le cause predisponenti dalle determinanti. Fra le prime vanno incluse:

La ereditarietà. — È stato constatato l'asma in numerosi membri della stessa famiglia per varie generazioni ed in altre famiglie è stato constatato l'alternarsi dell'asma con altre nevrosi. Gli AA. francesi danno molta importanza alla ereditarietà artritica avendo constatato nella stessa famiglia l'alternarsi e il succedersi dei casi di gotta, diabete, obesità, litiasi, malattie cutanee ed asma.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Io stesso ho potuto constatare in una stessa famiglia composta di tre fratelli, due casi di gotta ed uno di asma.

Gli AA. avendo constatato la coincidenza dell'asma con affezioni eczematose ammettono una *diatesi essudativa*. Lo Strumpell afferma che l'asma è frequente nei bambini con diatesi essudativa.

Eppinger ed Hess ammettono che l'asma faccia parte del gruppo delle malattie dovute a *vagotonia*, cioè aumento funzionale del tono di tutto il sistema nervoso autonomo che predisporrebbe oltrechè all'asma al laringospasmo, alla dispepsia nervosa, alla costipazione spastica, ai disturbi funzionali cardiaci, ecc.

Per R. Massolongo « La patologia dell'asma e la medicazione surrenoipofisaria », *Gazzetta Medica Veronese*, 1918) un'altra causa di analogia tra la epilessia e l'asma è il fatto che nell'una come nell'altra malattia si constata la eredità. Egli ritiene che viene trasmesso dagli ascendenti il bulbo asmogeno, cioè l'eccitabilità anormale del centro respiratorio e dei nervi vaghi, ovvero si eredita addirittura una distrofia vagobulbare. Ed aggiunge che l'eredo-artritismo o eredo-intossicazione artritica è il terreno di cultura dei casi e che tutte le manifestazioni del neuro-artritismo possono precedere od alternarsi agli accessi asmatici nell'individuo, negli ascendenti e nei discendenti.

* * *

L'età — È colpita ogni età: comunemente il primo decennio di vita: l'età media è relativamente risparmiata: dopo il cinquantesimo anno la predisposizione torna ad aumentare. Le Noir invece afferma che l'età adulta è quella in cui l'asma si manifesta più frequentemente e che è eccezionale vederla iniziarsi nella vecchiaia.

* * *

Il sesso. — La maggior parte degli autori ritiene che gli uomini siano più colpiti delle donne da questa malattia, ed il Sèe stabilisce una proporzione tre volte superiore per gli uomini. Salter peraltro afferma che le donne relativamente agli uomini sono meno colpite dall'asma prima del 30° anno di età, ed invece molto più facilmente dopo quell'età.

* * *

La costituzione degli asmatici. — Gli AA. distinguono due tipi:

1° Tipo magro, pallido e qualche volta con torace paralitico.

2° Tipo con corporatura tozza, collo torto, in una parola con abito apoplettico.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

***

La professione. — L'asma colpisce prevalentemente i ricchi: vi predispongono quelle professioni che portano ad un affaticamento della loquela (avvocati, conferenzieri, maestri) ovvero che costringono alle inalazioni di molta polvere.

Le *cause occasionali* capaci di determinare gli accessi di asma sono numerose e svariate, sebbene in molti pazienti sfuggano alla indagine medica.

Il clima: vi sono asmatici che si trovano bene al mare e soffrono di asma se vanno in montagna e viceversa.

La temperatura: alcuni si trovano bene d'invermo altri d'estate.

La pressione atmosferica: l'abbassamento della pressione determina in alcuni malati l'accesso.

Un grado elevato di umidità dell'atmosfera: per lo più è mal tollerata dagli asmatici e vi determina facilmente l'accesso.

Le inalazioni di molta polvere.

Le inalazioni del polline come nell'asma da fieno.

Le inalazioni di profumi, rosa, ipecacuana (come accade ai farmacisti che ne maneggiano la polvere), riso, avena, cloruro di calcio, ecc.

Le esalazione di animali (cavalli, gatti, uccelli, lane, penne, ecc.).

Alcuni alimenti.

Le emozioni.

La preoccupazione che possa insorgere un accesso di asma può determinarlo.

Nell'asma riflesso le lesioni e i disturbi funzionali dei vari organi possono determinare l'asma.

La regione da cui parte lo stimolo che determina l'accesso di asma si chiama « *zona asmogena* ».

