



MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI

COMMISSARIATO DELL'EMIGRAZIONE

BOLLETTINO DELL'EMIGRAZIONE

Anno 1907.

N. 4.

SOMMARIO.

Notizie sul servizio sanitario a bordo delle navi addette al trasporto degli emigranti durante l'anno 1905 (*Relazione del tenente colonnello medico nella R. marina cav. uff. dott. A. MONTANO*).



ROMA

TIPOGRAFIA NAZIONALE DI G. BERTERO E C.

VIA UMBRIA

1907

NOTIZIE SUL SERVIZIO SANITARIO

a bordo delle navi addette al trasporto degli emigranti durante l'anno 1905, ricavate dai giornali e dalle relazioni dei medici viaggianti.

(Relazione del dott. **A. MONTANO**, tenente colonnello medico nella R. Marina)

I.

La presente relazione, seguendo l'ordine delle due precedenti (1), prende nella prima parte in esame l'emigrazione al Sud e nella seconda quella al Nord-America, riassumendole poi entrambe nella terza parte del lavoro.

Tuttavia per rendere più completo il quadro dello stato sanitario dei nostri emigranti durante la traversata, si è creduto opportuno di aumentare i prospetti statistici riferentisi a ciascuna delle due prime parti, di un elenco delle lesioni violente riportate dagli stessi emigranti a bordo per disgraziati accidenti (cadute in coperta, o per le scale di bordo o dalle cuccette a causa del rollio, ferite da schiacciamento o da strappamento per i verricelli, i frenelli del timone, la chiusura di porte, scottature, ecc.).

Nel tempo stesso, perchè si possa abbracciare con uno sguardo la morbosità, divisa per malattie comuni, chirurgiche, infettive e mentali e la mortalità verificatesi fra gli emigranti ed i rimpatrianti nell'anno 1905, nella tavola II sono stati disegnati due grafici: il primo dei quali riguarda il Sud, ed il secondo il Nord-America.

Inoltre è stato aggiunto un nuovo quadro tanto a quelli che trattano del movimento e delle malattie degli emigranti al Sud, come agli

(1) V. Annali di medicina navale, 1904 e Bollettino dell'emigrazione, n. 20, anno 1905.

altri che rispecchiano gli stessi fenomeni per gli emigranti al Nord-America, contenente le medie della morbosità e mortalità per gli anni 1903, 1904 e 1905, affinché riesca più facile il confronto; sebbene il periodo di osservazione sia di tanta brevità, da non dar adito finora a ricavarne delle illazioni, senza la possibilità di vederle facilmente demolite da considerazioni ulteriori.

A viemaggiamente facilitare questo confronto, la parte terza è stata aumentata non soltanto del quadro delle medie della morbosità e mortalità presentata dagli emigranti e dai rimpatrianti negli anni 1903, 1904 e 1905, ma anche da uno specchio comparativo delle medie delle malattie, divise in infettive e diffusive, chirurgiche, mentali e comuni con l'esito di esse e ciò per i viaggi di andata e ritorno e per gli anni 1903, 904, 905.

Inoltre, in un altro quadro sono stati indicati, con cifre assolute e proporzionali, i casi di malattie infettive e diffusive verificatisi negli anni 1903, 904, 905, considerandoli prima nei viaggi di andata e di ritorno tanto del Sud che del Nord-America, poi complessivamente nei viaggi di andata e ritorno per le due destinazioni.

Il totale generale dei casi di malattie infettive ottenuto sommando insieme i colpiti nel viaggio di andata e di ritorno tanto del Nord che del Sud per ciascuno degli anni 1903, 904, 905 è dimostrato da un successivo grafico (vedi tavola III).

Non è inutile notare che le medie tutte, comprese nel presente lavoro, si riferiscono al per mille degli emigranti o dei rimpatrianti, dappoi chè, non servendo le infermerie di bordo che per il ricovero temporaneo degli ammalati, non interessa tanto il conoscere la proporzione dei guariti, non guariti e morti sul totale dei malati, come si pratica nei luoghi di cura definitiva, quanto l'accertare su mille emigranti quanti ammalarono, quanti guarirono, morirono, o furono inviati in un luogo di cura a terra.

Si è creduto necessario di persistere nel distinguere l'emigrazione del Sud da quella del Nord-America, perchè come già si è detto altre volte e non è inutile ripetere, non solo le due correnti migratorie vanno studiate partitamente dal lato igienico e sanitario per le diverse con-

dizioni climatiche che affrontano durante la traversata, ma anche per la diversità degli elementi che contribuiscono a formarle. Infatti la corrente d'emigrazione al Nord-America è alimentata da uomini giovani, di cui una visita medica rigorosa ha constatato, prima dell'imbarco, l'ottimo stato di salute, mentre sono relativamente pochi le donne e i bambini che ne fanno parte.

Al contrario, fra gli emigranti al Sud-America abbondano non solo gli uomini che non danno molto affidamento nella robustezza della loro costituzione, spesso minata da privazioni d'ogni genere o da pregresse malattie, ma eziandio i vecchi, le donne e i bambini. Sono famiglie intere che seguono il loro capo che va in cerca di fortuna, o per lo meno di pane, o che viaggiano per raggiungere i congiunti validi, partiti precedentemente, i quali hanno trovato un impiego lucroso.

Inoltre, mentre gli emigranti del Nord-America appartengono per la quasi totalità all'Italia meridionale ed alla Sicilia; quelli del Sud provengono in maggioranza dall'alta Italia, il che contribuisce a dare alle due emigrazioni una fisionomia diversa che si ripercuote sull'assetto igienico e sanitario di bordo, date le abitudini speciali a ciascuna regione.

Insieme alla divisione dell'emigrazione nelle due correnti di Nord e Sud si è mantenuta la partizione di ciascuna di esse, in corrente di andata e in corrente di ritorno; dappoichè lo stato sanitario di bordo nei viaggi di ritorno diversifica notevolmente da quello dei viaggi di andata, per la grande quantità di infermi di malattie contagiose che rimpatriano, e nel 1905 furono in numero di gran lunga superiore a quello degli anni precedenti, a cagione della larghezza usata dai medici di bordo nel permettere l'imbarco di malati gravi; e financo di quelli che non davano affidamento di poter sopravvivere al viaggio.

Le oftalmie, gli stati anemici gravi, i reliquati della malaria e di tutte le effezioni proprie delle regioni tropicali predominano fra i connazionali che rimpatriano dal Sud-America mentre fra quelli che tornano dal Nord-America regna la tubercolosi, seguita a distanza per ordine di frequenza dalle nevrosi, dai postumi di traumatismi, dal

reumatismo articolare, dalle malattie cardiache, gastriche e vescicali. Si può calcolare che il 30 per cento dei rimpatrianti dal Nord ritorna in Italia per ragioni di salute o colla speranza di ottenere la guarigione dal clima natio, o perchè ridotto allo stremo di risorse finanziarie per le spese incontrate in vari tentativi di cura, non trova un Istituto che gli accordi ospitalità.

Di tutti questi malati figurano nella statistica soltanto quelli che, avendo necessità di cure speciali o potendo costituire un pericolo per la salute degli altri passeggeri, sono ricoverati all'infermeria.

Degli altri rimpatrianti, la grande maggioranza è costituita da gente che sebbene esente da infermità, si presenta sfiduciata, fisicamente deperita dalle privazioni e dagli strapazzi e moralmente avvilita dall'insuccesso dei tentativi fatti per rintracciare la via alla fortuna sognata prima della partenza dall'Italia. Non deve quindi meravigliare se l'organismo di molti dei rimpatrianti non è più suscettibile di difendersi validamente dagli attacchi di qualsiasi infermità.

Pertanto, più che alle condizioni speciali dell'ambiente delle navi e della vita di bordo, le affezioni che possono insorgere fra i rimpatrianti durante la traversata, sono da riferirsi al loro stato generale prima dello imbarco ed alle malattie da essi precedentemente sofferte.

Risulta perciò evidente che, volendo formarsi un concetto della influenza che può esercitare la vita di mare sulla massa degli emigranti, sono da prendersi preferibilmente in esame i 100,342 emigranti che nell'annata traversarono l'Oceano diretti al Sud America ed i 222,679 che si diressero al Nord, anzichè i 42,727 connazionali rimpatriati dal Sud ed i 65,145 ritornati dal Nord America.

Premesse queste indispensabili spiegazioni, si passa ora ad accennare rapidamente prima pel Sud America e poi pel Nord i fatti più salienti, ricavati dai giornali sanitari dei piroscafi partiti nel 1905, di cui la tavola I contiene il movimento mensile, comparato con quello degli anni precedenti, che, ad eccezione di qualche caso speciale, presenta un andamento quasi costante.

PARTE I.

Viaggi per e dall'America del Sud.

Si ebbe durante l'anno 1905 nei viaggi di andata, un contingente di malati inferiore a quello riscontrato nell'anno 1903, ma superiore a quello dell'anno precedente, come si può osservare nel quadro 5° della parte I, inversamente a ciò che si è constatato per la mortalità, che nel 1905 fu inferiore a quella del 1904.

Il quadro 14° della parte III prova come l'aumento della media di malati che fu di 14.92 per mille emigranti nell'anno 1905, mentre quella del 1904 che si rilevò di 12.60 per mille, venne dato in gran parte dalle malattie infettive e diffuse e più specialmente dall'aumento di casi di morbillo (0.26 per mille nel 1904, 2.02 per mille nel 1905) e della malaria (0.88 per mille nel 1904, 1.08 per mille nel 1905).

Fu il morbillo che contribuì fortemente ad innalzare la media della morbosità dei bambini di età inferiore ai 5 anni portandola da 32.74 per mille, che tanto era nel 1904, a 43.09 per mille nel 1905, mentre, quasi esclusivamente a causa della malaria, la media della morbosità degli uomini da 8.92 per mille nel 1904 saliva a 10.89 nel 1905.

Anche nel ritorno si verificò una più alta media di morbosità comparativamente all'anno precedente, vale a dire di 20.43 per mille nel 1905, mentre nel 1904 era di 15.03; e questa elevazione fu accentuatissima specialmente per le donne, che nel 1904 ebbero il 10.51 per mille di malate e nel 1905 il 20.86.

Ma poichè, pur essendo aumentati gli ammalati nella proporzione anzidetta, ne è diminuita di molto la mortalità, il che si può riscontrare dal quadro 5° della parte I, devesi concludere che, specialmente nei viaggi di ritorno e più spiccatamente a favore delle donne, siasi concessa ospitalità nelle infermerie ad un numero maggiore di colpiti da leggere indisposizioni, che negli anni precedenti erano curati ambulatoriamente; e di ciò si ha la prova nello scorrere le tabelle cliniche dei giornali sanitari di bordo, e nel consultare le medie dei guariti contenute nel quadro 14, parte III.

QUADRO N. 1 (Parte I).

Morbosità presentata dagli emigranti durante i viaggi di andata
per l'America del Sud nell'anno 1905.

EMIGRANTI	NUMERO degli emi- granti	MALATI ricove- rati nell'in- fermeria	ESITO DEI MALATI			MEDIA PER MILLE	
			guariti	sbarcati non guariti	morti	dei malati	dei morti
Uomini	68,110	742	605	124	13	10.89	0.19
Donne	19,763	282	230	49	3	14.26	0.15
Bambini dai 5 ai 10 anni .	6,414	185	146	35	4	28.84	0.62
Bambini sotto i 5 anni .	7,055	304	220	62	22	43.09	3.11
Totale . . .	101,342	1,513	1,201	270	42	14.92	0.41

Parti: A termine 21 — Prematuri 4 — Aborti 10.

QUADRO N. 2 (Parte I).

Morbosità presentata dai rimpatrianti durante i viaggi di ritorno
dall'America del Sud nell'anno 1905.

RIMPATRIANTI	NUMERO dei rimpatrianti			MALATI ricoverati all'infermeria	ESITO dei malati			MEDIA per mille		
	volontari	per motivi di salute	per altre cause		Totale dei rimpatrianti	guariti	sbarcati non guariti	morti	dei malati	dei morti
Uomini	27,045	57	32	27,134	476	230	223	23	17.54	0.84
Donne	7,297	19	18	7,334	153	94	56	3	20.86	0.40
Bambini dai 5 ai 10 anni .	3,335	4	12	3,351	86	71	14	1	25.66	0.29
Bambini sotto i 5 anni .	4,895	4	9	4,908	158	101	45	12	32.19	2.44
Totale . . .	42,572	84	71	42,727	873	496	338	39	20.43	0.91

Parti: A termine 22 — Aborti 2.

