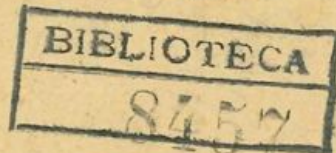


Dott. ILARIO ROMANELLI

=====
SAGGIO DI MORTALITÀ
PER CANCRO TRA GLI ASSICURATI

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



ROMA
TIPOGRAFIA DELL'UNIONE EDITRICE
Via Federico Cesi 46
1921



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 riasicurazione 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.



BIBLIOTECA
8457



Corporate Heritage
& Historical Archive



Corporate Heritage
& Historical Archive

Dott. ILARIO ROMANELLI

=====
SAGGIO DI MORTALITÀ
PER CANCRO TRA GLI ASSICURATI

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

ROMA
TIPOGRAFIA DELL'UNIONE EDITRICE
Via Federico Cesi 45

1921



Corporate Heritage
& Historical Archive

ATLANTIC OIL COMPANY

THE ATLANTIC OIL COMPANY



Saggio di mortalità per cancro tra gli assicurati

per il Dott. Prof. ILARIO ROMANELLI
libero docente di Patologia speciale medica dimostrativa
presso la R. Università di Roma

L'alta mortalità, la sconoscenza di una sicura etiologia, la prognosi grave, giustificano l'interesse che desta il cancro tra gli scenziati e nei profani e la creazione di istituti speciali per lo studio di detto morbo.

Varie ipotesi sono state enunciate circa la etiologia del cancro, ma alcune hanno ormai un semplice valore storico, in altre si confondono le cause predisponenti con la causa necessaria, altre non sono sufficientemente provate o sono contraddette da altri autori.

Esorbita dal compito di questo modesto lavoro l'esame delle varie ipotesi giacchè scopo di questo saggio di mortalità per cancro tra gli assicurati è la ricerca di eventuali indicazioni per successivi studi statistici da farsi su materiale molto più vasto. Accennerò brevemente alle teorie più importanti ed a quelle che recentemente sono tornate a galla.

Thiersch riteneva il cancro dovuto al fatto che nell'età avanzata il tessuto connettivo diminuirebbe di resistenza e nella lotta dei vari tessuti dell'organismo prevarrebbero i tessuti epiteliali.

Conheim sostenne che i tumori si sviluppano da germi embrionali i quali rimarrebbero latenti pur conservando il loro carattere specifico fino all'età adulta; di poi si svilupperebbero rapidamente in seguito ad un trauma o ad altra causa.

Ma il Remack ritenne che i tumori si sviluppavano da germi embrionali dispersi o dislocati i quali si trovassero in una sede anormale.

Ribbert propugnò l'ipotesi che gli epitelii normali dislocati per invasione del tessuto connettivo neoformato, ovvero per una neoformazione di connettivo di natura infiammatoria può dare origine al carcinoma.

*

Il Brosh affermò che il tessuto normale o i supposti germi embrionali si trasformano in tumori maligni quando, iniziatosi in esso tessuto il processo produttivo, questo venga disturbato durante il suo decorso da irritazione dovuta a trauma ovvero a sostanze chimiche velenose.

Al trauma è stata data molta importanza e Virchow ammise la disposizione locale dei tessuti come condizione necessaria perchè un trauma potesse far sviluppare un tumore.

Alcuni autori sostennero la ereditarietà dei tumori maligni basandosi su alcune statistiche.

Numerose ricerche sono state fatte allo scopo di scoprire il microorganismo causa del cancro da fautori della teoria parassitaria, e sono stati descritti batteri e protozoi ai quali furono attribuiti i tumori maligni.

Il Sanfelice isolò il « *saccaromyces neoformans* » che inoculato nei cani riproduceva tumori simili ai tumori maligni dell'uomo.

Recentemente (*Medical Record*, 28 settembre 1918), il dott. James W. Shannon sostiene che il cancro sia dovuto a « protozoi ». Egli attribuisce all'acqua il compito di fornire protozoi e, a controllo di tale ipotesi, egli, con ricerche statistiche in Inghilterra e in America, conferma quanto era stato ammesso da Haviland che il cancro prevale nei luoghi dove si trovano laghi, nelle valli, ed in tutti quei luoghi situati a livello basso piuttosto che in regioni montuose o nelle vicinanze di fiumi o torrenti che scorrono rapidi. Spiega la diversa frequenza del cancro nei vari organi del corpo umano con il maggiore contatto di detti organi con l'acqua. Così la maggior frequenza del cancro dello stomaco l'autore ritiene dovuta al fatto che tutta l'acqua necessaria per i bisogni fisiologici dell'organismo è ricevuta dallo stomaco e trattenuta a lungo in esso più che in qualsiasi altra parte dell'apparecchio digerente. La porta di ingresso dei protozoi sono le lesioni delle cellule dei tessuti. Al contatto dell'acqua (lavande vaginali) con le lesioni dei tessuti attribuisce l'autore la maggior frequenza del cancro del collo dell'utero delle donne maritate in confronto delle nubili.

Leblanc (1854) credette il cancro più frequente tra i carnivori; R. Williams (1838) attribuì l'aumento di mortalità per cancro in Inghilterra all'aumento di consumo della carne. A questa ipotesi fu opposta la constatazione di tumori maligni anche nei vegetariani.

Il dott. John Round (*Medical Record*, agosto 1918) osserva che tra gli abitanti della Polinesia e Malesia, razze vegetariane, il cancro è quasi sconosciuto; quindi egli ritiene che il cancro abbondi dove vige un sistema sontuoso di vita. Afferma che raramente il cancro è stato constatato tra i negri dell'Egitto mentre nel sud Africa i Boeri e gli Europei, grandi mangiatori di carne, soffrono frequentemente di cancro e gli indigeni, vegetariani, non ne soffrono che raramente.

L'autore inoltre ritiene che il cancro possa essere considerato come una malattia da carenza in quanto il probabile parassita del cancro non può prosperare in un sangue ben fornito di vitamine giacchè egli afferma che i malati di cancro trattati con l'uso di vitamine ed ormoni vivono più a lungo e soffrono meno di quelli trattati solamente con la cura chirurgica.