È stato descritto un asma di origine:

1° cutaneo (urticaria, asma erpetiginoso);

2° da ipertrofia delle tonsille;

3° da lesioni nasali (polipi, affezioni naso-faringee);

4° da lesioni dell'apparecchio respitatorio (bronchite acuta, cronica);

5° da lesioni o disturbi funzionali dell'apparecchio digerente (asma gastrico, dispeptico, intestinale, verminoso, ecc.);

6° da lesioni o disturbi funzionali dell'apparato uro-poietico, (renale, vescicale, ecc.);

7° da lesioni o disturbi funzionali dell'apparecchio genitale femminile (asma uterino, ovarico, ecc.);

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

8° da lesioni o disturbi funzionali dell'apparecchio genitale maschile (asma sessuale).

Peraltro devesi ritenere che in tutte le persone nelle quali per lesioni o disturbi funzionali dei vari organi o tessuti si manifestano accessi di asma vi sia una predisposizione all'asma. Infatti non tutti i malati di quelle lesioni o disturbi sono colpiti da asma, e quelli colpiti dall'asma non sempre guariscono radicalmente dall'asma in seguito alla guarigione delle lesioni o del disturbo funzionale che l'avrebbe provocato; essi rimangono sotto la minaccia dell'asma che può comparire in seguito a lesione o a disturbo funzionale di altro organo diverso dal primo.

Molta importanza è stata data dal Voltolini (1871) in poi alle lesioni nasali (polipi, ipertrofia dei cornetti), peraltro molte volte sebbene fossero state asportate le presunte cause (asportazione di polipi, cauterizzazioni, ecc.) gli accessi asmatici si sono ripetuti egualmente. Ciò dimostra che quei soggetti avevano una predisposizione all'asma, avevano cioè una speciale sensibilità del centro respiratorio.

* * *

L'asma bronchiale è caratterizzato da accessi di dispnea prevalentemente espiratoria non dovuta a lesioni anatomiche nè dell'apparecchio respiratorio nè di altri organi. E' utile ricordare che accanto alle forme complete di asma ve ne sono delle fruste o incomplete.

Secondo Brissaud le forme complete sono caratterizzate da tre caratteri clinici fondamentali;

1° la crisi, il tipo cioè accessionale dei sintomi;

2° la dispnea prevalentemente o esclusivamente espiratoria;

3° i disturbi vasosecretori (secrezione abbondante della mucosa dei bronchi, della trachea, della laringe, del naso e della congiuntiva).

L'unico carattere costante è la *crisi*, ovvero il presentarsi dei sintomi ad accessi, per cui svariate di numero possono essere le forme fruste.

Possono rappresentare l'attacco di asma:

L'asma secco in cui l'accesso dispnoico non è accompagnato da ipersecrezione.

Il catarro bronchiale senza dispnea con o senza enfisema polmonare acuto che si manifesta rapidamente e improvvisamente scompare per ritornare periodicamente.

La crisi di dispnea che si manifesta in soggetto affetto da catarro bronchiale cronico (asma catarrale cronico) con variazioni di intensità del catarro bronchiale stesso.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

La corizza acutissima che anch'essa appare ad accessi con un numero infinito di starnuti, dura breve tempo, scompare rapidamente e frequentemente recidiva. Trousseau, Bouchard riferiscono casi in cui la corizza è stata per parecchi anni la sola manifestazione asmatica.

Tutte queste manifestazioni possono qualche volta accompagnarsi a febbre, possono anche assumere un carattere di gravità, ma sono sempre caratterizzate dall'iniziarsi e terminare in modo rapido e dal frequente ripetersi.

Anche un attacco di angina pectoris può manifestarsi in luogo dell'asma e Brissaud ha descritto una forma di *ansietà parossistica* che si alterna con le crisi dell'asma, che insorge rapidamente di notte con senso di angoscia e sensazione di morte prossima, senza dispnea nè disturbi cardiaci, e che rapidamente cessa.

L'asma è stato paragonato all'epilessia, e come nell'epilessia l'accesso classico convulsivo può essere rappresentato dagli equivalenti epilettici, così nell'asma l'accesso di asma bronchiale può essere sostituito dalle manifestazioni suaccennate. E come la epilessia è preceduta dall'aura epilettica che si manifesta in varie guise, così l'asma qualche volta è preceduta da prodromi, quali il senso di malessere, il sapore speciale alla bocca, il senso di peso all'epigastrio, poliuria, prurito cutaneo, specialmente da tutti quei sintomi che vanno sotto il nome complessivo di raffreddore: starnutire, scolo dal naso, ecc.

* * *

Una forma speciale di asma riflesso è *l'asma da fieno* provocato dal polline delle graminacee nella primavera, quando quelle piante fioriscono. Gli AA. non sono d'accordo circa il modo con cui il polline determina gli accessi di asma: se cioè gli accessi siano dovuti all'azione meccanica irritante, o se il polline contenga una sostanza albuminoidea tossica capace di provocare l'attacco, o se vi intervengano col polline dei microorganismi. L'asma da fieno che può ripetersi per più anni di seguito, sempre durante la primavera, si può manifestare o con la forma dispnoica o con la catarrale.