QUADRO 21 (Parte I).

Elenco delle malattie seguite da morte a bordo dei piroscafi in servizio di emigrazione durante i viaggi sia di andata che di ritorno dal Sud America nell'anno 1905.

CAUSE DI MORTE	DECESSI VERIFICATISI NEL VIAGGIO DI										TOTALE GENERALE
	Andata					Ritorno					
	Uomini	Donne	Bambini dai 5 ai 10 anni	Bambini sotto i 5 anni	Totale	Uomini	Donne	Bambini dai 5 ai 10 anni	Bambini sotto i 5 anni	Totale	
Annegamento	2				2	2				2	4
Ascesso epatico						1				1	1
Atresia				5	5				3	3	8
Anemia perniciosa	1				1						1
Avvelenamento da alcool		1			1						1
Bronchite			1	1	2	1			1	2	4
Bronco-polmonite									1	1	1
Cardiopatia				1	1	2			2	2	3
Cianosi									1	1	1
Collasso		1			1						1
Demenza acuta						1				1	1
Dissenteria									1	1	1
Eclampsia				3	3						3
Elmintiasi	1		1		2						2
Emorragia (partoriante)							1			1	1
Encefalite				1	1						1
Endocardite						1				1	1
Febbre gialla							1			1	1
Frattura della base del cranio						1				1	1
Gastroenterite		1		7	8	2		1	4	7	15
Ittero grave						1				1	1
Morbillo				1	1						1
Marasma senile							1			1	1
Meningite	1				1						1
Malaria (perniciosa)	1				1						1
Nefrite	1				1						1
Polmonite	3			1	4	1				1	5
Pioemia				1	1						1
Pertosse				1	1						1
Tifoidea	2	2			4						4
Tubercolosi meningea	1				1				1	1	2
Id. polmonale						7				7	7
Uremia						1				1	1
Vaiolo						2				2	2
<i>Totale</i>	13	3	4	22	42	23	3	1	12	39	81

Fra i piroscafi che trasportarono emigranti nel Sud America i seguenti ebbero la più alta percentuale di malati:

PIROSCAFI	PORTO DI PARTENZA E DATA	PERCENTUALE	CAUSA predominante dell'alta percentuale
Equità	Genova 7 gennaio 1905	3.36	Influenza
Città di Genova	" 15 gennaio " (toccando Napoli)	5.96	Influenza
La Plata	" 4 febbraio "	3.36	Influenza
Savoia	" 9 febbraio "	5.85	Influenza
Espagne	" 18 febbraio "	3.61	Autointossicazione intestinale
Ravenna	" 11 marzo "	3.01	Disturbi gastrici
Las Palmas . . .	" 15 aprile " (toccando Napoli)	4.45	Morbillo
Toscana	" 22 aprile "	3.82	Autointossicazione intestinale
Savoia	" 1° giugno "	9.00	Morbillo
Ravenna	" 29 luglio "	3.05	Autointossicazione intestinale
Città di Milano	" 15 settembre " (toccando Napoli)	2.80	Malaria
Florida	" 18 settembre "	3.40	Disturbi gastrici
Città di Reggio	" 30 settembre "	2.65	Morbillo
Città di Torino	" 9 dicembre "	3.42	Infezioni varie

È tipico il caso del piroscafo *Ravenna*, che dopo aver presentato un'alta percentuale di malati nei viaggi d'andata, di marzo e di luglio, ebbe a bordo, come si dirà in seguito più ampiamente, dei colpiti di tifoidea in un viaggio successivo; ed è pure interessante il caso del piroscafo *Città di Torino*.

Su questo piroscafo che trasportava 1401 passeggeri, sette giorni dopo la partenza da Genova, fecero contemporaneamente comparsa il vaiuolo (in un passeggero di nazionalità spagnuola) ed il morbillo, a cui si accompagnò a distanza di nove giorni la varicella.

L'epidemia di varicella continuò ininterrotta fino alla fine del viaggio, mentre dai primi casi isolati di vaiuolo e di morbillo agli altri successivi corsero circa 12 giorni.

In complesso sono stati ricoverati nell'ospedale 48 passeggeri malati, di cui 27 con morbillo, uno con vaiuolo, due con vaiuoloide e 13 con varicella.

Essendo i dormitori tutti al completo di passeggeri, il medico dovette rinunciare a farli sgombrare totalmente e rassegnarsi a far delle parziali disinfezioni, senza riuscire ad arrestare la diffusione delle malattie suindicate; ciò che lo induce a proporre che un dato locale di bordo, il quale potrebbe essere normalmente adibito a salone di ritrovo dei passeggeri di terza, serva eventualmente di succursale all'ospedale: e a domandare che le infermerie d'isolamento sieno collocate lontano da quelle destinate ai malati comuni, poichè è convinto che due dei colpiti di vaiuolo abbiano contratta l'infezione nell'ospedale.

*
*
*

Anche in quest'anno, come già pel passato, le affezioni predominanti fra le comuni, nei viaggi al Sud, furono quelle dell'apparato digerente; dipendenti non solo dal cambiamento repentino di sistema di vita e di nutrizione, ma anche dalle condizioni climatiche estremamente variabili, alle quali vanno incontro i passeggeri che attraversano l'Equatore, condizioni che aggravano le conseguenze dei disordini dietetici commessi dagli emigranti nei giorni che precedono la partenza, e gli eccessi del bere cui s'abbandonano a bordo, malgrado la sorveglianza che si esercita, eccessi provocati in parte da viziosa abitudine ed in parte dalla forzata inerzia, dal caldo eccessivo e dal malessere prodotto dal mare, che li trascina a ricorrere ai cibi più inadatti acquistati di nascosto, credendo essi, erroneamente, di risvegliare così l'appetito mancante, mentre non fanno che rendere più acuti i loro malanni.

Disgraziatamente gli emigranti sogliono trattare i loro bambini con

criteri dietetici non diversi. Bene a ragione scrivono i regi Commissari che l'imbarco di un grande numero di bambini costituisce sempre la maggiore delle preoccupazioni per il medico di bordo, per le difficoltà di assisterli e mantenerli in buone condizioni igieniche, difficoltà aumentate dall'ignoranza e dai pregiudizi dei parenti.

Spossati dal viaggio compiuto nelle condizioni più disagiati per recarsi dal paese nativo al porto d'imbarco, i poveri piccini sui quali più intensamente gravita lo strapazzo proveniente dall'abbandono della propria casa, e delle giornate interminabili passate nelle stazioni ferroviarie od in osterie di infimo ordine, o davanti agli uffici, soventi esposti alle intemperie durante le lunghe attese, nutriti di un latte che certamente lascia a desiderare, spesso impinzati di cattivi cibi, solidi, arrivano a bordo già sofferenti. Le madri però, anzichè presentarli al medico preferiscono curarli con le medele che portano seco come viatico, e quando infine, aggravandosi i piccoli infermi, sono costrette a ricorrere al sanitario ed a concedere che sieno ricoverati in quella infermeria, che incute a loro un grande sgomento, tutti i mezzi tentano per eludere le prescrizioni del curante, aiutate dalle compagne, dagli altri ammalati adulti, dal personale di servizio, ignorante e facile ad essere corrotto, pur di non vedere, come esse dicono, la loro prole deperire per mancanza di vitto sufficiente.

In queste condizioni, e specialmente sui piroscafi diretti al Sud-America, sui quali imbarcano molti bambini e quindi riesce meno facile il sorvegliarli, il regime di minestrine e di dieta lattea prescritto dal medico è rispettato molto difficilmente, dimodochè molti casi di enterocolite danno luogo ad esiti infausti.

Tuttavia nell'anno 1905 la mortalità per gastro-enterite nei bambini di età inferiore ai cinque anni — che, come si è detto nella precedente relazione, aveva molto preoccupato in seguito ai risultati forniti dalle medie del 1904 — fu invece inferiore a quella verificatasi nel periodo immediatamente precedente, come si può rilevare dal seguente quadro :

Casi di morte per gastro-enterite in bambini sotto i cinque anni, verificatisi nei viaggi di andata e ritorno, sia dall'America del Nord che dall'America del Sud, negli anni 1903, 1904 e 1905.

ANDATA					RITORNO					
ANNI	Destinazione al Nord o al Sud	Numero dei bambini sotto i 5 anni emigrati	Casi di morte per gastro-enterite	Media per mille sul totale degli emigranti	ANNI	Provenienze dal Nord o dal Sud	Numero dei bambini sotto i 5 anni rimpatriati	Casi di morte per gastro-enterite	Media per mille sul totale dei rimpatrianti	MEDIE TOTALI
	Nord . .	9,014	"	0.22		Nord . .	2,336	6	2.56	0.70
1904	Sud . .	5,100	11	2.15	1904	Sud . .	5,942	5	0.84	1.44
	Nord . .	7,083	1	0.14		Nord . .	5,363	11	2.05	0.96
1905	Sud . .	7,055	6	0.85	1905	Sud . .	4,908	2	0.40	0.66
	Nord . .	12,057	7	0.57		Nord . .	3,437	2	0.58	0.58

Esaminando questi dati si potrebbe ricavarne la lusinghiera convinzione che i consigli impartiti per la provvista di latte a bordo dei piroscafi, e le istruzioni emanate perchè sia esercitata una severa sorveglianza al momento di distribuirlo e, quel che più monta, le cure assidue dei medici di bordo, abbiano portato i buoni risultati che si riscontrano; se quanto accadde nel 1903, cioè in un'epoca precedente a tutte le disposizioni suddette, non fosse pronto ad ammonire come trattandosi di non molti decessi, basti l'imbarco di due o tre bambini già in istato grave per variare notevolmente la media della mortalità.

Nè, d'altra parte, i medici di bordo possono rifiutarsi a ricevere a bordo un bambino infermo, perchè condannerebbero per tal modo

tutta una famiglia ad un grave disastro economico costringendola a rinunciare al viaggio.

Oltre ai casi di decesso per gastro-enterite nei bambini, si ebbe a verificarne anche uno per avvelenamento da alcool che merita d'esser qui riportato:

Fiore Trotta, di anni 6, narra il medico di bordo, del piroscalo *Indiana*, che nel mese di novembre navigava verso Buenos Ayres, è sempre stato bene fino a ieri sera, quando si è coricato colla madre. Stamane, verso le 6.30, la madre svegliandosi ha trovato il figlio senza conoscenza, insensibile, e lo ha portato subito all'ospedale di bordo. Quivi io ed il secondo medico di bordo abbiamo constatato che il Trotta era in istato di grave coma da intossicazione alcoolica. La madre ha raccontato che il bimbo, nella notte, doveva aver bevuto una mezza bottiglia di acquavite, che una donna vicina teneva con sè e che trovò vuota al destarsi. Difatti il bambino mandava forte odore di acquavite dalla bocca e dal naso, aveva il viso pallido, respiro stertoroso, irregolare (25.30 al m.), temperatura 36.5, polso piccolo, aritmico (98 al m.); insensibilità delle congiuntive e delle cornee e di tutto il corpo; perdita completa di coscienza, pupille dilatate e che non reagivano, nè alla luce nè al dolore, labbra livide. Si è subito fatto, senza alcun esito, una iniezione di apomorfina ed il lavaggio dello stomaco, dal quale non si estrasse alcun liquido. Si è introdotto nello stomaco caffè nero con 12 gocce di ammoniacca, e si sono praticate frizioni, massaggio, inalazioni d'ossigeno, iniezioni di caffeina e di stricnina; ma tutto riuscì inutile. Il bambino non ha fatto alcun mutamento in meglio; lo stato comatoso grave si è protratto fino verso le ore 23 e mezza della sera, in cui si è avuto elevazione rapida della temperatura (a 40.5) e sono comparsi spasmi dell'orbicolare delle labbra, crampi degli arti, respirazione di Kussmaul, raffreddamento delle estremità, ed è sopravvenuta la morte.

La causa della morte certamente si è dovuta al rapido assorbimento della notevole quantità di acquavite, che portò l'intossicazione grave generale e quindi il coma, con esito letale.

*
*
*

Si è già in precedenza accennato allo stato sanitario degli emigrati che rimpatriano dal Sud-America, fra i quali predominano le croniche affezioni comuni, oltre alle infettive, di cui si dirà in prosieguo, nè sono infrequenti i postumi di pregressi reumatismi, e le lesioni organiche del cuore che a bordo (lo dimostrano anche le statistiche pre-

cedenti) si aggravano in singolar modo e danno, non infrequentemente, luogo a decessi fulminei, di cui sono stati per lo passato riferiti non pochi casi.