Duncan Bulkley (*Medical Record*, n. 2587 del 5 giugno 1920) nel suo lavoro su « La cura del cancro » afferma che il cancro è una deviazione dal normale accrescimento delle cellule precedentemente sane dovuta a cause non ancora completamente note; iniziatosi questo accrescimento anormale, esso continua in forma distruttiva invadendo altri organi e causando in ultimo la morte del paziente se non viene in alcun modo arrestato. L'autore nega la teoria parassitaria e non ritiene che il cancro sia contagioso; manifesta la sua opinione contraria alla ipotesi che il cancro sia dovuto a residui embrionali rimasti in sito o dislocati giacchè, egli dice, questi residui embrionali sono stati trovati molto comunemente e non sempre hanno dato origine a fatti morbosi.

Egli constata la frequenza delle recidive in seguito al trattamento chirurgico locale; recidive che si verificano in sito o a distanza, dopo uno, due, tre, cinque, sei, fino a quindici anni dopo: il costante aumento della mortalità per cancro richiama l'osservazione fatta nel secolo scorso da chirurghi e medici i quali dalla frequenza delle recidive traendo la conseguenza che il bisturi non aveva potuto estirpare la malattia, attribuivano ad altra causa la recrudescenza della malattia e specialmente al regime ed al modo di vivere dei malati. L'autore, che è partigiano della cura medica del cancro, rileva che questa osservazione non è stata giustamente apprezzata dai medici.

Egli afferma che le statistiche e le attente osservazioni hanno dimostrato che la morbilità e la mortalità per cancro sono aumentate in grado allarmante con il rapido aumento della così detta moderna civilizzazione in tutte le parti del mondo. Aggiunge che si è potuto dimostrare che i popoli che vivono di riso e di prodotti vegetali, sono quasi tutti immuni dal cancro, ma che se questi popoli adottano i costumi di vita dei popoli civili, il cancro si manifesta presso di essi con un sicuro e costante aumento alle volte molto allarmante.

L'autore afferma inoltre che le statistiche mostrano che i casi di cancro sono aumentati in coincidenza dell'aumentato consumo della carne, del caffè, dell'alcool e ad un genere di vita più sontuosa.

Egli ricorda che negli ultimi anni è stata richiamata l'attenzione sugli effetti del sale sulla produzione del cancro e sull'importanza grande dell'assenza del potassio in molti alimenti quale causa di produzione di detto morbo; e da accurate esperienze di laboratorio viene dimostrata

la grande influenza che hanno certi alimenti nell'arrestare lo sviluppo del cancro che è stato inoculato negli animali.

Egli inoltre ritiene che in seguito a lunghe esperienze è stato dimostrato che una dieta assolutamente vegetariana con la completa esclusione di proteine animali ha una grande influenza sull'arresto dello sviluppo del cancro e sulla guarigione delle lesioni già esistenti. Ed aggiunge che l'esperienza ha anche dimostrato che una cura igienica appropriata diretta a ristabilire un metabolismo normale, a depurare il sangue, continuata per un certo tempo insieme ad una dieta rigorosa, può portare a guarigione.

L'A. perciò conclude che il cancro non è una malattia locale, ma essa è l'espressione di un fatto costituzionale esistente da lungo tempo. Che se si cura il tumore locale con il bisturi, con caustici, con i raggi X o con il radium, permane la causa interna sempre pronta a produrre nuove lesioni sino a determinarne la morte.

Secondo l'A. la lesione cancerigna si inizia certamente in una cellula o in un gruppo di cellule che aumentano sempre e sembra abbiano il potere di indurre le altre cellule a unirsi ad esse per aumentare la loro già eccessiva azione maligna. Queste cellule malate, come tutte le altre cellule del corpo, produrrebbero un ormone o una secrezione interna che avrebbe azione velenosa, provata con l'esperienza di laboratorio su animali. Questi ormoni velenosi alterano i corpuscoli del sangue e la emoglobina, come è stato dimostrato dal laboratorio, e si ha una anemia perniziosa che conduce alla ben nota cachessia cancerigna, che se non viene arrestata finisce con la morte. Infine l'A. conclude che il problema del cancro non è ancora risolto.

P. Menetrier, nel volume sul « Cancro » del *Nuovo Trattato di Medicina e Terapia* di P. Brouardel e A. Gilbert, cita pubblicazioni di casi di cancro anche tra gli uomini vegetariani e gli animali erbivori, riscontrandosi esso in tutta la famiglia dei vertebrati qualunque sia il modo della loro alimentazione, ed all'obbiezione della rarità del cancro nei popoli selvaggi oppone la scarsa osservazione medica tra quelle popolazioni.

Il dott. J. A. Murray recentemente, all'88° Congresso annuale dell'Associazione Medica inglese, tenutosi a Cambridge nel giugno-luglio 1920, ha affermato che la natura essenziale delle cellule cancerigne ci è ancora sconosciuta. Le cellule cancerigne debbono in qualche modo differire fondamentalmente dal tessuto dal quale esso insorge, ma finora le nostre ricerche biologiche e chimiche non sono riuscite a stabilire la natura di tali differenze.

Invero poche questioni mediche sono state così intensamente ed assiduamente studiate dal punto di vista clinico e nei laboratori; purtroppo a nessuna conclusione pratica si è fin oggi addivenuto, ed io ritengo che

allo stato delle nostre conoscenze oggi si può affermare che la etiologia del cancro rimane ancora imprecisata.

* * *

Tutti gli autori concordano nella constatazione dell'aumento della mortalità per cancro ovunque.

In Francia è affermata dal Mirman nella relazione sulle cause della mortalità in Francia nel 1912. Negli Stati Uniti F. L. Hoffmann, direttore di una Compagnia americana di Assicurazione sulla vita, ha comunicato al Congresso dei Chirurghi dell'America settentrionale, tenutosi a Chicago nel 1913, che i morti per cancro negli Stati Uniti raggiunsero la cifra di 71 mila, di cui 28.041 di cancro dello stomaco e del fegato, 9.371 dell'intestino e del peritoneo, 10.790 degli organi sessuali, 6.886 del torace, 2.769 della cavità orale. E mentre i morti per cancro rappresentavano rispetto alla popolazione nel periodo 1870-1876 il 37,2 su 100 mila abitanti, nel periodo 1907-1911 la proporzione è salita a 80,31, cioè più che raddoppiata.