La forma dispnoica dell'asma da fieno si manifesta a differenza delle altre forme di asma, durante il giorno e può essere provocata.

La forma catarrale si manifesta con l'improvviso prurito, lacrimazione, starnuti, rimorrea, nevralgia, orticaria, ecc.

Le due forme possono alternarsi nello stesso soggetto, possono avere durata varia da poche ore ad alcuni giorni, accompagnarsi a febbre e cessare improvvisamente.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

* * *

Il numero e la frequenza degli accessi dell'asma sono vari. Il primo accesso può presentarsi in pieno benessere; la prognosi dell'attacco di asma, anche il più grave, è sempre favorevole, è veramente eccezionale l'esito letale.

Al primo possono succedersi altri accessi con intervalli di tempo anche irregolari, e mentre in alcuni malati dopo i primi accessi la malattia scompare per non più ritornare, o per ripresentarsi dopo un tempo anche lungo, in altri gli accessi si succedono a breve distanza di tempo, tormentando il povero infermo fino a non lasciarlo mai completamente libero dall'affanno. La gravità degli accessi non ha importanza circa il ripetersi di essi: l'asma, anche se si è presentato in modo grave, può scomparire rapidamente mentre in altri casi, anche se si manifesta in modo leggero, può essere così ostinato da portare a gravi complicazioni polmonari e cardiache.

* * *

L'asma può associarsi alle dermatosi (eczema, urticaria, psoriasi, ecc.), alle nevralgie (emicrania, sciatica, etc.), ai disturbi gastrici (dispepsia, ectasia), alle malattie del ricambio (gotta, glicosuria, è rara la coesistenza del diabete), alla litiasi, alla tubercolosi (e sembra che in tal caso la tubercolosi polmonare abbia una evoluzione ritardata, sebbene non tutti gli AA. siano dello stesso parere), a disturbi nervosi vari.

La nevrastenia si impossessa frequentemente dell'infermo il quale è ossessionato dal terrore del ritorno degli accessi ed il carattere di lui si modifica diventando prima irascibile poi ipocondriaco.

Cessato l'attacco di asma nel primo periodo della malattia nulla si riscontra all'esame obbiettivo del malato. Ma quando gli attacchi si sono ripetuti varie volte, il polmone si sfianca e va diventando enfisematoso e all'enfisema si accompagna spesso il catarro bronchiale.

Brissaud paragona il polmone al cuore e come lo strapazzo del cuore porta allo scompenso cardiaco così lo strapazzo del polmone mena all'enfisema, ed io aggiungerei: coll'aggravante che mentre dallo stato di iposistolia si può tornare all'eusistolia, l'enfisema invece è una alterazione permanente che trascina con sè nella china patologica gli altri organi.

E così a causa dell'enfisema polmonare si manifestano disturbi del piccolo circolo e per questa ragione disturbi cardiaci, giacchè il cuore cerca di riparare con la ipertrofia del ventricolo destro finchè le sue forze di riserva glielo consentono. Ma i disturbi circolatori aggiunti ai disturbi respiratori si aggravano a vicenda; all'asma bronchiale può suc-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

cedere l'asma cardiaco per cui i malati se non finiscono la loro vita per complicazioni polmonari muoiono per asistolia in seguito ad insufficienza relativa della tricuspide, stasi periferica, organi da stasi, ascite, edemi delle estremità, ecc.

* * *

Non è facile trovare buone statistiche circa la morbilità per asma, la percentuale dèi casi in cui si verificano complicazioni gravi e la mortalità per la stessa malattia. Spesso si trova che nelle statistiche i casi di asma sono stati uniti a quelli di enfisema polmonare. Se è vero che l'asma può essere causa di enfisema polmonare, essa non è certo l'unica causa che determina quella alterazione polmonare. Per queste ragioni, io, riportando qui alcuni di quei dati statistici, sono convinto che più che a indicare la vera morbilità e mortalità essi possano servire come indice molto approssimativo per formarsi un'idea circa i danni che l'asma può apportare.

Esaminando la statistica dei ricoverati negli Ospedali di Roma negli anni 1908-1910 si nota che vi sono stati ricoverati 991 infermi per asma ed enfisema polmonare, di cui 614 maschi e 377 femmine con una percentuale quindi del 0,80 % rispetto al numero totale dei ricoverati che fu 124.145.

Che se questa statistica comprende insieme agli asmatici gli affetti da enfisema polmonare, dovuto o non dovuto all'asma, devesi anche notare che all'Ospedale ricorre esclusivamente la popolazione meno abbiente e l'asma colpisce invece più facilmente le classi ricche.