Nell'anno 1905 furono tre gl'infermi di affezioni cardiache, bene accertate, che morirono dopo un brevissimo periodo di degenza, malgrado fossero stati ricoverati all'ospedale nei primi giorni di navigazione, affinchè potessero godere della maggior somma di comodità e della maggior tranquillità possibile durante la traversata.

A questi casi si deve unire quello di un individuo di anni 54, che caduto svenuto in coperta sul piroscalo *Duchessa di Genova* il 15 aprile alle ore 16.30 e trasportato subito all'ospedale, più non rinvenne, malgrado sieno stati tentati tutti i mezzi possibili per richiamarlo in vita.

Il medico di bordo, che non potè raccogliere nessun dato sui precedenti del defunto, formulò la diagnosi di paralisi cardiaca.

Per l'alta temperatura non si è potuto conservare il cadavere a bordo che per poche ore, nè si è proceduto all'autopsia; ma è da ritenersi che, praticandola, con tutta probabilità si sarebbe riscontrato un vizio di cuore. E poichè si ritiene che l'ipercinesia propria di tali ammalati, sia resa più squisita dall'ambiente di bordo e dall'ambascia che spesso ingenera nelle persone non abituate a navigare la vista del mare anche se non molto agitato, o da una scossa che ricevano per un brusco movimento di beccheggio o di rollio, così, continuando nel sistema adottato nell'anno precedente, si notano anche in questo caso le osservazioni meteorologiche del giorno del decesso affinchè dallo studio dei fatti che si andranno raccogliendo col tempo, possa accertarsi se ed in che modo e fino a qual segno i viaggi di mare possano spiegare una azione funesta su questa categoria di infermi.

Temperatura media 28° centigradi — barometro 29.7 — vento da SE. — mare agitato.

* * *

Dopo le malattie comuni sono le infettive e diffusive quelle che hanno dato il maggior contingente di malati alle infermerie di bordo con 547 casi nell'andata e 260 nel ritorno, contro 937 casi nell'andata e 553 nel ritorno di affezioni varie (veggasi il quadro 14° della parte III), come dimostra l'elenco seguente:

Numero degli infermi affetti da malattie infettive e diffusive verificatesi nei viaggi di andata e in quelli di ritorno dal Sud America durante l'anno 1905.

INFERMITÀ	NUMERO DEI CASI NEL VIAGGIO		TOTALE
	di andata	di ritorno	
Anchilostomiasi	"	18	18
Beri - Beri	"	1	1
Congiuntivite blenorragica	"	1	1
Id. purulenta	2	"	2
Id. tracomatosa	2	4	6
Difterite	"	1	1
Dissenteria	"	3	3
Eresipela facciale	10	1	11
Febbre gialla	"	1	1
Influenza	41	4	45
Malaria	110	17	127
Meningite	1	"	1
Morbillo	205	84	289
Parotite	9	3	12
Pertosse	9	3	12
Polmonite	47	6	53
Scabbia	32	6	38
Scarlattina	3	"	3
Scorbuto	"	1	1
Sifilide	1	6	7
Tifoidea	24	9	33
Tigna favosa	1	1	2
Tubercolosi laringea	"	1	1
Id. meningea	1	1	2
Id. polmonare	17	73	90
Id. ossea	1	1	2
Id. intestinale	"	1	1
Vaiuolo	3	4	7
Vaiuoloide	7	4	11
Varicella	21	5	26
Totale	547	260	807

Fra le notizie che riguardano le malattie comprese in questo elenco, meritano una speciale menzione quelle riferentisi alle infezioni sottonotate, che sono disposte in ordine decrescente a seconda del numero dei casi.

Morbillo.

Il morbillo che negli anni 1903, 1904 e 1905 ha avuto rispettivamente il 2.35, il 0.26 ed il 2.02 per mille di colpiti nei viaggi di andata, e l'1.29, il 0.44 e l'1.96 in quelli di ritorno, è la malattia che fra le infettive e diffuse ha dato anche nel 1905 il più alto contingente di casi.

L'infezione è stata generalmente limitata su ciascuna nave ad uno o pochi casi, arrestata forse dalle disinfezioni energiche che i medici di bordo sogliono sempre praticare al suo apparire, e raramente ha provocato delle epidemie notevoli per numero, mai per gravità.

I piroscafi sui quali nel 1905 si sono riscontrati i gruppi di casi più importanti sono i seguenti:

Sul piroscafo *Las Palmas*, partito da Genova il 15 e da Napoli il 18 aprile per Santos, si ebbero 25 casi di morbillo a forma benigna, i primi due si manifestarono contemporaneamente in due bambini all'ottavo giorno dalla partenza da Napoli.

A bordo del *Las Palmas* si trovavano 165 bambini di età inferiore ai 10 anni.

Nel ritornare da Buenos-Ayres e Santos il piroscafo *La Plata* ha avuto nel mese di maggio una epidemia di morbillo benigno, che si è sviluppata negli ultimi giorni di viaggio. I colpiti furono 14, due dei quali guariti, mentre gli altri 12 all'arrivo a Genova furono inviati all'ospedale. Il medico di bordo ritiene che l'infezione avrebbe potuto diffondersi in modo allarmante, dato il numero di bambini che trovavansi a bordo (54), se non avesse messo in pratica tutti i mezzi profilattici possibili.

Durante il viaggio di andata sul piroscafo *Savoia*, partito da Genova nel giugno per Buenos-Ayres, si ebbero 25 casi di morbillo. L'infezione fu importata da una famiglia di cui faceva parte una bambina convalescente di morbillo. Due fanciulli appartenenti a questa famiglia ammalarono 7 giorni dopo la partenza e, dieci giorni dopo di loro, caddero infermi, si può dire contemporaneamente, gli altri 23,

quasi tutti bambini, malgrado tutte le misure possibili prese dopo i primi casi. Evidentemente, informa il medico di bordo, l'infezione era già in corso. L'epidemia fu benigna, specialmente durante il caldo umido della regione tropicale, e soltanto qualche caso si complicò con una forma di tosse stizzosa, all'arrivo nella zona temperata. Tutti i piccoli ammalati, dei quali 9 erano stranieri, sbarcarono in buone condizioni, ad eccezione di uno solo che presentava quella forma speciale di apnea ad accessi, che talvolta si riscontra nei morbillosi gracili, generalmente dopo un attacco di tosse.

I bambini italiani di età inferiore ai 10 anni a bordo erano in numero di 54.

A bordo del piroscafo *Les Alpes*, partito da Genova il 24 luglio per Santos, toccando molti porti intermedi, si manifestarono molti casi di morbillo, il primo dei quali in una bambina, alla partenza da Madera. L'affezione decorse in modo benigno, con esantema più o meno abbondante, catarro delle mucose esterne e dei grossi bronchi. Qualcuno degli infermi ha avuto fatti lievi di infiammazione del retto con emissione di mucosità sanguinolenti. Per tutti si è osservato il più rigoroso isolamento. Decorso regolarissimo in tutti. La febbre non è durata più di quattro giorni, raggiungendo solo in qualcuno i 40°. Fu adottata per tutti la somministrazione di bagni a 30 gradi. All'arrivo a Santos dieci dei colpiti (tutti spagnuoli, epperò non computati nella statistica) erano già in convalescenza.

Si trovavano a bordo 26 bambini italiani di età inferiore ai 10 anni.

Il piroscafo *Città di Genova*, partito da Genova il 26 ottobre per Buenos-Ayres toccando Napoli, ha avuto a bordo 11 casi di morbillo benigno, di cui il primo fu constatato il 6 novembre, undici giorni dopo la partenza.

Erano imbarcati 169 bambini di età inferiore ai 10 anni.

Nel viaggio di andata sul piroscafo *Città di Reggio*, partito da Genova il 30 ottobre per Buenos-Ayres, toccando Barcellona, si riscontrò una epidemia di morbillo di 21 casi in bambini. Il primo caso si verificò il 14 novembre, l'ultimo il 21. Il maggior numero dei colpiti fu dato dai bambini sotto i 5 anni, e soltanto un caso fu constatato in una di età superiore ai 10 anni (ragazza di 12).

Un caso ebbe esito letale e fu in una bambina di 13 mesi, nella quale si ebbe complicazione di parotite doppia cangrenosa e setticemia. Gli altri tutti, ad eccezione di uno sbarcato all'ospedale di Buenos-Ayres in buone condizioni, guarirono a bordo.

Sul *Città di Reggio* erano imbarcati 104 bambini italiani di età inferiore ai 10 anni.

Durante il viaggio di andata sul piroscafo *Città di Torino*, partito da Genova il 12 dicembre per Buenos-Ayres, si sviluppò una

epidemia di morbillo a forma benigna che dette 24 casi. Il primo, in un giovane di 19 anni, si riscontrò il giorno 15 dicembre, gli altri seguirono con l'intervallo di 13 giorni. Ad eccezione del primo infermo, tutti i colpiti sbarcarono a Buenos-Ayres in regolare corso di malattia.

I bambini di età inferiore ai 10 anni erano 152.

Malgrado vi fossero a bordo del piroscalo *Rio Amazonas*, partito da Genova il 10 dicembre per Buenos-Ayres, 250 bambini, tuttavia non si ebbero che nove casi di morbillo, a forma benigna, tutti guariti durante la traversata.

Il medico di bordo del piroscalo *Lombardia*, partito da Genova per Buenos-Ayres il 28 novembre, ha avuto tre soli casi di morbillo (di cui uno in un individuo di 17 anni) rimarchevoli però, egli dice, perchè venuti verso la fine del viaggio (due il 14 ed uno il 16 dicembre), con una incubazione lunga, non potendosi pensare ad un contagio a bordo, tenuto conto della sporadicità, che è rara nelle infezioni di bordo, dove tanti bambini sono tutti accumulati in poco spazio. È questo un fatto ch'egli asserisce di aver già rilevato in altri viaggi e che porta a supporre che l'ambiente marino ritardi ed a volte attenui lo sviluppo del morbillo; infatti non ha avuto mai un caso maligno o fatale in questa malattia.

Non senza aver prima ricordato, che pur troppo anche il morbillo ha dato a bordo degli esiti letali, e che non pochi colpiti furono sbarcati in grave stato nei tre anni decorsi, si osserva che il medico della *Lombardia* prima di formulare la sua ingegnosa ipotesi per spiegare come il periodo di incubazione del morbillo da lui osservato sia di gran lunga superiore a quello comunemente ritenuto per massimo, avrebbe dovuto ricordare che a bordo di molte navi si è constatato questo fenomeno non soltanto per molti casi di morbillo, ma anche per altri di malattie diffuse diverse, ed avrebbe dovuto prima di tutto escludere la possibilità di una infezione provocata dal rimescolio dei bagagli e dei panni, che si suol verificare nei due o tre giorni che precedono quello dell'arrivo, quando i passeggeri si preparano allo sbarco.

Trattasi probabilmente di germi annidati nei panni o nei capi di biancheria sfuggiti alle disinfezioni, ed in proposito è utile il ripetere che fino a quando gli emigranti prima della partenza non saranno ricoverati in asili muniti di tutti i necessari presidi igie-

nici, ed ivi visitati con calma e non saranno prese le opportune disposizioni, affinchè, dopo aver fatto i bagni prescritti, prima d'imbarcare, indossino biancheria ed abiti puliti, ed il loro corredo sia tutto scrupolosamente disinfettato, non si potrà mai esser certi che nelle valigie, negli indumenti, in qualche capo di biancheria sporca rinchiuso entro una cassa, che ad un dato momento si ha la necessità di aprire, non trovisi un focolaio d'infezione.

Ma quand'anco sieno attuate queste misure profilattiche di indiscutibile vantaggio, non sarà mai dato di evitare completamente che negli scali intermedi e specialmente nei porti stranieri, dove l'emigrazione non è sorvegliata colle norme che vigono in Italia — non potendo il medico di bordo per mancanza di tempo, di mezzi e delle comodità necessarie procedere ad una visita accurata dei passeggeri che imbarcano — possa pervenire a bordo il germe di una infezione tanto diffusa e diffusibile qual'è quella data dal morbillo, a cui ben difficilmente si riesce a sfuggire.

Infatti un medico di bordo riferisce come, avendo avuto nei primi giorni del viaggio soltanto pochissimi casi di morbillo, mentre si trovavano imbarcati moltissimi bambini, egli non credendo di dover attribuire esclusivamente il merito dell'arresto dell'infezione alle misure profilattiche adottate, abbia praticata una inchiesta dalla quale gli risultò che tutti i bambini rimasti immuni avevano già precedentemente sofferto il morbillo.