L. Duncan Bulkey il tenace assertore della cura medica nel cancro, giacchè egli ritiene il cancro una malattia costituzionale, e quindi è del parere che non si possono nutrire speranze di guarigione con la cura chirurgica, come non si guarisce la sifilide con l'asportazione di una gomma, nè la gotta con l'amputazione di un dito gottoso, dimostra il sicuro aumento costante di mortalità per cancro. L'A. (*Cancer death rate in New York city during 1917 in Medical Record*, n. 2469, marzo 1918) si serve dei dati pubblicati dalla Società americana di controllo del cancro.

In ogni parte del mondo dal 1900 al 1909 la mortalità per cancro è aumentata del 23,3 per cento.

Negli Stati Uniti d'America:

Nel 1900	la mortalità per cancro fu del	63	per 100.000 ab.
» 1912	»	77	»
» 1915	»	81,1	»
» 1916	»	81,8	»

Nel solo Stato di New York:

Nel 1900	la mortalità per cancro fu del	66	per 100.000 ab.
» 1913	»	86,5	»

Nella città di New York:

Nel 1898	la mortalità per cancro fu del	63,3	per 100.000 ab.
» 1913	»	81,7	»

Durante il 1917 l'aumento di mortalità per tutte le cause di morte fu dell'1 per cento in confronto del 1916, mentre l'aumento di mortalità per cancro per lo stesso periodo di tempo fu del 5 %.

Il prof. Giorgio Florschütz in base ai dati della Compagnia di Assicurazione sulla vita « Banca di Gotha » constata l'aumento della frequenza e della virulenza del cancro negli ultimi anni.

Nel quinquennio 1891-1895 la supermortalità per cancro presso quella Compagnia era soltanto del 12,9 %, nel periodo 1904-1908 raggiunse il 40 %; e mentre nel primo periodo la mortalità raggiungeva solo il 18 % fino ai 40 anni ed il 43 % fino ai 45 anni; nel secondo periodo la mortalità era del 39 % fino all'età di 40 anni e del 61 % fino all'età di 45 anni e fra essi figuravano:

2	2	31	»
2	»	32	»
3	»	33	»

Dalle statistiche delle cause di morte nel Regno, si rileva che in Italia su 100 morti per qualsiasi causa, sono morti per tumori maligni (giacchè le nostre statistiche raggruppano in una sola voce tutti i tumori maligni) in media il 3 % nel quinquennio 1906-1910 e nel successivo quinquennio 1911-1915 il 3,46 % con un aumento quindi del 0,46 %.

Le regioni d'Italia più fortemente colpite dalla mortalità per tumori maligni sono l'Emilia e la Toscana, (V. *Annuario Statistico Italiano* 1907-1908).

* * *

L'influenza del sesso sulla mortalità per cancro fu già constatata sfavorevole al sesso femminile.

Lebert su 349 casi di cancro trovò M. 131, F. 218.

Williams su 1974 casi di cancro trovò M. 510, F. 1464.

P. Menetrier nel volume sul « Cancro » del *Nuovo trattato di Medicina e Terapia* P. di Brouardel e A. Gilbert afferma che la statistica parigina mostra che il cancro è quasi due volte più frequente nella donna che nell'uomo e che nell'inchiesta del Comitato del cancro di Berlino, fatta dai medici tedeschi, la cifra dei cancri nelle donne supera di un terzo quella negli uomini. Ma il De Bovis spiega la maggior frequenza del cancro nella donna con la maggiore intensità numerica della popolazione femminile rispetto alla maschile.

Anche in Italia le femmine hanno dato maggior contributo: infatti nel quinquennio 1911-1915 per 100 M. morti per qualsiasi causa il 3,05 in media sono morti per tumore maligno, mentre per 100 F. morte nello stesso periodo di tempo per qualsiasi causa in media sono morte il 3,87 %.

* * *

I sinistri per cancro tra gli assicurati dell'Istituto Nazionale, sia del nuovo portafoglio che di quello ceduto dalle vecchie Compagnie, sono stati dal 1° gennaio 1913 al maggio 1920 in numero di 609 assicurati con 679 contratti.

La maggior mortalità si è verificata nel gruppo di età dai 50 ai 59 anni, in cui si è avuto il 40,72 % dei sinistri per cancro.

Assicurati morti per cancro. Età alla morte.

25-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65-69		70-oltre		Totale	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
12	3	28	11	42	3	49	9	108	16	106	16	93	14	53	4	35	7	609	

Sono da notarsi i 54 casi di morte verificatisi prima del 40° anno (8,86 %) e di essi in special modo i 15 casi in cui la morte è avvenuta prima del 35° anno (2,46 %).

Nel Regno invece risulta dalle Statistiche, che l'età in cui si constata la maggiore mortalità (cifre assolute) per tumori maligni è il periodo di età dai 60 ai 69 anni mentre il periodo quinquennale di età in cui si verifica la maggiore mortalità per qualsiasi causa (cifre assolute) è quello dai 70 ai 74 anni qualora si escludano tutti i morti in età da 0 ai 19 anni.

* * *

La sede più frequente del cancro nei 609 sinistri da me esaminati è stata lo stomaco con 185 casi e cioè il 30,38 %. Segue il fegato 12,97 %, la lingua 4,60 %, ed infine a parità di frequenza (4,11 %) gli organi genitali interni e la vescica. Mentre i casi di epiteloma dello stomaco e della vescica si sono verificati con maggiore frequenza nel periodo di età dai 50 ai 59 anni, quelli a carico della lingua si sono verificati specie nel periodo di età dai 55 ai 59, quelli del fegato nel periodo dai 60 ai 64, e i casi di cancro degli organi genitali femminili interni nel periodo di età dai 50 ai 54.