Tra gli assicurandi che hanno subito un rifiuto dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni negli anni 1913-1914-1915 e 1919, figurano rifiutati perchè affetti da asma 18 assicurandi su un totale di rifiuti di 2315, con una percentuale quindi del 0,78 %.

Ma se all'assicurazione adiscono più facilmente le classi abbienti e raramente le classi povere, si deve tener conto peraltro del fatto che gli agenti produttori, per facili ragioni, si astengono in genere dal presentare proposte di assicurazione di persone notoriamente malate.

Anche le *Statistiche delle cause di morte del Regno* pubblicate dal Ministero dell'Industria Commercio e Lavoro, uniscono i morti per asma a quelli per enfisema polmonare e trascurano la distribuzione della mortalità per asma secondo l'età alla morte, per cui questo dato, che sarebbe importantissimo, viene così a mancare.

Esaminando le cause di morte nel Regno nel quinquennio 1912-1916 si trova che sono morti per asma 12.318 individui di cui 6393 maschi e 5925 femmine, con una percentuale di mortalità per asma ed enfi-

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

sema del 6,36 % rispetto al numero dei morti per qualsiasi causa, che è stato di 3.406.099.

La Regione d'Italia che ha dato la maggiore mortalità per queste malattie nel suddetto periodo di tempo è l'Abruzzo e Molise con una percentuale del 0,71 % e la minore mortalità si è verificata in Toscana col 0.23 %.

Negli Ospedali di Roma nel triennio 1908-1910 sono morti per qualsiasi causa 11.494 individui; per 76 di essi la causa di morte fu l'asma e l'enfisema polmonare. Vi fu quindi una percentuale di mortalità del 0,66. Peraltro se confrontiamo il numero dei morti per asma ed enfisema (76) con il numero dei ricoverati per le stesse malattie (991) si ha una percentuale di mortalità per i ricoverati per asma ed enfisema del 7.67 %

Le femmine peraltro hanno dato la percentuale più alta di mortalità, giacchè su 377 ricoverate sono morte sempre per la stessa malattia 34 con una percentuale del 9,02, mentre su 614 maschi ricoverati per asma ed enfisema se sono morti 42 con una percentuale del 6,84. Quindi le femmine hanno dato un minor numero di ricoverate e un maggior contributo alla mortalità per detta causa. Ad ogni modo bisogna tener conto che i malati di tali malattie fanno ricorso agli Ospedali solo quando trovansi in condizioni piuttosto gravi, mentre nei periodi in cui possono lavorare, tra un attacco di asma e l'altro, preferiscono curarsi a domicilio.

* * *

Circa l'accettazione in assicurazione-vita degli affetti da asma trascrivo qui i pareri dei medici più competenti in materia.

Il dott. Ernesto Mareau (*Dictionnaire de medicine à l'usage des assurances sur la vie*) consiglia:

di accettare gli assicurandi che abbiano avuto parenti affetti da asma, purchè essi siano sani e in età superiore ai 30 anni, giacchè egli afferma che l'asma ereditaria si manifesta dai 15 ai 25 anni;

di accettare con riserva:

1° gli assicurandi nel gentilizio dei quali vi siano casi di asma se essi stessi sono sani; ed abbiano un'età inferiore ai 30 anni;

2° gli assicurandi con gentilizio tarato per asma in età superiore ai 30 anni ma affetti da una manifestazione diatesica lieve (emicrania, artristismo leggero ecc.).

L'A. ritiene che l'asma sia una manifestazione essenzialmente diatesica che non si trasmette sempre sotto la stessa forma; quindi non è ereditario, bensì è ereditario lo stato diatesico da cui esso dipende. Perciò gli assicurandi affetti da manifestazioni diatesiche lievi possono

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

essere accettati in assicurazione, mentre devono essere rifiutati quelli affetti da manifestazioni gravi.

da rifiutare:

1° gli assicurandi con gentilizio tarato per asma, non asmatici essi stessi, ma affetti da una manifestazione diatesica similare grave (reumatismo, gotta, disturbi cardio-polmonari vari ecc.);

2° gli assicurandi affetti da asma essenziale o organico. L'A. ritiene che questi soggetti siano quasi costantemente enfisematosi o cardiopazienti, che se anche qualcuno raggiunge un età molto vecchia costituisce una eccezione che conferma la regola. Egli ritiene inoltre che il maggior numero degli asmatici muore nell'età dai 55-75 anni, e muoiono in media 13 asmatici per anno su 100.000 abitanti.