Malaria.

I casi di recidiva di malaria furono tanto numerosi nel viaggio di andata, da dover classificare questa infezione immediatamente dopo l'inevitabile morbillo, nel disporre, come si è detto avanti le malattie in ordine decrescente, a seconda del numero degli individui da esse colpiti.

La media alta verificatasi nel 1905, di 1.08 per mille, mentre nel 1903 fu di 0.66 per mille e nel 1904 di 0.88 per mille, potrebbe naturalmente avere la sua spiegazione praticando delle indagini sulla provenienza degli emigranti partiti nell'anno.

Ben più difficile riesce lo spiegarsi come mai questi individui, dei quali alcuni da un anno non andavano soggetti ad accessi febbrili, vengano colpiti dalla febbre durante la navigazione in pieno Oceano.

Sembra, scrive il medico di bordo della *Città di Torino*, il quale nel mese di settembre ha avuto una percentuale di malati di 2.63 a causa della malaria, che il cambiamento d'aria, di ambiente e di vitto risvegli i germi già sopiti nell'organismo.

Dai medici di bordo che hanno ripetutamente notata la frequenza delle recidive malariche, alcuni le spiegano ritenendole occasionate da perturbamenti delle funzioni digestive, altri dalle variazioni climatiche.

Qualora si voglia ritenere che la sensibilità alle oscillazioni della temperatura, sia accentuata nei primi mesi dell'inverno, e poi si vada gradatamente estinguendo col progredire della stagione, lo specchio che qui si espone sembra deponga a favore della seconda causa occasionale, pur non escludendo che la prima possa agire anche simultaneamente, spiegando un'azione costante.

Casi di malaria verificatisi nei viaggi di andata e in quelli di ritorno dal Sud America durante l'anno 1905.

M E S I	NUMERO DEI CASI nel viaggio		TOTALE
	di andata	di ritorno	
Gennaio	6	"	6
Febbraio	5	1	6
Marzo	"	"	"
Aprile	4	"	4
Maggio	5	3	8
Giugno	2	"	2
Luglio	2	1	3
Agosto	14	"	14
Settembre	18	2	20
Ottobre	27	"	27
Novembre	17 *	2	19
Dicembre	17	1	18
	117	10	127

* 1 morto per pernicioso.

Sarebbero sempre, quelle accennate, le stesse cause occasionali, che secondo gli autori, possono favorire il primo sviluppo della malaria: quali il passaggio brusco da un clima caldo ad uno freddo, gli errori dietetici, i patemi d'animo, le malattie intercorrenti, i traumi.

Ma per ciò che riguarda la causa essenziale di queste recidive a lunga scadenza, di cui il trattato sulla infezione della malaria dei professori Marchiafava e Bignami riporta degli esempi e fra gli altri quella del MANSON figlio, che nel mese di settembre 1900 soffrì d'infezione terzanaria procuratasi colla puntura di zanzare nutrite in Roma col sangue di un terzanario e guarito presto, ebbe una recidiva nel 1901, nessuna spiegazione si riscontra nelle relazioni sanitarie.

Il predetto trattato, premesso che la spiegazione di tali fatti non può essere identica a quella data per le recidive ordinarie e che è necessario ammettere una infezione latente, inattiva come per altre malattie, p. es. la sifilide, la quale ad un dato momento si risvegli e si renda manifesta, enuncia la seguente ipotesi del prof. Bignami:

“ Le spore della malaria sono frequentemente incluse dai globuli bianchi: e sebbene non provviste di membrana, sono tra le forme incluse extraglobulari quelle che conservano più a lungo la capacità a colorarsi e la loro struttura, dimostrando così di essere dotate di maggior resistenza. Ora nulla si può opporre *a priori*, se si pensa che di queste spore alcune nate, come le altre, senza membrana, finiscono per acquistarla; così oltrechè diverrebbero resistenti, perderebbero la proprietà di colorarsi. Da esse avrebbero origine le generazioni parassitarie che danno luogo alle lontane recidive.

“ Ma questa, aggiungono gli autori del trattato sopraindicato, non è che una ipotesi; e mancano tuttora investigazioni le quali dimostrino con dati di fatto dove e come si vada ad annidare il parassita malarico nei lunghi periodi di vita latente „.

Ad ogni modo, comunque si voglia spiegarlo, era necessario indicare il fenomeno delle recidive malariche constatate a bordo anche in individui che da molto tempo non andavano soggetti a febbre; recidive che si manifestarono generalmente con accessi a tipo quotidiano, la cui natura malarica venne accertata clinicamente e mediante il criterio della cura.

La guarigione si ottenne sempre rapidamente, eccezione fatta per un solo caso infausto, a bordo del piroscafo *Les Alpes*, nel mese di ottobre, mentre si navigava alla volta di Buenos-Ayres. Ecco quanto riferisce in proposito il medico della nave:

Alla visita del pomeriggio dell'8 novembre si presenta un uomo di 23 anni con febbre a 40° preceduta da brividi. Racconta che da quattro mesi soffre di febbri periodiche che cura col chinino. Tosto viene ricoverato nell'infermeria di bordo. L'esame generale fa vedere un giovane abbastanza robusto, ma di colorito giallo terreo. Nessun sintomo richiama l'attenzione sui vari sistemi ed organi, ad eccezione della milza, che raggiunge l'ascellare anteriore e si palpa a tre dita trasverse al di sotto dell'arco costale. Gli prescrivo un purgante e un grammo di bisolfato di chinino.

9 novembre. — All'ora della prima visita medica mi sorprende di rivedere l'individuo con febbre altissima (40°.9) ed in stato soporoso. L'infermiere m'informa che pochi momenti prima aveva vomitato il latte e caffè che gli era stato dato. Senza por tempo in mezzo gli pratico una iniezione ipodermica di mezzo grammo di chinina, e gli applico dei derivativi intestinali e cutanei. A mezzodi la febbre è diminuita di pochi decimi (40°.5). Il sensorio è più svegliato, perchè l'ammalato risponde alle mie domande e si presta ad un ulteriore esame, il quale risulta parimenti negativo. Il polso è frequente e piccolissimo. Procedo ad una nuova iniezione ipodermica di bisolfato di chinino nell'identica dose di mezzo grammo, e più tardi ad una terza di 25 centigrammi. Ciò malgrado lo stato dell'infermo si aggrava sempre più, la temperatura risale a 40°.9. Credo opportuno fargli fare alla mia presenza un bagno fresco dandogli da bere del marsala prima e dopo. Un'ora più tardi la temperatura è ridiscesa a 40°.5, ma lo stato generale non ha perduto nulla della sua gravità. Alle 11 di sera il polso è filiforme, aritmico, vi è minaccia di collasso. La temperatura risale a circa 41°. Preparo l'occorrente per un'eventuale inalazione di ossigeno; ma alle 3. 30 di notte l'ammalato muore senza passare per lo stato preagonico, quasi improvvisamente per paralisi cardiaca.

Tutto il gravissimo quadro morboso si è svolto in 36 ore. Non ho alcun dubbio siasi trattato d'un accesso di perniciosa malarica. Avevo tutto approntato per l'autopsia, ma lo stato di rapida decomposizione del cadavere mi ha sconsigliato dall'eseguirlo.

Tubercolosi.

Sebbene nei viaggi del Sud America la tubercolosi polmonare non assuma l'importanza che disgraziatamente si è acquistata in quelli

del Nord; tuttavia dà una ragguardevole proporzione di malati, nei viaggi di ritorno.

È da notarsi però che non mancano casi anche nel viaggio di andata, contrariamente a quanto succede per i viaggi al Nord; e questa constatazione lascia adito a supporre che una parte dei tubercolotici che rimpatriano dal Sud, non abbia contratto l'infezione all'estero.

Fra i novanta casi di tubercolosi polmonare, di cui sette ebbero esito letale, che si sono riscontrati nell'anno 1905, si ricorda il seguente verificatosi a bordo del piroscafo *France*, partito il 18 aprile da Buenos Ayres per Genova:

Un uomo di 23 anni rimpatriava con biglietto consolare per malattia che durava da circa 5 mesi. Era pallido e denutrito. Aveva tosse con espettorato purulento, dispnèa. L'esame obiettivo praticato, non appena entrato all'infermeria, dimostrava l'esistenza di una broncoalveolite specifica che colpiva entrambi gli apici polmonari, ma prevalentemente il destro. Isolato all'infermeria e trattato adeguatamente con guaiacolo e dieta nutriente, stette relativamente bene fino al giorno 27 aprile. In tal giorno si verificò una leggiera emottisi. Due giorni dopo comparve un'itterizia intensa con leggero dolore epigastrico, la febbre tenne sempre un andamento etico; lievi esacerbazioni la sera (38°5) con remissioni mattutine (37°5). Non si lamentava di particolari sofferenze, il fegato era di poco ingrandito, vi era dispnèa un po' accentuata ed uno stato subacuto di delirio. Il giorno 30 aprile improvvisamente incominciò ad espettorare grandi quantità di marcia color cioccolato, dapprima inodora, poi fetidissima. Contemporaneamente si notò la formazione di una modica quantità di raccolta sieropurulenta nel cavo pleurico destro che però scomparve tosto. La febbre cadde, scomparve il delirio, persistette l'ittero. L'espettorazione cessò il 1° maggio mattina, pareva sollevato, quando scoppiò un'abbondante broncorragia. Domata con applicazioni fredde ed ergotina, pareva che l'ammalato accennasse a migliorare, quando comparve, il giorno 2, un imponente collasso, che nulla valse a scongiurare e l'ammalato decedette alle ore 10. Diagnosi: Tubercolosi polmonare ed ascesso della regione epato-diaframmatica.

Polmonite.

Come dimostra il seguente prospetto, dal quale si possono anche desumere i vari esiti, si sono avuti nell'anno 1905 cinquantatrè casi di polmonite franca:

**Casi di polmonite verificatisi nei viaggi sia di andata che di ritorno
dal Sud America nell'anno 1905.**

MESE	NUMERO DEI CASI NEL VIAGGIO								TOTALE			
	di andata				di ritorno							
	Num. dei casi	Esito			Num. dei casi	Esito			Num. dei casi	Esito		
		Guariti	Sbarcati non guariti	Morti		Guariti	Sbarcati non guariti	Morti		Guariti	Sbarcati non guariti	Morti
Gennaio	7	5	2	"	"	"	"	7	5	2	"	
Febbraio	4	2	2	"	"	"	"	6	2	2	2	
Marzo	2	2	"	"	"	"	"	2	2	"	"	
Aprile	"	"	"	2	1	"	1	2	1	"	1	
Maggio	3	3	"	"	"	"	"	3	3	"	"	
Giugno	1	1	"	"	"	"	"	1	1	"	"	
Luglio	"	"	"	1	"	1	"	1	"	1	"	
Agosto	"	"	"	1	1	"	"	1	1	"	"	
Settembre	2	2	"	"	"	"	"	2	2	"	"	
Ottobre	5	1	3	1	2	2	"	7	3	3	1	
Novembre	7	7	"	"	"	"	"	7	7	"	"	
Dicembre	14	10	3	1	"	"	"	14	10	3	1	
Totale	45	33	10	2	8	4	1	3	53	37	11	5

È il mese dicembre quello che ha dato nei viaggi di andata la cifra più alta di colpiti; mentre furono relativamente pochi gli emigranti partiti in questo mese. (Veggasi la Tavola I).

Soprattutto notevole è il fatto che la polmonite ha sempre colpito di preferenza gli emigranti nei viaggi di andata tanto al Nord quanto al Sud-America mentre nei viaggi di ritorno ha fatto rare apparizioni, tranne durante il 1903, sui piroscafi reduci dal Sud-America.

Infatti dal quadro 15°, parte III, pag. 100, abbiamo le seguenti medie:

VIAGGI nell'America del Sud	1903	1904	1905	VIAGGI nell'America del Nord	1903	1904	1905
di andata . .	0.39 ‰	0.42 ‰	0.46 ‰	di andata . .	0.44 ‰	0.34 ‰	0.22 ‰
di ritorno . .	0.88 ‰	0.18 ‰	0.14 ‰	di ritorno . .	0.24 ‰	0.14 ‰	0.07 ‰

Tifoidea.

La tifoidea, quasi stazionaria nei viaggi di andata, ha dato in quelli di ritorno un numero di casi superiore a quello che si ebbe a verificare nel 1903 e nel 1904.