L'*Annuario Statistico Italiano* per gli anni 1916-1918 pubblica un diagramma paragonando la mortalità per tumori maligni nel Regno nei due periodi di tempo dal 1887 al 1891 e dal 1912 al 1916. Quel diagramma, confermando i risultati di altre statistiche mediche, dimostra che il maggior numero di tumori maligni hanno sede nello stomaco e nell'esofago; tanto da rappresentare: per il periodo di anni dal 1887 al 1891, il 27,2 % dei tumori maligni verificatisi in qualsiasi sede, e per il periodo di anni dal 1912 al 1916 il 31,3 %.

I tumori maligni del fegato costituiscono il 16,9 % dei tumori maligni verificatisi nel primo periodo, ed il 22 % di quelli del secondo periodo,

per cui se ne deve concludere che i tumori del fegato sono in aumento mentre i tumori dell'utero, vagina ed ovaia, sarebbero in diminuzione: infatti rappresentano il 18,8 % dei tumori verificatisi nel periodo di anni 1887-1891, e l'11,2 % di quelli nel periodo 1912-1916.

Anche i tumori della mammella sarebbero in diminuzione; essi rappresentano il 7,5 % nel periodo 1887-1891, il 4,5 nel periodo 1912-1916.

Nei casi da me esaminati i cancri della mammella rappresentano il 3,45 % dei 609 casi. È da osservare peraltro che le donne più raramente adiscono alla assicurazione.

Dal suddetto diagramma dell'*Annuario* si rileva un aumento dell'1,4 % nei cancri della bocca, labbra, lingua, palato, ecc., verificatisi nel secondo periodo (1912-1916).

Che la sede più frequente del cancro sia lo stomaco è provato anche dalle statistiche di autopsia.

Dal volume sul « Cancro » del *Nuovo Trattato di Medicina e Terapia* di P. Brouardel e A. Gilbert rilevo i seguenti dati:

	Redlich	Feilchenfeld	Riechelmann
Numero dei casi	496	507	711
Sede del cancro:			
Lingua	0,2 %	1,2 %	0,9 %
Esofago	11,1 »	11,4 »	10,8 »
Stomaco	35,5 »	32,5 »	40,5 »
Intestino	11,9 »	11 »	8,3 »
Vie biliari	6,6 »	5,1 »	6,6 »
Mammella	5,4 »	6,3 »	4,2 »
Org. gen. femminili	10,4 »	14,9 »	14,7 »

Dalle statistiche degli Ospedali di Roma risulta invece che la sede più frequente del tumore nei malati di cancro ricoverati dal 1896 al 1910 è stata l'utero cui segue lo stomaco, infatti:

Labbra.	171
Lingua.	199
Guancia	62
Stomaco	1365
Fegato	385
Retto	373
Mammelle	871
Vescica	96
Utero	2106
Altre sedi	1737

Totale 7365

* * *

William J. Maye *Surgery Gynecology and Obstetrics*, aprile 1918) dopo aver osservato che il 30 per cento dei cancri negli uomini che godono di un certo grado di civiltà hanno sede nello stomaco, mentre questa sede non è frequente negli animali e negli uomini primitivi, ritenendo come fattore etiologico del cancro la irritazione cronica, egli attribuisce la causa di questa maggiore frequenza del cancro dello stomaco nelle popolazioni civili alla manipolazione dei cibi e al modo di assumerli, giacchè, egli afferma, nessuna differenza essenziale secretiva e meccanica vi è nella funzione e nella struttura dello stomaco.

Egli quindi affaccia l'ipotesi che i cibi e le bevande calde inducano le alterazioni dei tessuti che precedono le neoplasie. Convalida questa sua opinione ricordando il cancro che colpisce la regione inguino-crurale frequente presso alcune popolazioni del Kashmir le quali, per proteggersi dal freddo, adoperano uno scaldino che portano davanti l'addome; e ricorda anche il cancroide cutaneo della faccia e la così detta malattia australiana che si inizia da una irritazione della pelle prodotta dal calore eccessivo del clima. Aggiunge di avere osservato che il cancro della mammella è rarissimo nelle popolazioni che non coprono il petto con indumenti lasciandolo esposto all'aria.

Egli ricorda inoltre che è stato dimostrato all'esame dei raggi X che quando lo stomaco è pieno, se vi si introduce un liquido, questo scorre in una specie di canale formato da una speciale contrazione muscolare lungo la piccola curvatura per arrivare al duodeno. Ricorda ancora che lo stomaco non possiede epitelio pavimentoso stratificato, nè nervi sensitivi che lo proteggano e mette in rapporto questo fatto con la constatazione che l'85 % delle ulcere gastriche e dei carcinomi hanno sede nella piccola curvatura. Egli ritiene l'ulcera la sorgente potenziale del cancro dello stomaco e consiglia l'intervento chirurgico con una gastroenterostomia appena fatta diagnosi di ulcera gastrica.

Nell'anamnesi personale dei miei 185 casi di cancro dello stomaco le malattie dell'apparecchio digerente figurano per il 12,96 per cento e cioè 2 assicurati avevano sofferto di ulcera gastrica, 16 di catarro, 6 di tifo. La sifilide era stata denunciata da soli 6 assicurati (3,24 %).

In 102 casi (55,13 %) l'anamnesi risulta negativa per qualsiasi malattia.

* * *

Il D'Arcy Power in una conferenza al Royal College of England (*British Journal of Surgery*, gennaio 1919) afferma che il cancro della lingua è frequente nell'uomo, raro nella donna e non sembra legato a una predisposizione ereditaria.

Aggiunge che la prima storia esatta di cancro è quella di R. Freematt che morì nel 1634 Lord Mayor di Londra. Il secondo caso ricordato avvenne in Germania e fu considerato come una miracolosa punizione, avendo colpito un barone che era solito fare della maldicenza contro il clero.

L'A. afferma che il cancro della lingua è in aumento ed accenna ai risultati di uno studio statistico di Stevenson, secondo il quale negli ultimi 41 anni la mortalità per cancro della lingua sarebbe aumentata del 228 per cento. L'A. esamina le cause di questa aumentata frequenza. Esclude la piorrea, la quale se è aumentata in virulenza non sembra aumentata in frequenza; esclude la carie dentaria, che non sembra sia aumentata di frequenza, giacchè anche dalle osservazioni fatte sui crani dei romani trovati in Inghilterra non sembra che la carie fosse meno frequente di quanto è stato constatato nei crani dei londinesi morti negli ultimi due secoli. L'autore aggiunge che dal 1909 al 1916 furono ricoverati al St. Bartholomew's Hospital 169 malati di cancro: di essi 9 soli erano donne, e di queste 3 avevano avuto la sifilide ed in altre due la sifilide era esistita negli ascendenti.