Il Dr. Mahillon di Bruxelles trattò al III Congresso dei Medici delle Compagnie d'Assicurazione (Parigi 25-28 maggio 1903) il tema dell'asma dal punto di vista dell'assicurazione-vita. L'A. è del parere che il medico fiduciario deve raccogliere una accurata anamnesi ad onta di tutte le difficoltà che essa presenta presso gli assicurandi, i quali non sono sempre scrupolosamente esatti e qualche volta simulano o snaturano circostanze sfavorevoli. In base ai risultati dell'anamnesi e dell'esame obbiettivo dovrà giudicare se trattasi di asma vero, o sintomatico di una lesione organica, o più semplicemente l'espressione di un disordine funzionale che non apporta una diminuzione della resistenza organica all'assicurando, come la dispnea tossi-alimentare, per es., così frequente presso alcuni nevrastenici dispeptici o affetti da dilatazione gastrica.

Egli ritiene che l'asma vero o essenziale è espressione di uno stato generale, di una costituzione artritica, giacchè esiste una parentela stretta tra l'asma, la gotta, il reumatismo, l'emicrania, le nevrosi reumatiche, il glaucoma, certe manifestazioni cutanee quali l'orticaria, l'eczema, la psoriasi, ecc., ecc.

L'asma si manifesta per crisi recidivanti più o meno periodicamente e non è eccezionale vedere alternarsi, nello stesso soggetto, l'asma e le altre manifestazioni artritiche, così come possono le varie manifestazioni con diverse modalità colpire i membri della stessa famiglia ed infine trasmettersi ereditariamente sotto l'una o l'altra forma (eredità similare).

L'autore definisce la pseudo-asma una dispnea sintomatica d'una lesione organica locale o di un disturbo funzionale più o meno conseguenti, quasi sempre a noi accessibili.

L'importanza dello pseudo asma è varia potendo essere dovuta a una lesione organica del cuore, dei grossi vasi, dei reni, dei bronchi, del laringe: può essere sintomatico di un tumore del mediastino, del collo,

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

di lesioni nervose centrali, o di affezioni più banali: dispepsia, nevrastenia, isteria, alcune intossicazioni alimentari o altre (tabagismo); della febbre da fieno, per irritazione dei filetti della pituitaria ed ancora in dipendenza di polipi del naso.

Quindi l'autore conclude: Se trattasi di dispnea sintomatica il giudizio naturalmente è subordinato alla gravità dell'affezione causale.

Afferma poi come principio che gli asmatici non debbono senz'altro essere rifiutati, ma in ogni caso la decisione dipenderà dall'esame dei seguenti elementi:

a) l'ereditarietà diretta e collaterale dell'assicurando;

b) la età, il passato patologico di lui e lo stato di salute attuale;

c) lo stato dell'apparecchio respiratorio durante l'intervallo tra gli accessi.

d) lo stato di integrità dell'apparecchio respiratorio e circolatorio. E qui l'autore ricorda i rapporti tra asma e tubercolosi polmonare accennando come gli asmatici diventano spesso tubercolosi e come spesso l'asma maschera la tubercolosi iniziale;

e) le cause efficenti e provocatrici del ritorno degli accessi e l'A. richiama l'attenzione sulla professione dell'assicurando, con speciale riguardo a quelle che espongono l'assicurando alle inalazioni di polvere, alle intemperie e per le quali è necessario un soggiorno in ambienti freddi e umidi.

L'autore giunge quindi alle seguenti conclusioni generali:

1° Gli assicurandi giovani cioè, in età inferiore ai 35-40 anni con gentilizio immune da tubercolosi non conviventi con persone affette da tubercolosi nei quali gli accessi asmatici si sono presentati a lunghi intervalli e non si sono prolungati più di 24-48 ore, che non hanno tosse nè espettorazioni, che non soffrono alcun disturbo respiratorio, nei quali il cuore non è nè ipertrofico nè dilatato, immuni da arteriosclerosi, e infine che non esercitano una professione capace di determinare il ritorno degli accessi o alterazioni polmonari, possono essere accettati in assicurazione a condizioni normali con un contratto a termine limitato, o anche con un'assicurazione a vita intera. Ma questa concessione dipende dalla tavola di mortalità adottata per le assicurazioni, dalla esperienza che la Compagnia avrà acquistata circa la mortalità dei propri assicurati e dalla situazione finanziaria della Compagnia. E cioè a dire che, supponendo che il tasso reale di mortalità degli assicurati di una Compagnia sia molto inferiore al tasso di mortalità previsto dalla tavola di mortalità sulla quale la Compagnia ha basato le proprie tariffe, l'introdurre tra gli assicurati un certo numero di individui con resistenza organica minore non sarà tale da portare un certo turbamento nel bilancio della Compagnia. Che se la osservazione successiva dimostrerà un aumento

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

di mortalità in seguito a questa prova, la Compagnia avrà sempre la facoltà di far scegliere i propri rischi con maggiore severità.