Ecco le medie:

	1903	1904	1905
Viaggi di andata	0.11 ‰	0.24 ‰	0.23 ‰
Viaggi di ritorno	0.09 ‰	0.11 ‰	0.21 ‰

In complesso si ebbero 33 casi, 24 all'andata e 9 al ritorno, dei quali quattro con esito funesto. Dei rimanenti la maggior parte degli infermi furono all'arrivo nei porti di destinazione avviati negli ospedali, trovandosi essi ancora degenti.

Tanto nei casi ben accertati, come in quelli dubbi, i medici di bordo non hanno mai mancato di prendere tutte le misure profilattiche, consigliate dalla scienza, isolando gli ammalati, disinfettando il loro posto di cuccetta, distruggendone il materasso, disponendo

perchè le feci non potessero servire di veicolo alla diffusione dell'epidemia.

Ciò considerato e tenuto conto che gli emigranti possono al massimo imbarcare quando l'affezione è allo stato d'incubazione, ma non sono accettati se febbricitanti, non pare sia il caso di prescrivere, come suggerisce il capitano medico VACCARI (V. *Annali di Medicina Navale*, 1905, vol. II, pag. 166) che le farmacie degli ospedali di bordo dei trasporti da emigranti siano provviste del diagnostico di FICHER, ottimo (1), ma non sicuro mezzo, per accertare la diagnosi nei casi dubbi di tifo.

Data che la reazione non si abbia che al settimo giorno di malattia, e avuto riguardo al tempo impiegato dai piroscafi nell'attraversare l'Oceano, il più delle volte si acquisterebbe la sicurezza della diagnosi all'arrivo nei porti di destinazione, vale a dire quando a bordo è già stato provveduto ampiamente a tutto ciò che può riuscire utile alla cura dei malati ed alla protezione dei sani. Perciò non sarebbe opportuno costringere i vettori ad una nuova spesa che, in ultima analisi, si riverserebbe sugli emigranti.

D'altra parte, raramente l'infezione tifica o tifosimile si è presentata in modo tale da suscitare dei fondati dubbi sulla bontà delle condizioni igieniche della nave sulla quale si è sviluppata.

Quasi costantemente si è trattato dei casi isolati sviluppatasi a breve distanza dalla partenza, il che fa supporre che non sieno stati prodotti da speciali condizioni del bordo.

(1) Il relatore ufficiale sul tema "Forme tifosimili e febbre di Malta", al XVI Congresso di Medicina Interna, fra le altre conclusioni dal suo studio, enunciava anche la seguente:

"La sierodiagnosi ha subito qualche restrizione nel suo valore pratico, tuttavia la grande importanza delle agglutinine specifiche si afferma ancora nelle ricerche di identificazione batterica, quando un siero le contenga in altissima concentrazione.

"Le coltivazioni del succo splenico e del sangue attinto direttamente dalle vene sono guida preziosa al criterio etiologico, ma non infallibile; quindi l'esame clinico rigoroso e la critica severa del complesso sintomatico tengono ancora il primo posto nell'indagine diagnostica".

Il fatto stesso che nei viaggi di andata si ha un numero di colpiti da tifoidea superiore di gran lunga a quello che si riscontra nei viaggi di ritorno, può convalidare l'ipotesi che l'infezione sia generalmente contratta a terra prima dell'imbarco; poichè nel caso contrario si dovrebbe sempre rilevare una percentuale di malati approssimativamente uguale tanto all'andata che al ritorno.

Si può affermare che soltanto sui piroscafi *Ravenna* e *Duca di Galliera* sieno stati accertati dei casi di tifoidea presumibilmente contratti a bordo.

Sul *Ravenna* il medico di bordo ebbe a riscontrare nel mese di ottobre, nella traversata da Genova a Buenos-Ayres, quattro casi di febbre gastrica, guariti dopo circa 5 giorni di degenza in media, ed uno di tifoidea sbarcato non guarito a Buenos Ayres, più due casi di tifoidea nell'equipaggio durante la permanenza della nave in quel porto. Avendo egli nei primi giorni del viaggio di ritorno constatato nuovi casi di febbre gastrica coll'aggravante di un nuovo colpito da tifoidea, a Santos imbarcò una buona provvista di acqua potabile, alloggiandola in un serbatoio nuovo, che egli aveva fondato motivo di non sospettare inquinato e, all'arrivo a Genova, prima di sbarcare, procedette alla pulizia e disinfezione accurata di tutte le tanche e di tutte le vie di distribuzione dell'acqua potabile.

Dopochè fu iniziata la distribuzione dell'acqua provveduta a Santos, non si dovettero più lamentare nuovi casi di febbri gastriche e nel successivo viaggio del *Ravenna* non si ebbero che due affetti da febbre gastrica guariti in 7 giorni (bambini di età inferiore ai 10 anni); mentre, consultando i giornali sanitari dei viaggi precedenti e specialmente dei due che hanno data l'alta percentuale riportata nelle prime pagine di questa relazione si trovano descritte molte affezioni gastriche febbrili di non breve durata.

Sul piroscafo *Duca di Galliera*, partito da Genova il 21 settembre, si verificarono all'andata due casi di tifoidea, sul cui momento etiologico però il medico di bordo non fa induzioni.

Si sa soltanto che nel viaggio precedente, al ritorno da Buenos Ayres, ammalarono tre persone dell'equipaggio; cioè il primo cuoco della cucina di classe, un cameriere di classe ed un fuochista. I primi due furono sbarcati convalescenti, il terzo fu trasportato nell'ospedale di Genova trovandosi nel primo settenario. Il sanitario che li ha assistiti confessa che, per quante congetture abbia fatto, non saprebbe davvero trovare la causa dimostrabile dell'infezione, dal momento che tutti e tre gli ammalati per il loro mestiere hanno condotto una vita differente per cibi, per ambiente, ecc., e che i due primi ammalatisi

alla partenza da Buenos Ayres non erano mai scesi a terra; mentre nessun caso, neppur sospetto, si ebbe nei 676 rimpatrianti che trovavansi a bordo.

Al contrario, non furono attribuiti ad infezione contratta a terra 4 casi di tifoidea sviluppatasi, nel dicembre, sul piroscalo *Equità*, con 1051 emigranti, per i seguenti motivi accennati dal medico di bordo:

- a) dal 22 dicembre, giorno d'imbarco fino ai giorni nei quali si presentarono gli ammalati per la prima volta alla visita medica (28 e 30 dicembre, 1° gennaio), decorse un periodo di tempo ritenuto ordinariamente insufficiente per l'incubazione del germe;
- b) lo sviluppo dei 4 casi avvenne in diversi scompartimenti;
- c) mancava a bordo la causa che potesse fare sospettare un focolaio d'infezione;
- d) dal 1° gennaio, data degli ultimi casi di tifo addominale, al 14 dello stesso mese, data dello sbarco, non si ebbero altri casi nè certi nè sospetti in 1071 emigranti e 67 uomini d'equipaggio.

Tutti e 4 i casi di febbre tifoidea si svolsero con un decorso alquanto irregolare. L'esantema mancò completamente; lo stato fuliginoso delle narici e delle gengive fu insignificante; la diarrea in quasi tutti i casi si mantenne in limiti abbastanza ristretti. Notevole in tutti e quattro gl'infermi fu uno stato delirante, che cominciò ben presto con una forma di delirio furioso, che si esplicò con allucinazioni visive ed uditive, con insonnia, sussulti tendinei, carfologia, e spesso con movimenti disordinati e con tendenza a fuggire dalla cuccetta. Per tale motivo fu necessaria un'assistenza fissa e permanente.

Nel viaggio precedente era morta a bordo una donna di 60 anni per tifoidea.

Altri pochi casi si sono riscontrati nell'ottobre sul piroscalo *Les Alpes* che trasportava a Buenos Ayres 1242 emigranti, ma, per essersi manifestati al secondo giorno di viaggio il medico di bordo crede debbano riferirsi ad infezione contratta a terra.

Tuttavia, basta di per sè il fatto tipico del *Ravenna* per ammaestrare che è necessario perseverare nell'attiva sorveglianza che si sta ora esercitando sui serbatoi dell'acqua potabile ed esigere sempre che sieno tutti puliti ad ogni viaggio e visitati, prima di immettervi l'acqua, da una persona dell'arte, la sola capace di valutare le gravi conseguenze che potrebbero derivare dalla più lieve trascuratezza delle norme igieniche del caso.

E poichè i piroscali addetti al servizio dell'emigrazione toccano

costantemente certi dati porti, ove è possibile rifornirsi di buona acqua potabile, non si comprende il bisogno di filtrarla. Qualora si abbia un buon sistema di captazione e di distribuzione (sul quale soprattutto è necessario che i medici di bordo invigilino costantemente) e si posseggano dei serbatoi tenuti come oggidi è consigliato dall'igiene, i filtri non sono indispensabili.

D'altra parte, considerando che tra i filtri l'unico che realmente darebbe affidamento di purificare l'acqua potabile sarebbe quello a candela, che esige una sorveglianza continua ed accurata, e, date le sue facili avarie, potrebbe ispirare una tranquillità pericolosa al sanitario di bordo, al quale invece attualmente serve di segnale di allarme e di incitamento per ricorrere agli opportuni provvedimenti per ogni minima alterazione di colore e di gusto dell'acqua della provvista, non pare sia consigliabile l'uso di questi apparecchi sui piroscafi che viaggiano in servizio d'emigrazione.

Anchilostomiasi.

I medici di bordo hanno cura di visitare attentamente i reduci dall'America del Sud e specialmente dal Brasile che presentino segni di anemia, per indagare se siano affetti da anchilostomiasi e di tener nota anche di quelli nei quali è soltanto probabile l'esistenza del parassita. Dallo spoglio dei giornali sanitari risulta tuttavia che furono verificati soltanto 18 casi di questa malattia nell'anno 1905.

Abbiamo quindi le medie di 0.22, 0.23 e 0.42 per mille rimpatriati di casi d'anchilostomiasi, rispettivamente per gli anni 1903, 1904, 1905; vale a dire una quantità di colpiti di gran lunga inferiore a quella che si doveva sospettare in seguito alle notizie pervenute al R. Commissariato dell'emigrazione da sanitari dell'Alta Italia.

Quand'anco si voglia ammettere che molti casi non sieno stati notati, bisognerà pur sempre considerare che i medici di bordo conoscono la frequenza dell'uncinariasi e sanno di doverla sospettare in ogni anemico che ritorni dall'America del Sud, e quindi non si

potrà mai ragionevolmente supporre che sia sfuggito alla loro osservazione un contingente tanto grande di malati, da poterlo mettere in rapporto coll'enorme proporzione dei reduci dal Brasile, curati d'anchilostomiasi negli ospedali di Bergamo e Conegliano; qualora si ritenga per fermo che tutti quei malati abbiano contratta l'infezione prima di rimpatriare.

D'altra parte, e ciò diminuisce le fonti d'errore, non pochi dei sofferenti d'anchilostomiasi non appena imbarcati, ricorrono spontaneamente ai medici di bordo dichiarando di essere malati d'opilacão (uncinariasi) malattia conosciutissima anche nelle campagne del Brasile, ove è curata, come già si ebbe occasione di riferire nella relazione precedente, colla somministrazione del latte di Gamellaria o con quello d'Iaracatia; nè mancano mezzi per stabilirne con certezza la diagnosi, anche quando non si posseda un microscopio.

Infatti lo STILES, che ha studiato profondamente l'argomento di cui trattasi, raccomanda, in mancanza di microscopio, di esaminare la macchia che lascia sopra un pezzo di carta bibula bianca, una piccola quantità di materia fecale dopo 20, 60 minuti di contatto e che nei casi positivi è manifestamente rossastra. In questo caso deve essere escluso che il sangue presente nelle feci abbia altra origine.

Egli anche consiglia, a chi non abbia microscopio, a diluire in una grande quantità d'acqua le materie fecali emesse dal malato sospetto, dopo una generosa dose di timolo, ed osservare il deposito che si ha colla sedimentazione, nella quale ad occhio nudo si può rilevare la presenza di parassiti maturi; e questa pratica fu quasi sempre seguita con successo dai medici in 16 dei 18 casi verificatisi nell'anno.

Ne è da obbiettarsi che il timolo possa dar luogo a gravi inconvenienti, come mostra di temere il BRANCH, il quale asserendo che la cura da lui praticata (vale a dire alle ore 4, 6, 8, 10 a stomaco vuoto due grammi di timolo; alle 12 una zuppa di latte o di brodo, nel pomeriggio solfato di magnesia) è in generale sopportata senza alcun disturbo; nota poi come in alcuni possa provocare sonnolenza

e vomiti e nei vecchi e nei deboli coma e morte, se hanno ostinata costipazione ventrale.