Dei 160 uomini 93 erano sifilitici ed in genere si trattava di sifilide di antica data. L'A. ritiene che queste osservazioni confermano quelle di Arnald Reushaw e di Archibald Leiten ed indicano quindi una stretta relazione tra sifilide e cancro della lingua. Egli considera la sifilide come causa predisponente al cancro della lingua, giacchè questo è stato anche riscontrato negli animali indenni da sifilide, e ne ricerca la causa determinante nel tabacco da fumo. Il fumo agirebbe irritando la lingua con la nicotina ed aumentando il calore della bocca.

A suffragare la sua tesi l'Autore ricorda che il cancro della lingua era raro fino a che nel secolo XVI non cominciò l'uso del fumare, e che sia la malattia come l'uso del fumo sono progressivamente aumentati. Ed egli prevede che, se non si ricorrerà ai rimedi (cura della sifilide, raccomandazione ai sifilitici di non fumare, cura dentaria regolare), essendo più diffusa la sifilide e generalizzata la consuetudine del fumare, prevede che il cancro della lingua diventerà ancora più frequente. Il Dr. Austin Cary (*Medical Record*, 2605, 20 ottobre 1920) afferma che nei sifilitici è tre volte più frequente il cancro della lingua che delle altre sedi.

Nell'anamnesi personale dei miei 28 casi di cancro della lingua la sifilide compare solo in due casi (7,14 %). In quindici casi (53,5 %) non risulta alcuna malattia nell'anamnesi personale.

* * *

Nei sinistri da me esaminati la durata della malattia nel 68,14 % dei casi è stata non superiore ad un anno.

In 38 casi si accenna ad operazione chirurgica per cancro subita

dall'assicurato e a recidiva del tumore dopo l'operazione. Nel 55,26 % di questi casi di recidiva, il tempo trascorso dall'operazione chirurgica alla morte è stato non superiore ad un anno. In un solo caso la morte è avvenuta dai tre anni e mezzo ai quattro anni dopo l'atto operativo.

Nel *Medical Record* (n. 2587 del 5 giugno 1920) si riportano i risultati delle ricerche di William dalle quali risulta che in media il tempo che trascorre tra l'operazione chirurgica e la recidiva è di 9 mesi con un massimo di 35 mesi ed un minimo di 6 settimane. Jamicy in 24 casi di uomini affetti da cancro della mammella trovò che la recidiva si stabilì in 9 casi dopo 3 mesi dall'operazione chirurgica, in 11 casi da 3 a 14 mesi dopo l'operazione ed in 2 casi oltre i 24 mesi dopo.

Questi dati possono trovare pratica applicazione nell'industria dell'assicurazione vita, giacchè possono permettere l'accoglimento di alcune proposte di assicurazione fatte da persone nelle quali si può sospettare, senza esserne sicuri, l'inizio di un cancro o da individui che essendo stati operati di cancro si trovino in ottime condizioni generali di salute. In alcuni di tali casi l'applicazione di un periodo quinquennale di carenza potrà permettere l'emissione del contratto.

* * *

Onde studiare la eventuale influenza della costituzione somatica ho diviso gli assicurati morti per cancro secondo cinque tipi di costituzione da me stabiliti.

In verità, per molteplici ragioni non è facile costituire dei tipi somatici, tanto che ho trovato necessario modificare subito i tipi di cui mi sono servito per le ricerche circa la mortalità per influenza (V. *Policlinico*, Sez. pratica, 1920). E non è probabile che anche questi nuovi tipi possano subire eventuali modificazioni.

I cinque tipi, dunque, sono così costituiti:

Tipo I. Tipo normale in cui il peso è maggiore del numero dei centimetri dell'altezza, detratto il metro, diminuito del cinque per cento, e non supera del 10 % il detto numero di centimetri dell'altezza detratto il metro; inoltre la circonferenza del collo oscilla tra i 37 ed i 38 centimetri; la circonferenza toracica oscilla tra la cifra rappresentante la metà dell'altezza meno due centimetri e la metà dell'altezza aumentata di cinque centimetri; la circonferenza addominale è inferiore alla toracica.

Questo tipo si può riassumere con la seguente espressione:

$$\frac{95}{100} (A - 100) < P < \frac{110}{100} (A - 100); 37 < C \leq 38;$$

$$\frac{A}{2} - 2 \leq CT < \frac{A}{2} + 5; CAd < CT.$$

in cui P indica il peso, A l'altezza, C la circonferenza del collo CT , quella del torace e CAd quella dell'addome.

Esempio pratico: un assicurato che sia alto centimetri 170 può far parte di questo 1° tipo (normale) finchè il suo peso oscilli fra 66,500 e 77 kg.; la circonferenza del collo fra cent. 37 e 38; la circonferenza toracica fra 83 e 90 e la circonferenza addominale inferiore alla toracica.

TIPO II. Con sottopeso lieve, nel quale sarebbero compresi tutti i casi che non soddisfano a tutte le condizioni del tipo I normale, ma soddisfano per difetto di alcuno dei caratteri alle seguenti condizioni:

Il peso è inferiore al numero dei centimetri dell'altezza, detratto il metro in misura non superiore al 10 %; la circonferenza del collo oscilla tra i 37 ed i 35 centimetri; la circonferenza toracica fra la metà dell'altezza meno due centimetri e la metà dell'altezza diminuita di cinque centimetri.

Esso si può riassumere con la seguente espressione:

$$P < \frac{9}{10} (A - 100); C \leq 35; CT \leq \frac{A}{2} - 5$$

E per continuare l'esempio pratico dell'assicurando alto cent. 170, costui farebbe parte di questo secondo tipo qualora il peso di lui oscillasse fra i 66,500 ed i 63 kg.; la circonferenza del collo fra i 37 ed i 35 cent.; la circonferenza toracica fra gli 83 e gli 80 centimetri; la circonferenza addominale sarebbe sempre inferiore a quella toracica.