2° Gli asmatici che hanno oltrepassato il 45° anno, obesi, nei quali si può sospettare un sovraccarico di grasso al cuore, affetti da arteriosclerosi, gottosi ed enfisematosi nei quali l'apparecchio bronchiale è costantemente ingombro, sono rischi non accettabili.

Essi appartengono a quella categoria di individui nei quali l'esistenza non è immediatamente compromessa, essi possono vivere ancora molti anni ma per essi non è possibile formulare previsioni.

Peraltro questi rischi possono essere eventualmente accettati qualora vengano a far parte di un numeroso gruppo di rischi inferiori composto di unità comparabili, quindi gruppo sensibilmente omogeneo nella composizione, nel quale saranno inglobate certe categorie di cardiaci, di albuminurici, di gottosi ai quali può essere applicata una combinazione speciale. Certo, questa combinazione nei primi tempi non potrà essere che empirica per la mancanza di statistiche speciali, ma conviene ricordare che l'assicurazione ha attraversato da principio un periodo empirico. E la pratica della assicurazione è basata sulla osservazione.

In Inghilterra e in America certe Compagnie praticano correntemente l'assicurazione dei rischi tarati ma a condizioni molto onerose per gli assicurati. Malgrado questo l'assicurazione è talmente entrata nello spirito e nei costumi degli abitanti di quei paesi che ciascuno s'impone gravi sacrifizi per parteciparvi, e le compagnie non incontrano difficoltà a trovare un numero grande di assicurati.

Egli riporta quindi l'esempio della compagnia inglese « La Prudential » che pratica l'assicurazione popolare e che accetta tutti i rischi senza esame medico ma con un periodo di carenza di due anni; e l'accettazione è fatta in seguito ad una sommaria inchiesta fatta dagli Agenti della Compagnia. Malgrado un caricamento di premio che varia dal 40 a 50 %, il numero degli assicurati della Compagnia ammonta ad un terzo della popolazione dell'Inghilterra. E questo numero si accresce sempre e la condizione finanziaria della Compagnia è delle più prospere. Senza dubbio questa forma di assicurazione non è applicabile se non alle assicurazioni minime, alle assicurazioni popolari ed infatti la « Prudential » limita il capitale assicurato alla cifra massima di Lst. 100. L'accettazione invece dei rischi più importanti resta sempre subordinata all'esame medico che costituisce una barriera infrangibile contro la speculazione.

L'A. ha riferito l'esempio della Prudential per dimostrare come la pratica assicurativa può permettere alle Compagnie delle audacie e affrontarle senza danni quando si applica ad un gran numero di assicurati.

Nelle discussioni che ne seguirono tutti gli oratori insistettero sulla

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

necessità di una accurata anamnesi dell'assicurando. Il Dr. M. Sinedey aggiunse che ha una grande importanza l'età nella quale apparvero i primi accessi di asma e che è necessario distinguere gli asmatici nei quali la malattia sembra in decrescenza da quelli nei quali gli accessi sono in via di accrescimento.

Egli affermò che gli affetti da asma essenziale di età giovane, con accessi decrescenti, che non presentassero disturbi cardiaci, nè dermatosi, possono essere accettati in assicurazione a condizioni normali allorquando gli accessi di asma fossero scomparsi da qualche anno.

Negli assicurandi nei quali le crisi persistono nell'età adulta o si alternano con le varie dermatosi anche senza albuminuria, l'asma deve essere considerata come una vera malattia costituzionale senza dubbio in rapporto con le eliminazioni insufficienti. Questi assicurandi potranno accettarsi come rischi tarati.

Ma gli assicurandi nei quali gli accessi tendono a diventare più frequenti o più intensi, non potranno essere ammessi in assicurazione. Giacchè abitualmente in essi si riscontra enfisema polmonare o bronchite cronica o sovente segni di debolezza cardiaca.

Il Dr. M. Brouardel espresse il parere che gli asmatici sono accettabili usando qualche precauzione. Ed egli si fermava a questa conclusione, giacchè riteneva che il medico non si deve pronunciare se non sul principio dell'ammissibilità all'assicurazione con o senza aggravamento di premio, e che è compito della compagnia il fissarne la tariffa.

E con questa riserva del Dr. Brouardel il Congresso approvò le conclusioni del Dr. M. Mahillon.

Il Dr. De Havilland Hal (*The Medical examination for life assurance*, 1906) è del parere che il fatto che l'assicurando ha avuto recentemente un attacco di asma dovrebbe indurre al rifiuto del rischio. Se invece sono passati vari anni dall'ultimo attacco di asma e l'assicurando non è enfisematoso, egli può essere accettato, sebbene sarebbe prudente l'applicazione di un soprapremio; nel caso l'assicurando fosse affetto da enfisema (che si associa comunemente all'asma) sarebbe prudente concedere un contratto a forma mista pagabile non oltre il 60-65 anno di età.