I medici di bordo generalmente hanno somministrato il timolo alla dose di 4 grammi in due cartine, prese a digiuno, con due ore di intervallo l'una dall'altra, dando, due ore dopo l'ultima cartina, della magnesia. Ciò per un giorno, ripetendo il trattamento dopo una settimana, quando lo hanno creduto necessario, nè hanno mai avuto a lamentare accidenti di sorta.

Giova notare in proposito che BLANCHARD somministra agli adulti il timolo in tre dosi d'un grammo l'una con un'ora d'intervallo per tre giorni consecutivi, sopprimendo però l'uso dell'alcool e dell'olio che, quali solventi del timolo, potrebbero mettere in opera le proprietà tossiche del farmaco.

Altri, seguendo il consiglio di BARBONNEIX, hanno prescritto le capsule di olio etereo di felce maschio e ne hanno ottenuto buoni risultati, senza aver notato disturbi oculari o vertigini.

Un sintomo, di cui potrebbe farsi la ricerca prima di decidersi a prescrivere il timolo, è quello di DELAMARE. Il DELAMARE, alla Guiana, ha constatato che i malati di anchilostomiasi presentano alla lingua dei segni di color d'inchiostro azzurro scuro, che si trovano sui margini della punta, irregolarmente situati ed asimmetrici, essendo un lato, più colpito dell'altro e talvolta anche essendo affetto un lato solo. Egli riferisce che facendo la consueta ispezione dei *coolies* nel primo anno di permanenza ed osservando la lingua di tutti ne trovò 14 in apparenza sani, che presentavano i segni su descritti.

Costoro furono ricoverati all'ospedale e curati col timolo emisero tutti anchilostomi.

Pertanto non mancando ai medici di bordo, già posti in avvertenza, i mezzi per accertarsi a bordo della diagnosi di anchilostomiasi, ed essendo tanto esiguo il numero dei casi fra dimostrati e dubbi, denunziati, nasce il sospetto che i reduci dal Brasile, affetti da uncinariasi, segnalati nell'Alta Italia e tanto numerosi da allarmare giustamente i sanitari che li avevano in cura, non abbiano tutti contratta l'infezione in un periodo antecedente al loro rimpatrio.

Forsechè non è possibile che costoro, in generale poveri che ritornano affranti da un clima estenuante, stremati dalle malattie e dalle privazioni d'ogni genere, sofferenti di piaghe non ancora cicatrizzate, provocate agli arti inferiori dalle pulci penetranti, contraggano l'affezione dopo il loro arrivo in Italia?

Il dott. VACCINO nel suo pregevole lavoro che recentemente (1906) ha comunicato al Congresso internazionale per le malattie del lavoro dimostra quanto sia diffusa nel nostro paese l'anchilostomiasi, malattia, egli dice, non di una regione ma di tutta Italia, anzi del mondo intero.

Il dott. Vaccino, non crede di esagerare affermando, che una metà almeno dei bambini delle campagne dell'Alta Italia affetti da anemia considerevole, non sono altro che degli anchilostomizzati ed ha la convinzione che l'affezione, pur essendo assai diffusa, è poco conosciuta.

Data quindi la grande estensione dell'anchilostomiasi nel paese natio e tenendo presenti le condizioni speciali dei rimpatriati, il sospetto che essi s'infettino dopo il ritorno in Italia assume consistenza.

È innegabile, come giustamente osserva il dott. Vaccino, che l'anchilostomiasi non deve più essere creduta l'esclusiva affezione del minatore e del fornaciaio.

Non è soltanto nel terreno delle miniere e delle fornaci che si possono sviluppare le larve di anchilostoma ed i medici che hanno vissuto nei paesi caldi sanno, come attesta IBERER, che la stessa luce solare tropicale non ne impedisce l'evoluzione.

Quindi, secondo il Vaccino, l'infezione può colpire in moltissimi paesi ogni lavoratore che per la sua professione sia costretto a maneggiare la terra, come ad esempio il contadino e specialmente quello di risaia.

DUBREUILLE informa che nelle piantagioni di the dell'Assam, questa malattia si chiama pani-ghao (male di acqua): essa si manifesta di preferenza nella stagione delle piogge e s'inizia con diffuse manifestazioni cutanee. Il Dubreuille dice che finora nel Nord d'Italia non è

stata segnalata alcuna manifestazione cutanea, sia perchè non vi è stata richiamata l'attenzione degli studiosi, sia perchè l'infezione avviene più d'ordinario per via orale a causa di usi differenti.

Il BRANCH scrive d'aver osservato delle dermatiti, chiamate ground-ite, a St-Vincent, frequenti tra i fanciulli anchilostomizzati e specialmente fra quelli che giuocano sulla spiaggia del mare contaminata da materie fecali.

STILES ha constatato che la malattia è più frequente nelle persone che restano più o meno lungo tempo a contatto della terra umida; ed ormai è stato dimostrato all'evidenza dal LOOSS e dallo SCHAUDINN che, oltrechè per la via orale, come ha provato LEICHTENTERN, l'infezione da anchilostomi può avvenire per la via cutanea.

Anche il dott. Vaccino accenna alla possibilità che l'infezione avvenga per via cutanea ma sorvolando, poichè diversamente avrebbe dovuto tener presente il fatto nella parte del suo lavoro che riguarda la profilassi.

Ciò premesso, è logico supporre che dei contadini che lavorano in terreno infetto, ed oramai si può riguardar per tale quello della Valle del Po, offrano facile adito all'intromissione delle larve, non soltanto per la via orale, ma eziandio per la cute delle estremità inferiori, che sogliono tener denudate, specialmente quando, come i reduci dal Brasile, presentino alle gambe ed ai piedi delle soluzioni di continuità.

Un mezzo per assicurarsi se i contadini anchilostomizzati sieno stati infettati in America od in Italia potrebbe esser fornito dall'esame microscopico qualora si fosse certi che l'uncinaria del Brasile presenti gli stessi caratteri di quella che lo Stiles ha descritto nel Nord America e che diversifica alquanto dall'anchilostoma nostrano.

Ad ogni modo delle ricerche condotte in questo senso sarebbero opportune; perchè se si potesse dimostrare che l'uncinaria dei rimpatriati offre speciali note riscontrate dallo STILES, si toglierebbe di mezzo l'accusa che si fa ora al Brasile di diffondere fra di noi l'infezione per mezzo dei nostri connazionali che ritornano da quella terra, come già una volta gli Americani del Nord, prima del lavoro dello Stiles, rite-

nevano gl'immigranti italiani per importatori di anchilostoma. In tal caso, dovendosi prendere dei provvedimenti, si terrebbe presente che non è soltanto ai reduci dal Brasile che bisogna rivolgere le cure opportune.

Comunque, è certo che qualora si voglia inaugurare una lotta contro l'anchilostomiasi, i sanitari addetti all'emigrazione, a causa delle esigenze del servizio e data la relativa brevità del viaggio ed il numero grande dei reduci, non potranno prestare l'opera loro che dentro i limiti nei quali attualmente l'esplicano, col dare dei consigli igienici agli emigranti quando se ne offra la comodità e col sorvegliare i rimpatrianti, notando i casi accertati o sospetti di anchilostomiasi, per avvisarne all'arrivo l'Autorità competente.

**

Tornando ora alla casuistica dell'annata, si rileva che dei diciotto affetti da anchilostomiasi soltanto i seguenti meritano particolare menzione:

Sul piroscafo *Città di Genova*, riferisce il medico di bordo, s'imbarcò a Santos nel mese di febbraio una famiglia, con biglietto consolare, composta di 7 persone: padre, madre e cinque figli, costretta a lasciare il Brasile per motivi di salute. Provenivano da Serra Azul do Espirito Santo, paese dello Stato di San Paolo, dove esercitavano il mestiere di contadino. Quando si presentarono per imbarcare, mi colpì lo straordinario pallore cereo del padre, della madre e dei tre figli maggiori, in contrasto con l'aspetto dei due ultimi figli che apparivano floridi, ben nutriti, di colorito roseo normale. Oltre la profonda anemia i cinque colpiti presentavano il quadro di una avanzata miseria organica generale. Li accettai a bordo e li isolai all'infermeria.

Età dei pazienti: padre 41 anno; madre 40, i tre figli rispettivamente di 15, 13, 8 anni. Nel paese dove lavoravano essi dissero che molti altri contadini soffrono della stessa malattia. Il vitto che ricevevano alla fazenda era buono ed abbondante, però dovevano bere l'acqua scorrente nei rigagnoli della campagna. La loro malattia data da circa cinque mesi e si sarebbe stabilita a poco a poco, incominciando con disturbi di stomaco, ma senza febbre, nè malessere molto grave, tanto che poterono sempre attendere ai lavori campestri. Il

medico del loro paese li aveva curati molto semplicemente: con forti purganti.

Appena ricoverati nell'infermeria esaminai col microscopio le feci: dure, formate, senza tracce di muco, nè di sangue, nè presenza di parassiti. L'esame somatico degli ammalati non rivelò alterazione nè del fegato, nè della milza, nè delle ghiandole linfatiche, reni ed altri visceri importanti. Il padre dichiarò di soffrire facilmente edemi agli arti inferiori quando è costretto a stare lungo tempo in piedi, il figlio minore presentava ventre ingrossato prominente, ma non si rileva liquido nel cavo addominale.

Prima di sottoporre ad una determinata cura tutta la famiglia, volli curare uno solo dei suoi membri come campione, per accertarmi della natura esatta della malattia. Scelsi uno dei figli, il più deperito. Gli somministrai per due giorni consecutivi una forte dose di olio di ricino tenendolo a dieta rigorosa. Nelle feci eliminate, nessun verme. Il terzo giorno: timolo 4 grammi. Il quarto giorno ebbe una scarica liquida, contenente abbondanti vermiciattoli lunghi da 1 c/m e 1/2, alcuni bruni, altri bianchi un pò incurvati ad arco e rassomiglianti per grossezza, lunghezza e colorito ai peli delle sopracciglia dell'uomo.

Assodata la diagnosi di anchilostomiasi, sottoposi allora allo stesso trattamento tutta la famiglia. Tutti i membri della famiglia presentarono dopo l'azione del timolo abbondanti anchilostomi nelle feci. Il trattamento fu ripetuto due volte in ciascun ammalato ed ho osservato che alla fine del 2° periodo di cura nessuna traccia di anchilostoma era visibile nelle feci. Ho ragione di credere che i pazienti siano stati liberati dai parassiti.

Vaiuolo e vaiuoloide.

Il vaiuolo non ha dato oscillazioni notevoli nei viaggi di andata durante l'anno 1905; mentre la vaiuoloide ha avuto una media molto più bassa di quella riscontrata nei due anni precedenti. (Vedasi quadro 15°, parte III, pag. 100).

Il fatto merita di richiamare l'attenzione perchè nell'annata non mancarono occasioni di contagio a bordo dei piroscafi diretti al Sud America che toccarono Barcellona, (e non furono pochi) dove regnava una violenta epidemia di vaiuolo, tanto più che su molte navi addette alla nostra emigrazione si ebbero a riscontrare dei casi su passeggeri spagnuoli imbarcati; e su navi straniere l'infezione si

diffuse in modo allarmante, come ad esempio sull'*Aquitaine*, partito da Marsiglia per Buenos-Ayres facendo sosta a Barcellona, ammalarono di vaiuolo diciotto passeggeri e ne morirono sei.

Nei viaggi di ritorno si ebbe un leggero aumento del solo vaiuolo, dovuto forse allo svegliarsi della intensa epidemia che dominò a Buenos-Ayres nell'inverno 1906, raggiungendo delle proporzioni vastissime.

In realtà si tratta di pochissimi casi isolati constatati su navi diverse, sette in tutto, meno due che si riscontrarono nello stesso viaggio, sul piroscafo *Savoia* che ritornava nel luglio da Buenos-Ayres.

Dei colpiti durante l'anno, cinque furono sbarcati in corso di malattia, due morirono in navigazione. Di questi, un uomo di anni 29 si presentò il 30 aprile, otto giorni dopo la partenza del piroscafo *Antonina* da Buenos-Ayres, al medico di bordo, il quale riferisce quanto segue:

Viene ricoverato un uomo con febbre a 39. 2. L'ammalato dice di essere stato sempre bene. All'esame obiettivo nulla di notevole. L'ammalato è in piena coscienza. Non accusa alcun dolore. Si lagna solo per grave cefalea. Malgrado gli venga somministrato chinino, la febbre si mantiene alta. La mattina appresso, sospettando una infezione dal lato intestinale, lo si purga con calomelano (cg. 60). Il purgante ha effetto; l'ammalato continua nella febbre alta e si lagna di cefalea grande, per cui gli si pone alla testa la vescica di ghiaccio. Dieta: latte e brodo.