TIPO III, con notevole sottopeso: farebbero parte di questo III. gruppo tutti coloro che per difetto di alcuno dei caratteri non potessero entrare a far parte del tipo secondo e quindi coloro nei quali il peso, la circonferenza del collo o quella toracica siano inferiori ai limiti massimi del tipo secondo.

L'assicurando alto m. 1,70 sarà classificato in questo III tipo qualora il peso di lui sia inferiore a 63 kg., la circonferenza del collo a 35 centimetri o la circonferenza toracica ad 80 centimetri.

TIPO IV. con soprapeso lieve: in questo gruppo sarebbero collocate le persone di cui le misure somatiche non soddisfano alle condizioni del tipo normale (tipo I) per eccesso di alcuno dei caratteri. Il peso deve superare il numero dei centimetri dell'altezza, detratto il metro, in misura che oscilli tra il 10 ed il 20 % in eccesso. La misura della circonferenza del collo può oscillare tra i 38 e i 40 centimetri, la misura della circonferenza toracica potrà superare la metà dell'altezza in misura tra 5 e 10 centimetri in eccesso e la circonferenza addominale non dovrà superare di 5 centimetri la misura della circonferenza toracica.

La espressione i questo tipo sarebbe:

$$\frac{11}{10} (A - 100) < P < \frac{12}{10} (A - 100); C \geq 40; CT \leq \frac{A}{2} + 10; CAd \leq CT + 5$$

L'assicurando, alto 1,70, sarebbe catalogato in questo gruppo qualora il peso di lui oscillasse tra i 77 e gli 84 kg.; la circonferenza del collo tra cent. 38 e cent. 40; la circonferenza toracica tra 90 cent. e 95 e la circonferenza addominale non superasse i 100 centimetri.

TIPO V, con notevole soprapeso. Tutti quei casi in cui i limiti fissati per il tipo IV, fossero superati in eccesso troverebbero domicilio in questo V tipo.

Peraltro non sempre riesce facile inquadrare tutti gli assicurandi nei suddetti cinque tipi: in alcuni casi bisogna giudicare dall'insieme dei dati, dando la maggiore importanza alle misure che più caratterizzano il tipo somatico e tenendo conto di tutte le normali eccezioni come, per es., del fatto che la circonferenza addominale nelle donne che hanno partorito è spesso superiore a quella toracica mentre tutti gli altri dati sono quelli del tipo normale.

Solo per 442 assicurati mi risultano i dati somatici e li ho divisi secondo i suddetti 5 tipi. La distribuzione dei 442 casi è risultata la seguente:

	N. assoluto	%
Tipo I	43	9.73
» II	49	11.09
» III	12	2.71
» IV	159	35.97
» V	179	40.50
	<hr/>	<hr/>
	442	100.00

Donde risulterebbe la indicazione, che va certo controllata su più vasto materiale, che le persone con soprapeso andrebbero molto più facilmente soggette al cancro in confronto alle persone magre. Ricordo a questo punto la ipotesi di coloro che affermano che gli artritici sono particolarmente esposti ai neoplasmi.

* * *

Negativa è stata la ricerca di una eventuale influenza delle malattie registrate nell'anamnesi personale sul successivo sviluppo del cancro. Peraltro è necessario tenere conto della selezione medica all'ingresso in assicurazione.

* * *

Molto importante la questione della ereditarietà del cancro, specialmente dal punto di vista dell'assicurazione-vita. È classico l'esempio citato da Broca della famiglia in cui in meno di 70 anni, su 27 persone, 16 morirono di cancro.



Peraltro la quistione è molto controversa, giacchè la ereditarietà è ammessa da alcuni autori e negata da altri.

Un primo rapporto nel 1902 sui risultati dell'inchiesta istituita dal Comitato per lo studio del cancro a Berlino, presenta questa ereditarietà come problematica.

Hanseman durante le discussioni del marzo 1905 alla società di medicina di Berlino dichiarò che la ereditarietà dei tumori cancerigni è una leggenda.

Geinatz trova l'ereditarietà nell'8,6 % dei casi mentre l'11 % delle persone affette da qualsiasi malattia chirurgica contava qualche conceroso nella sua famiglia.

Snow ha trovato la ereditarietà per cancro nel 15 % dei casi mentre nelle persone sane ha trovato che il 17 % ed anche il 19 % di essi aveva avuto un caso di cancro negli ascendenti.

L'ereditarietà per cancro è stata inoltre constatata.

da Lebert	nel 13 %	dei casi
» Combes	» 9 %	»
» Paget	» 15 %	»
» West	» 16 %	»
» Vigne	» 18 %	»
» Silley	» 11 %	»
» With	» 16 %	»
» Etienne	» 10 %	»

La media delle medie trovata dai singoli autori ci dà la proporzione del 13 %.

Dalla esperienza di 14 Compagnie di Assicurazione pubblicata dalla Società degli Attuari di America risulta che la classe n. 75, costituita dagli assicurati che avevano avuto i genitori, i fratelli o le sorelle morti per cancro, in complesso ha dato una mortalità effettiva inferiore alla mortalità prevista. Solo per gli assicurati entrati in assicurazione nell'età tra i 57 e i 70 anni si è verificata una lieve supermortalità effettiva sulla prevista, che è leggermente più alta se si esclude dal periodo di osservazione il primo quinquennio dell'assicurazione durante il quale ha certo molta influenza la selezione medica. Infatti:

Antidurata da 1 a 30 anni		Antidurata da 6 a 30 anni		
Età all'ingresso	Mortalità verificatasi	Mortalità prevista	Mortalità verificatasi	Mortalità prevista
15-28	50	664.1	251	333.7
29-42	1857	2279.1	1089	1313.6
43-56	1782	1845.4	1138	1186.3
57-70	537	510.1	352	320.6
15-70	4680	5278.7	2830	3154.2

Il dott. prof. Giorgio Florschütz, esaminando la influenza dell'ereditarietà del cancro, riporta i risultati delle statistiche della Banca di Gotha.