L'enfisema complicato con segni di catarro bronchiale rende la vita non assicurabile.

Lo Schroeder (*Insurance medicine* 1913) avverte che devesi dare scarsa importanza all'asma da fieno, ma che per dare un giudizio circa l'accettazione di assicurandi affetti da asma è necessario stabilire la frequenza degli accessi, la durata, la causa e la gravità di essi, e la data dell'ultimo attacco, e se gli accessi tendano a divenire più lievi e meno frequenti.

Dall'esperienza di 34 Compagnie di Assicurazione pubblicata dalla

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

Società degli Attuari di America (*Specialized mortality investigation*) risulta che gli asmatici (classe 46) hanno mostrato dei buoni risultati, eccetto il gruppo di assicurandi entrati in assicurazione in età dai 43 ai 56 anni che si sono addimostrati rischi cattivi.

Età all'ingresso	Antidurata da 1 a 30		Antidurata da 6 30 anni	
	Mortalità prevista	Mortalità effettuata	Mortalità prevista	Mortalità effettuata
15-28	303,2	223 —	70,04	44 —
29-42	672,1	539 —	265 —	264 —
43-56	519,1	539 —	256,6	299 —
57-70	103,3	104 —	61 —	61 —
15-70	1597,7	1405 —	653 —	668 —

Il dott. Theodor Eschenburg – Lübek (*Blatter fur Vertrauensarzte der Lebensversicherung*, settembre-ottobre 1914), pubblicava un caso di asma bronchiale terminato con la morte sei mesi dopo la stipulazione di un contratto di assicurazione-vita.

Trattasi di un commerciante di 25 anni il quale era stato dichiarato rischio buono da due fiduciari sebbene il secondo di essi fosse stato avvertito dalla Compagnia di Assicurazione che il medico di famiglia dell'assicurando aveva dichiarato che l'assicurando stesso soffriva di asma bronchiale e nevrastenia sessuale.

Non avendo i medici fiduciari riscontrato nè enfisema polmonare nè altre alterazioni a carico di alcun organo, i medici revisori furono del parere di accettare il rischio con soprapremio, però vollero essere confortati dal parere del medico della Società di riassicurazione ed anche questi rispose che sarebbe stata una ingiustizia in quel caso negare l'assicurazione ma che doveva accettarsi a condizioni speciali.

In seguito a tutti questi pareri favorevoli il rischio fu accettato in una forma a termine con un soprapremio pari all'aumento di età di dieci anni.

Sei mesi dopo l'assicurando, trovandosi in viaggio di nozze, fu colto da un accesso di asma e il medico che fu chiamato constatò che l'assicurato si era praticata una iniezione di adrenalina secondo le prescrizioni del medico abituale. In seguito ad una iniezione di morfina il malato si calmò, ma la mattina successiva fu trovato morto. Non fu fatta l'autopsia, nè è facile poter discernere le cause che determinarono la morte. Ad ogni modo il Dr. Theodor Eschemburg insiste nell'affermare

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

che l'asma bronchiale fa parte della categoria di malattie alle quali si concede l'assicurazione-vita soltanto a condizione che siano applicati dei soprapremi speciali purchè l'assicurando non sia affetto da malattie organiche dei polmoni o del cuore o da altre complicazioni dell'asma, e purchè l'assicurando non sia in età avanzata e gli attacchi di asma non siano straordinariamente gravi e frequenti.

Il Dr. A. Lathan (*Index of prognosis and end-results of treatment*) dopo aver affermato che l'asma non è grave per sè ma per le sue complicazioni, e che si hanno numerosi casi di asmatici che sono vissuti fino alla vecchiaia, mette in guardia i medici dell'assicurazione-vita, ai quali ricorda che l'esperienza assicurativa dimostra come la maggioranza degli asmatici non raggiunge l'età prevista. Egli ritiene che come principio generale si può stabilire che quando il primo attacco si verifica nella prima infanzia vi è speranza che la malattia finisca con lo scomparire al sopraggiungere della pubertà: sebbene vi siano stati casi in cui il primo attacco di asma si è verificato all'età di 4-5 anni e gli attacchi si sono ripetuti ad intervalli fin oltre il 70° anno. Se il primo attacco si verifica prima di aver oltrepassato l'età media vi è sempre speranza di guarigione; dopo il 45° anno si ha generalmente una tendenza verso un progressivo aumento della gravità dei sintomi e se anche tutte le manifestazioni scompaiono, ciò può non significare la guarigione definitiva perchè la malattia può avere delle soste di alcuni anni e poi riapparire.