Il giorno 2 maggio alla visita del mattino si notano sul corpo del paziente dei puntolini rossi grandi come punte di spillo. Senz'altro l'ammalato viene isolato all'ospedale infettivo. Si rivaccina subito un ammalato che era nello stesso ospedale e dopo avergli cambiata la biancheria si trasporta ad altro ospedale. Vieni fatta la disinfezione a vapore dei materassi, cuscini e di tutto ciò che trovavasi nell'ospedale occupato dal paziente. Le pareti e le cucette si disinfettano con una soluzione di sublimato a mezzo della pompa per disinfezioni. Il giorno 3 si verifica che il sospetto di vaiuolo era fondato. Cominciano ad apparire pustole piccolissime. È da notarsi che l'ammalato proviene da Buenos-Ayres.

Il giorno 4 le pustole si mostrarono più chiaramente. Il giorno 5 si notano pustole con la caratteristica forma (mammellonate).

La dieta è latte con cognac-brodo. Nei primi giorni l'ammalato è curato esternamente con alcool fenicato al 2 per cento. In seguito si sono fatte al viso polverizzazioni con sublimato-alcool-etero a cui si faceva seguire l'applicazione d'unguento amidofenico: acido fenico

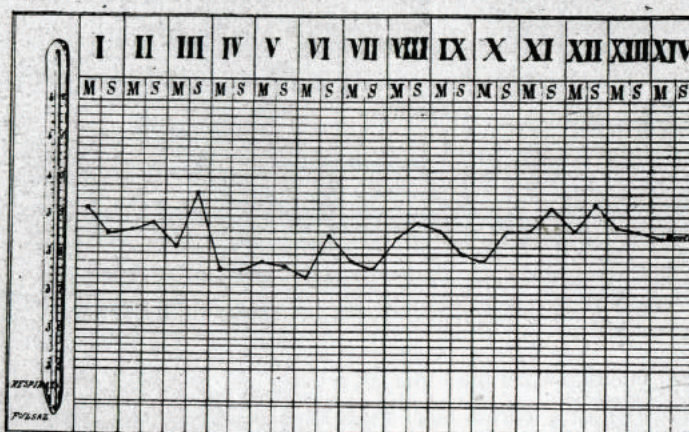


Fig. 1^a.

gr. 5, olio d'olivo e amido anagr. 40. Sul corpo si facevano unzioni con glicerina, acqua distillata anagr. 50, acido fenico gr. 5. Il giorno 6 le pustole cominciano a confluire, specie nella faccia. Nei giorni seguenti avviene confluenza delle pustole su tutto il corpo, tanto da formarsi delle pustole grossissime (come una noce), dure e resistenti. Procede così la malattia. Si attende sempre il periodo della suppurazione. L'ammalato si conserva sempre cosciente, nè ha mai toccato temperature elevatissime. Il giorno 12 l'ammalato appare assai depresso. Fin dai primi giorni si era curata la disinfezione degli occhi e della bocca. Ven somministrato qualche poco di vino di Champagne.

La mattina del 13 dopo essersi lagnato con frasi sconnesse per la tensione fastidiosa della pelle, spira poco dopo essere stato medicato alle ore 9 $\frac{1}{2}$. La fine è stata repentina. Trattandosi di malattia infettiva, l'ammalato vien messo in mare a mezzanotte dello stesso giorno dopo aver presa ogni precauzione. Il giorno seguente viene disinfettato scrupolosamente l'ospedale. Tutta la biancheria da letto e il materasso sono gettati in mare.

L'altro caso seguito da morte si ebbe sulla *Sardegna* in un uomo di 32 anni, il 4 settembre, quattro giorni dopo la partenza da Buenos-Ayres:

Un individuo robusto, ben conformato, imbarcatosi in apparente benessere a Buenos-Ayres, si presenta a me, scrive il medico di bordo, al mattino del 4 settembre, lamentandosi di forte cefalea gravativa, specie alla fronte, con febbre (38°), tosse secca, dolore lombo sacrale, ed agli arti, intensissimo. Stante i segni sospetti, viene ricoverato nell'ospedale, sezione isolamento, mentre siamo per arrivare nella riviera di Santos. Gli vengono somministrati 80 centig. di calomelano, ed un grammo di rabarbaro. Alla sera, malgrado abbondanti scariche diarroiche, la febbre segna 38° . 6. Getto a mare il suo strapunto.

5 settembre. Notte irrequieta, insonne; temperatura 37° . 1, che torna a salire a 38° . 6 la sera. Si dispone per uno scrupoloso isolamento e ordino larghe disinfezioni nella stiva n. 1, dove il malato dormiva. Faccia accesa, lingua arida, senso di sete inestinguibile, persiste la tosse secca.

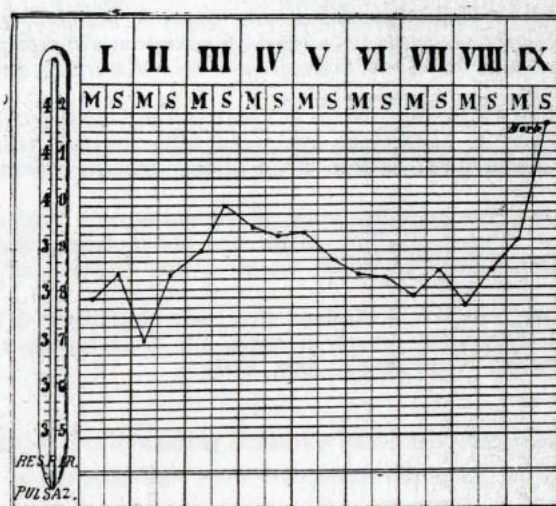


Fig. 2.

6 settembre. Il malato ha avuto delirio nella notte con allucinazioni; al mattino, sotto i colpi della tosse, uno sputo di catarro bronchiale sanguinolento. Temperatura 39° , 40° , 39° . 7, frequenza notevole del polso 120. Respiro 40, faccia arrossata, gonfia. Presenza di notevole quantità di albumina nelle urine; lingua persistentemente sporca, ed alito fetido, anoressia completa, vomitazioni. Dolore di gola. Somministro dose di salicinato sodico con antipirina. La pelle del malato, specie la faccia, ha i segni caratteristici del rash. Alla sera

comparsa di un'esantema petecchiale, specie alle pieghe cutanee (regione inguinale, ascellare). Qua e là macchie di aspetto scarlatinoso.

7 settembre. Delirio, insonnia, eruzione papulare, leggermente rilevate, rossastre alla fronte, alle pinne del naso, al cuoio capelluto, al collo, sulla faccia anteriore del torace. Temperatura 39° 5, 39° 6, 39° 3, fenomeni bronchiali gravi; dolore alla gola; lingua sempre riarsa. Bevande acidule; clisterino di cloralio per calmare il malato. La comparsa dell'eruzione papulo-vescicolare è rapida ed intensa; qua e là qualche piccola trasformazione delle papule in vescicole, che si fanno biancastre, ombelicate; i noduli, specie quelli del torace, più grossi. Presenza dell'esantema papuloso-vescicoloso sulla lingua.

8 settembre. Il malato segue grave: polsi 120-130; respirazione 30-40, si fanno bagni da 35° raffreddati gradatamente a 25°. Il malato si rifiuta all'alimento; 39° 4, 39° 2, 38° 8.

9 settembre. Persiste l'insonnia: più appariscente l'invasione pustolo-vescicolare; alla piega della coscia si avvertono delle macchie rosso-nerastre, come la pelle si disgregasse riarsa. Albumina abbondante nelle urine.

10 settembre. Segue grave stato di prostrazione; tosse più insistente, qualche sputo sanguigno; alla punta della lingua, a piastra, una pustola emorragica; glossite flemmonosa; respiro stertoroso. Eccitanti. 38°-39° 3.

11 settembre. Freqenti lipotimie. Si somministrano forti eccitanti; ossigeno. Stato gravissimo. Si direbbe che la trasformazione in vescico-pustole fosse arrestata; poche a tipo emorragico. Due bagni.

12 settembre. Alle ore 14. 35, dopo un rapido elevamento di temperatura (42°) l'ammalato muore in coma. Gli si dà sepoltura alle ore 22, in 8° 25' lat. N, in 28° 57" long. E. G.

Tuttavia, malgrado sieno stati constatati pochissimi casi di vaiuolo e di vaiuoloide nei viaggi di ritorno, pare sieno stati osservati in varii punti della penisola dei focolai circoscritti di epidemia di vaiuolo, di cui è stata attribuita la causa ad individui ritornati dal Sud-America, sebbene, per quanto già si è detto delle condizioni sanitarie di Barcellona, non è improbabile che l'infezione sia stata importata da una località più vicina.

Comunque il fatto dimostrerebbe che le disinfezioni del piccolo bagaglio e della biancheria sporca, e le vaccinazioni generali, che ormai si praticano costantemente sui piroscafi provenienti dal Sud-America,

non bastano a far argine all'invasione dei germi infettivi, che possono esser importati dai rimpatrianti, se ad esse non si associa la disinfezione del grosso bagaglio; e se non si dà agio al medico di bordo di poter visitare accuratamente i passeggeri quando imbarcano.

Oftalmie.

Fu imponente il numero di rimpatriati presentanti postumi di grave oftalmie sofferte o malattie oculari decorrenti; tanto che i medici di bordo, non potendo ricoverarli nelle infermerie, furono costretti, quasi sempre, a relegarli in un angolo di dormitorio onde evitare, nei limiti del possibile, che compromettessero la salute degli altri passeggeri.

Di questi malati pochissimi, i più gravi ed i più pericolosi per i sani, furono ospitati e curati negli ospedali e perciò figurano nella statistica.

Degli altri, che formano la grande maggioranza è fatto cenno saltuariamente ed in modo generico in molti giornali sanitari, senza che sieno ben precisati i casi e le diagnosi rispettive, mentre sarebbe stato di grande utilità l'averne una nota esatta, allo scopo di meglio dimostrare quale minaccia costituisca per la pubblica salute questa ondata di reduci affetti da oftalmie provenienti dal Brasile, che allaga villaggi e campagne, vale a dire località dove difficilmente è sorvegliata l'igiene e le cure sono problematiche.

Soltanto da pochi giornali di viaggio si sono potute raccogliere delle notizie più precise, e fra queste si riportano le seguenti:

Il medico del piroscafo *Città di New York*, dopo aver premesso che gli mancavano le parole per descrivere lo stato di miseria e di deperimento fisico presentato dai connazionali imbarcatasi a Santos il 13 novembre per rimpatriare, nella relazione di viaggio dà un elenco di 14 persone affette da malattie oculari, in maggioranza congiuntiviti tracomatose, da lui alloggiati in sezioni distinte dei dormitori.

I rimpatrianti imbarcati nel novembre al Brasile sul piroscafo

Equità, scrive il medico di bordo, erano nelle condizioni di salute le più miserevoli: moltissimi con malattie degli occhi rappresentate da congiuntiviti catarrali acute e croniche, follicolari, tracomatose e panni corneali, bulbi tisiici, ecc., ecc.

Parimenti in novembre furono imbarcati a Santos sul piroscalo *Ravenna*, 18 rimpatrianti affetti da tracoma, provenienti dalla campagna, che dichiararono al medico di bordo di non essersi mai presentati ad un sanitario, perchè una visita nelle *Fazende*, dove essi si trovavano, costava una somma enorme per le loro risorse.

Tuttavia, malgrado non si abbiano delle informazioni complete, si può affermare che l'esperienza del trascorso biennio va pur troppo dimostrando che quanto riferiva il tenente medico nella regia Marina dottor Grandinetti, nella relazione sanitaria del viaggio compiuto sul piroscalo *Città di Genova* (settembre-ottobre 1903), non peccava punto di esagerazione.

Basandosi su informazioni raccolte da medici italiani, residenti da molto tempo al Brasile e specializzati nelle malattie degli occhi, egli esponeva che una forma gravissima, estremamente virulenta di congiuntivite granulare, assale una grande quantità dei nostri connazionali che si trovano in quelle regioni, specialmente dal mese di febbraio a quello di giugno, forma che nel 40 o 50 per cento dei casi si complica con lesioni profonde della cornea.

Febbre gialla.