Fra gli assicurati alla Banca di Gotha, nel periodo di tempo dal 1829 al 1878, morirono di cancro il 9,3 % degli assicurati nelle famiglie dei quali si erano verificati casi di cancro.

Per 118 dei 609 assicurati sinistrati mi manca ogni notizia sul gentilizio, per gli altri 491 quelle notizie sono complete. Ma solo in 34 casi, e cioè nel 6,9 % si constata un caso di cancro negli ascendenti e collaterali così distribuiti:

	Cifre assolute	%
Casi di cancro nel padre.	8	1,63
» nella madre	16	3,26
» nei nonni paterni	1	0,20
» nei nonni materni	0	0,00
» nei fratelli.	3	0,61
» nelle sorelle	6	1,22
Nessun caso di cancro nel gentilizio	457	93,08
Totale	491	100,00

La percentuale dei casi con eredità cancerigna positiva è molto piccola (circa del 7 %); si nota ad ogni modo una maggiore ricorrenza di casi nei genitori (24 casi) e specialmente nella madre (16 casi).

Preoccupato che una causa di errore in queste ricerche potesse essere la mancata denuncia da parte degli assicurati dei casi di cancro verificatisi nella loro famiglia, ho selezionato tutti i sinistri dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni avvenuti nello stesso periodo di tempo per qualsiasi causa di morte, ma nel gentilizio dei quali risultasse un caso di cancro.

Ed ho trovato 258 sinistri nei quali all'ingresso in assicurazione l'assicurando aveva denunciato un caso di cancro negli ascendenti e collaterali.

Di questi 258 casi con gentilizio tarato per cancro, solo 34 sono morti per carcinoma, e cioè il 13,18 %

La differenza fra le due percentuali 6,9 per mille e 13,18 per mille è così forte che fa pensare come, effettivamente, pur tenendo conto di tutte le altre cause, alcuni assicurandi non dichiarano ai fiduciari i casi di cancro verificatisi negli ascendenti e collaterali.

Di qui si rileva ancora una volta come spesso gli assicurandi dimenticano di dire al medico fiduciario tutti i dati riguardanti la loro anamnesi, per cui è utile che il fiduciario, nel raccogliere i dati riguardanti il gentilizio e le malattie pregresse ricordi all'assicurando, che non sa bene precisare i dati, tutte le malattie più importanti.

Esaminando particolarmente il gentilizio dei 258 casi suddetti ho

trovato che in 15 casi il cancro si era verificato nei nonni, e di essi 15 uno solo era morto per carcinoma; in 28 casi il cancro si era verificato nei fratelli o sorelle, e di essi 9 erano morti per la stessa malattia; in 215 il cancro era a carico dei genitori e 24 di essi erano morti per cancro.

Casi di cancro	N.	Discendenti morti p. cancro	%
nei nonni	15	1	6,67
nei genitori	215	24	11,16
nei fratelli e sorelle	28	9	32,14
	---	---	---
Totale	258	34	13,18

La percentuale della eredità per cancro nei casi di mia osservazione è uguale alla media percentuale trovata dagli autori (13 %), e sebbene non sia alta, pure è da notarsi la maggiore frequenza del carcinoma nei genitori e specialmente nella madre.

Questi dati possono avere la loro importante applicazione pratica nello stabilire i criteri per l'accettazione in assicurazione dei rischi di assicurandi, di cui il gentilizio è tarato per la presenza del cancro in famiglia.

* * *

Il compito del medico fiduciario di un Istituto di Assicurazione-Vita non è lieve.

Egli, raccogliendo i dati del gentilizio, deve insistere onde accertare se vi furono nella famiglia dell'assicurando anche casi di cancro.

Spesso l'esaminando sostituisce alla parola cancro denominazioni le più strane, qualche volta sia perchè egli non ne conosce la importanza, sia perchè, avendo cognizioni circa la ereditarietà di detta malattia, egli non vuole accusarla o temendo che il contratto di assicurazione possa essergli negato, ovvero perchè a lui non piace far conoscere ad altri questo dato negativo del suo gentilizio.

Il medico però, infondendo fiducia nell'assicurando e facendo insistenti domande circa i sintomi e la durata della malattia cui l'assicurando attribuisce la morte degli ascendenti e che possono destare il sospetto che si tratti di cancro (malattie di stomaco, utero, ecc.), riesce il più delle volte a stabilire la vera causa di morte dei parenti dell'assicurando.

Nel raccogliere l'anamnesi personale il medico deve insistere onde accertare eventuali disturbi dell'apparecchio digerente (disturbi della digestione, perdite emorroidarie, ecc.), degli organi sessuali femminili (disturbi mestruali, leucorrea, ecc.).

Peraltro spesso gli assicurandi ritengono che la visita medica per l'assicurazione-vita non sia che una semplice formalità, non dissimile dal troppo comune certificato di buona salute che si può ottenere con una certa facilità. E per questa ragione essi si presentano al medico fiduciario desiderosi di sbrigarsi rapidamente, senza perdere troppo tempo, dichiarando subito di star bene, e molto facilmente dimenticano tutti i disturbi subiettivi, che raccontano invece e con un lusso di particolari al loro medico curante. È compito del fiduciario sapersi accattivare la simpatia dell'assicurando dimostrando con i fatti e senza chiacchiere, e cioè con un esame del candidato fatto rapidamente, ma bene, che al disopra dell'affare vi è la salute dell'assicurando e che il fiduciario (il quale è tra i migliori medici) può rassicurarlo, eventualmente, della buona salute di lui.

Come il chirurgo, il fiduciario dell'assicurazione deve procedere *cito, tute et iucunde*.

Anche *iucunde*, perchè il candidato non si stanchi e non si annoi per la visita medica; ma che esca dal gabinetto del fiduciario contento di aver trovato un professionista abile, dal quale si è sentito confortare sul buono stato della propria salute.

L'esame obbiettivo non solo deve essere fatto con maggiore attenzione per quelli organi e tessuti che sono più facilmente sede del cancro, e per l'apparecchio glandolare linfatico, ma con speciale riguardo devono essere esaminate tutte quelle cosiddette manifestazioni precancerose o lesioni che possono diventare cancro.