L'A. ritiene che ha gran valore il poter stabilire in ciascun caso il momento etiologico ed accenna all'asma per anafilassi, prodotta da ingestione di alcuni alimenti, dalla aspirazione di certe polveri, di alcuni odori, e dalla permanenza in determinati climi.

Accenna inoltre ai buoni risultati terapeutici ottenuti coi vaccini in una piccola percentuale di casi di asma dovuta ad infezione bacterica.

Afferma che in pratica nel 5 % dei casi la guarigione di lesioni nasali ha dato buoni risultati, mentre in considerevole numero dei casi gli attacchi di asma si sono aggravati, e ricorda, a titolo di curiosità, come l'asportazione di un polipo può dare risultati buoni se preceduto dalla cauterizzazione, e cattivi se l'asportazione non è stata preceduta da cauterizzazione.

Ad ogni modo una cura appropriata colto il momento etiologico, secondo l'autore, serve a far diminuire di molto la frequenza degli attacchi anche se non produce guarigione duratura.

Nei calcoli della prognosi, oltre la longevità famigliare, i fattori più importanti sono: la gravità dell'enfisema, il grado di catarro bronchiale, le condizioni del cuore destro. Tutte queste complicazioni aumentano la predisposizione degli attacchi asmatici e quindi alla loro

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

volta aumentano la gravità delle complicazioni. Infine l'A. aggiunge che negli affetti d'asma raramente si sviluppa la tubercolosi, il cancro e la nefrite.

* * *

Nei casi in cui l'assicurando afferma di avere sofferto di asma, il compito del medico fiduciario, secondo il mio modo di vedere, non si può restringere alla registrazione di quella dichiarazione ma egli con il tatto, che deriva dalla lunga pratica di medico delle Assicurazioni, dovrà stabilire: la data del primo attacco di asma; l'intensità di esso; la frequenza e l'intensità degli accessi successivi, e specialmente dell'ultimo attacco di asma, tenendo conto anche delle manifestazioni incomplete o fruste della malattia. Inoltre dovrà ricercare, se vi è una causa che determina in quell'assicurando lo accesso di asma; giacchè l'eventuale conoscenza del momento etiologico dell'asma ha grande importanza nel giudizio sul valore del rischio.

Il fiduciario tenendo sempre presente alla mente il fatto che spesso gli assicurandi per varie ragioni fanno al medico di assicurazione un racconto molto superficiale ed incompleto delle proprie infermità dovrà insistere con opportune domande ed accattivandosi la benevolenza dell'assicurando, onde precisare una anamnesi accurata circa il gentilizio e circa l'anamnesi personale dell'assicurando con speciale riguardo a quelle manifestazioni che sogliono accompagnarsi, precedere o alternarsi con l'asma. E' superfluo aggiungere che l'esame obbiettivo, accurato, come sempre, dovrà mettere in evidenza eventuali lesioni polmonari o disturbi di circolo o disturbi a carico di qualsiasi organo, tenendo presente le facili associazioni morbose e le complicazioni dell'asma.

E' indubitato che gli asmatici costituiscano un rischio tarato, peraltro il giudizio sarà diverso nei vari casi, giacchè io ritengo, che mentre alcuni asmatici giovani con gentilizio immune da malattie del ricambio, in cui gli accessi di asma si verificano a grande distanza l'uno da l'altro, ma che nell'intervallo interaccessuale non lasciano scorgere alcuna alterazione patologica ad un esame obbiettivo accurato, che non abbiano sofferto altre malattie gravi, nè quelle che entrano nel gruppo di quelle che i francesi classificano « artritismo », e che chiedono un contratto a termine che vada a scadere non oltre il 55° anno di età, ritengo che questi assicurandi possono essere accettati in assicurazione a tariffa normale. Coloro, nei quali invece si sono già manifestate notevoli alterazioni permanenti a carico dell'apparato respiratorio o circolatorio e che abbiano un'età superiore ai 45 anni, io ritengo che debbano essere rifiutati.

Tra il primo ed il secondo di questi gruppi di asmatici, vi sono

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

numerosi casi i quali possono essere accettati in assicurazione a tariffa speciale. Ad ogni modo per il giudizio sul rischio devesi tener conto: del gentilizio dell'assicurando; delle malattie che egli ha sofferto; della causa eventuale che determina l'accesso di asma; della frequenza e della intensità degli attacchi di asma; dell'età dell'assicurando; della costituzione di lui; del risultato dell'esame obbiettivo; della professione e delle abitudini di vita dell'assicurando.

Solo tenendo conto di tutti questi dati si può giudicare se il rischio è accettabile ed a quali condizioni.

Roma, dicembre 1920.

GENERALI Corporate Heritage & Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive

GENERALI
Corporate Heritage
& Historical Archive