Oltrechè le ulceri preesistenti e le piaghe, che invero inducono di regola gli Istituti assicuratori a rinviare il rischio a guarigione di dette affezioni, un esame accurato meritano le leucoplasie e le screpolature in sedi ove frequentemente si sviluppa il cancro, specialmente delle labbra, della lingua, ecc.; le lesioni della pelle (per es. un eczema cronico, specie a livello del capezzolo delle mammelle nelle donne), dei nei, delle verruche e di qualsiasi tumore benigno esposto per la sua sede a frequenti irritazioni. È superfluo accennare alle gravi difficoltà per una diagnosi di cancro iniziale e specialmente degli organi addominali e dell'utero, e come qualche volta un'attenta palpazione dell'addome, specialmente nella regione ipogastrica, può mettere il medico sulla strada per fare la diagnosi.

* * *

Il Dr. J. WEILL MANTOU (*Manuel du médecin d'assurances sur la vie*), è del parere che:

1° La presenza di un caso isolato di cancro può essere compatibile con l'accettazione.

2° La presenza di casi multipli di cancro negli antecedenti con-

troindica in generale l'assicurazione, e tanto più se il candidato si avvicina all'età in cui il cancro ha mietuto vittime nella famiglia di lui.

Il Dr. E. MAREAU (*Dictionnaire de médecine a l'usage des assurance sur la vie*, Paris, 1890), afferma:

Sono da accettarsi i candidati che abbiano avuto il padre e la madre morti di cancro se essi sono ben portanti, di preferenza giovani, purchè alcuno dei suoi prossimi parenti (fratelli, sorelle, zii o zie) sia affetto da cancro.

Sono da accettarsi con riserva i candidati che abbiano avuto il padre e la madre morti di cancro, se essi sono ben portanti, ma se qualcuno dei parenti sia affetto da cancro.

Da rifiutarsi tutti i candidati affetti da cancro, qualunque sia la varietà di esso e la sede che occupa.

Il Dr. LEOPOLDO FEILCHENFELD (*Zeitfaiden der arztlichen Versicherungs praxit*, Berlin, Wien 1903) afferma, che il cancro, dopo la tubercolosi, è una delle cause più frequenti di morte. Cita una statistica di Wutzdorff, secondo la quale nei 20 anni precedenti si è constatato in Germania un aumento di mortalità del 266 %, e riporta l'affermazione dello stesso autore che attualmente il cancro colpisce la popolazione in una età più giovane che non facesse precedentemente.

Il Feilchenfeld constata che non vi sono sintomi precoci rilevabili che ci possano far prevedere che successivamente si svilupperà un cancro. Ricorda che Langenbeck, quando constataba dei nei troppo pigmentati, sospettava sempre che in seguito si sarebbero mutati in carcinoma. accennava all'affermazione di alcuni scienziati che il cancro sia una malattia infettiva. Riporta la credenza di aver osservato nelle famiglie una ereditarietà alternata fra cancro e tubercolosi, per cui mentre in una generazione si sviluppa la tubercolosi, nella successiva si svilupperà il cancro.

Egli è del parere che se lo stato presente dell'assicurando è perfetto e vi è solo nella famiglia un caso di cancro, il rischio si può accettare aumentando l'età dell'assicurando di 10-15 anni; ma se l'assicurando ha oltrepassato i 45 anni il rischio si debba rifiutare e si debbano inoltre rifiutare assicurandi che abbiano avuto in famiglia di recente dei casi di cancro, per es.: si deve rifiutare il contratto di assicurazione ad uno dei coniugi se l'altro è morto di cancro.

Il Dr. HAVILLAND HALL (*The medical examination for life assurance*, 1906), constata che negli ultimi 50 anni la mortalità per cancro si è quadruplicata e che è stato notato come il cancro si sviluppa specialmente tra le persone di buona condizione sociale, che sono poi quelle che più facilmente si assicurano, e che le donne sono più esposte alla morte per cancro.

Egli è dell'opinione che un uomo che si assicura

Se ha avuto un caso di cancro in famiglia può essere accettato senza riserva;

Se vi sono stati due casi bisogna applicare un soprapremio;

Se poi ambedue i genitori fossero morti per cancro, la proposta dovrebbe possibilmente essere rifiutata.

Ammonisce inoltre di essere più severi con le donne:

Se l'assicuranda ha avuto uno dei genitori, e specialmente la madre morti per cancro, si dovrebbe applicare un soprapremio;

nei casi in cui oltre la madre anche un altro parente o affine è morto per cancro il soprapremio deve essere maggiore ovvero preferibilmente si deve rifiutare il rischio.

Aggiunge che si deve tener conto dell'età dell'assicurando; per cui, se un assicurando nell'anamnesi familiare del quale figura un caso di cancro è in età inferiore ai 40 anni, il rischio può essere accettato a condizioni ordinarie o con moderato soprapremio, ma se l'assicurando ha oltrepassato i 50 anni è necessario applicare un più forte soprapremio o possibilmente rifiutarlo.

Egli consiglia per gli assicurandi nella anamnesi familiare dei quali vi è un caso di cancro un contratto di assicurazione che vada a scadere all'età di 50-55 anni.

Io ritengo che si possa accettare senza riserva un assicurando giovane il contratto di assicurazione del quale vada a scadere intorno al 55° anno di vita quando nella famiglia di lui vi è stato un caso di cancro.

Che se il gentilizio è tarato per la presenza di più di un caso di cancro, se sono stati colpiti dal cancro i genitori, e specie la madre, e l'assicurando non è più in età giovane, ritengo si possa emettere il contratto con l'applicazione di un lieve soprapremio.

Gli assicurandi affetti di cancro devono senz'altro essere rifiutati. Eccezionalmente in alcuni casi in cui si sospetti, senza aver dati sicuri per ammetterlo, la presenza di un cancro iniziale nell'assicurando, il rischio potrebbe eventualmente essere accettato con un periodo di carenza non inferiore a cinque anni, ed alle stesse condizioni potrebbe eventualmente essere accettato il rischio di un assicurando che fosse già stato operato di cancro ma che si trovasse in ottime condizioni di nutrizione.

Roma, settembre 1920.