Dall'unico caso diagnosticato per febbre gialla nell'annata come di un altro di Beri-beri credesi utile riportare le storie:

Il 29 novembre, scrive il medico di bordo, è ricoverata nell'infermeria del piroscalo *Espagne*, partito sei giorni prima da Rio Janeiro per il viaggio di ritorno, una bambina di 9 anni. Nè la madre nè la inferma sanno dire se vi è stato brivido iniziale e *coup de barre*. Violenta cefalalgia concentrata alla fronte, alla regione orbitaria, con fotofobia. Agitazione enorme nei primi quattro giorni. Polso 100-115 nei primi 5 giorni; poi 90-70 ed anche meno. Lingua impatinata con bordi rossi. Palato congestionato e tumefatto. Gengive tumide. Il periodo astenico nel 7° giorno.

La pelle si è mantenuta sempre secca, non vi è stata mai itterizia e solo le sclerotiche hanno presentato una lievissima tinta subitterica difficile a constatarsi perchè l'ambiente non è ben illuminato (l'ospe-

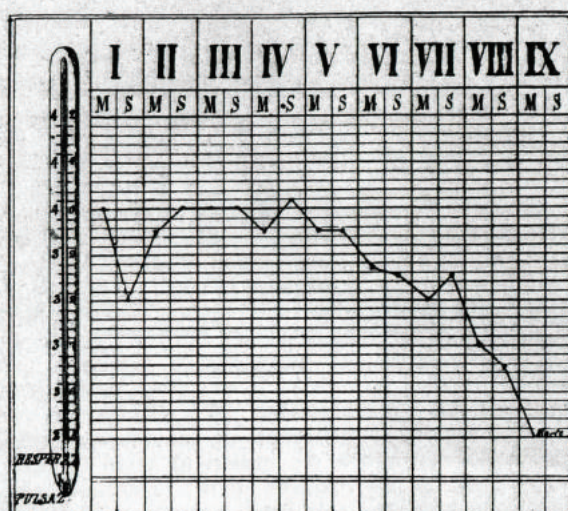


Fig. 3°

dale ha un solo *hublot* piccolo). Fegato e milza alquanto ingrossate. Costipazione sino al 3 dicembre, poi diarrea con incoscienza della defecazione. Al 4° giorno le urine si sono ridotte a pochi decilitri e al 5 dicembre anuria. Sino al 1° dicembre mai albumina: poi non ho potuto verificare, perchè l'inferma urinava con le feci e non ho potuto praticare il cateterismo per la grande agitazione.

Al 6 dicembre, cioè 24 ore prima della morte, è apparso il vomito nerastro, color posa di caffè, una volta e non più. La morte al 7 dicembre: in completa astenia. L'inferma si era imbarcata a Rio de Janeiro.

Considerazioni: La curva termometrica non è della febbre gialla. Al 3° giorno la febbre avrebbe dovuto cedere. Però eccezionalmente ciò può non accadere. Ed io ritengo siasi trattato di "Febbre gialla". I disturbi della urinazione, l'anuria ed il vomito color posa di caffè sono criteri diagnostici molto decisivi quando siamo in presenza di una inferma che viene da Rio Janeiro. Le iniezioni di chinino non hanno dato risultato alcuno, in modo da escludere la malaria.

Cura: Calomelano al principio. In seguito cura sintomatica. Lavande intestinali, iniezioni di chinina, di caffeina nel periodo di astenia.

In questo punto trova la sua sede logica anche la storia clinica di un rimpatriante di anni 39, che fu ricoverato nell'ospedale del piroscalo *Las Palmas* il 14 maggio, tre giorni dopo la partenza da Santos per l'Italia, con la diagnosi d'ittero grave, ragione per cui venne conteggiato nei malati comuni, ma che per la provenienza, i sintomi, il decorso e l'esito della malattia, malgrado le argomentazioni del medico di bordo, deve ritenere fosse affetto da febbre " amarilla " .

Un emigrante, scrive il medico del piroscalo, si presentò alla visita medica del giorno 14 accusando febbre e dolor di testa e fu trovato affetto da una forma di autointossicazione intestinale, accompagnata da elevazione termica di 38°.5. Siccome l'ammalato da vari giorni non andava di corpo, credei opportuno purgarlo con olio di ricino e sottoporlo quindi a dieta lattea. La sera di questo primo giorno la temperatura sali a 39° e per due giorni di seguito la mattina 38°. 5-9, la sera 39°, mentre la sera del terzo giorno non superava i 37° e nei giorni seguenti si mantenne fra i 36°.5 e 37.°

L'ammalato era fortemente disturbato da una diarrea fortissima per cui fu necessario ricorrere a dei clisteri all'acido tannico, che fecero migliorare assai questo disturbo, e nel medesimo tempo al posto del latte furono somministrati brodi ristretti e qualche uovo; Al quarto giorno però l'ammalato cominciò ad aver vomiti sanguigni neri, enterorragia e le mucose si tinsero di giallo itterico. Praticato altro minuzioso esame obiettivo, non fu riscontrato altro anormale fenomeno, per parte tanto dei visceri toracici come addominali, se ne togli un leggiero tumore di milza. Al quinto giorno il colorito itterico era generale e gravissimo, vomito sanguigno nero enterorragia, stato quasi soporoso, temperatura normale. Di fronte a questi fenomeni, data la provenienza, le notizie ricevute dal Console, ecc., era naturale che dovesse sorgermi il sospetto della possibilità di febbre gialla, e presi quindi tutte le necessarie e possibili precauzioni. Infatti, essendo risultato dall'esame obiettivo niente altro che un leggiero tumore di milza, e cercando, a base principalmente di esclusione, di formulare una diagnosi; due mi sembravano quelle che più rispondessero alla suaccennata fenomenologia: Ittero grave - Febbre gialla.

I fenomeni: gastro-enterite ematogena - vomito-nero dovuto certamente all'azione dell'acidità gastrica del sangue stravasato nello stomaco, in conseguenza delle gravi lesioni della sua mucosa, emorragie della mucosa boccale - ittero generale manifestatosi a malattia inoltrata - albuminuria - dolorabilità generale alla più piccola pressione - stato soporoso in sul primo, semicollasso e collasso di poi - temperatura normale; stavano più in favore della febbre gialla che di altra malattia, per quanto scandagliar si voglia tutta la pato-

logia, specialmente quella riguardante le malattie di fegato. Mancava, però un fenomeno saliente e assai caratteristico nella febbre gialla, l'anuria.

Per avventura trovavasi a bordo un cane, proprietà comune degli ufficiali, e ricordandomi degli esperimenti eseguiti dal professore SANARELLI, e non è molto dal dottor GAUTHIER a Marsiglia, in un caso di febbre gialla trasportatovi a bordo della nave *Provence* e dei consecutivi insegnamenti; cioè il cane è l'animale che più si presta per far risaltare le strette analogie anatomiche e sintomatologiche con la febbre gialla umana, iniettai nella safena di quel cane una intera siringa di Pravatz di sangue tolto all'ammalato (essendo non dubbio che il bacillo trovasi nel sangue e nei tessuti e non nella cavità intestinale come credevasi una volta), e tenni l'animale in stretta custodia.

Frattanto nel settimo giorno le condizioni dell'ammalato erano molto peggiorate: ai succitati fenomeni si aggiunsero, collasso completo, cuore adinamico. Nell'ottavo giorno, la mattina alle ore 9.45, l'ammalato morì.

A prima vista adunque sembrava che si fosse compiuto il ciclo regolare di un caso di febbre gialla. Ma l'importante fenomeno dell'urinazione mai venuta meno e l'albuminuria piuttosto diminuita in sull'ultimo, con abbondanza, invece, di acidi e pigmenti biliari, e visto inoltre che trascorsi due giorni il cane se ne rimaneva allegro e tranquillo come al suo solito, mentre secondo quello che ci dicono alcuni maestri (SANARELLI, GAUTHIER, HAMILTON, ecc.), in poche ore interviene nel cane il vomito, quasi che il virus ieteroide abbia come primo effetto l'azione di un potente emetico, sia per la rapidità come per la intensità ed insistenza; tutti questi fatti in sostanza, mi condussero alla diagnosi di ittero grave, intervenuto in seguito ad autointossicazione intestinale; ittero grave col quale, per quanto c'insegna la fisiologia e gli studi fatti sulla bile e composti biliari, potrebbero spiegarsi gran parte dei fenomeni suaccennati.

La cura fu a base di lavaggi intestinali — salolo a dosi forti — qualche iniezione di ergotina e dieta liquida.

Ciò nondimeno presi ogni misura igienica e pure il cane rimase per 10 giorni serrato.

Beri-Beri.

Nel viaggio di ritorno da Buenos Ayres fu assunto in cura, il 9 aprile 1905, sul piroscafo *Ravenna* un uomo affetto da beri-beri.

Uomo di 65 anni con moglie e tre figli sani. Fece 5 volte il viaggio in America. Faceva dal 1901 il giardiniere a Tandis, in provincia di Buenos Ayres. Non ebbe mai malattie sino al 24 agosto dell'anno decorso, non fu mai bevitore; fu colto da febbre con brividi,

con dolori violenti alle membra duratigli due giorni. Ai primi di settembre notò gonfiore alle gambe a livello della tibia, da principio solo alla destra e poi a tutte e due, che riscontrava soltanto la sera al mettersi a letto. Notava ancora formicolii e crampi agli arti inferiori, specie ai polpacci e un forte dolore del ginocchio lungo la faccia anteriore della coscia sino all'inguine. La forza dell'arto destro andò diminuendo lentamente, ma poté sempre camminare senza aiuto.

Dal giorno del suo imbarco fu ricoverato all'ospedale e sottomesso a cure arsenicale e iodica. Non ebbe mai febbre, e le sue condizioni generali si conservarono sempre buone e solo ebbe a lagnarsi di debolezza e torpore alle gambe, di crampi dolorosi dei polpacci, delle cosce e dell'addome, a cintura, molto forti nei giorni umidi. Ha sempre avuta insonnia. Attualmente presenta edema intermittente alla gamba destra a livello della tibia; il piede è freddo e pallido. L'esame della sensibilità fa notare una zona a manicotto di ipoestesia in tutta la gamba destra accentuata alla parte esterna della tibia ed alla pianta del piede corrispondente sino all'anestesia per il freddo ed il caldo, e una zona di iperestesia al di sopra verso il ginocchio. Lieve ipoestesia nella faccia anteriore dell'altra gamba. Oltracciò parali dei muscoli dell'altra gamba e difficoltà dei movimenti passivi. Deambulazione difficile, da atassico: il cammino è incerto, vacillante a gambe larghe. Non esiste sintomo di ROMBERG. Aboliti i riflessi plantari; diminuiti i cremasterici e addominali, normali i patellari; normali i riflessi pupillari. L'esame degli organi della vita vegetativa è negativo: la milza deborda lievemente dall'arco costale. Urine di basso peso specifico (1013), di colore pallido e di reazione acida, non contengono principii anomali. Sbarca nelle stesse condizioni generali e locali.

Prima di chiudere questa parte riferentesi alle malattie infettive e diffuse credesi opportuno di raggruppare alla descrizione dei casi surriferiti quelle di tre infermi, nel primo dei quali, studiato a bordo del piroscalo *Minas*, nel mese di luglio, durante il viaggio di ritorno da Buenos Ayres e da Santos (sebbene per la diagnosi stabilita dal medico curante sia stato conteggiato fra le malattie comuni), trattavasi probabilmente di lebbra di cui attualmente nell'America del Sud si vanno constatando numerosi casi: e negli altri due di risipola e di tetano, malgrado che questi ultimi appartenenti agli equipaggi non sieno considerati nel movimento ospedaliero.

Lebbra. — Un infermo di 49 anni si presenta, narra il medico di bordo, con lesioni trofiche cutanee al piede destro: bolle alla regione plantare, callo suppurato al dito piccolo, edema e rossore alla regione

dorsale: anestesia dolorifica a tutto il piede fino ai malleoli, anestesia termica nella stessa zona con integrità alla sensibilità tattile. Tutto ciò da circa 10 anni, durante i quali ha avuto ad intervalli o bolle o erosioni od altre alterazioni cutanee, sempre senza dolore.

Un esame sommario, più o meno accurato, relativo ai mezzi di bordo, ha fatto rilevare qualche disturbo di sensibilità nella gamba destra. Niente nell'anamnesi remota dell'infermo.

Il pensiero va alla malattia di Morvan, la quale però si localizza a preferenza alla mano. Ad ogni modo pare assodato dagli studi moderni che simili lesioni, che rassomigliano alla lebbra, possono mettersi in rapporto ad alterazioni siringomieliiche.

Cura. — Lavaggi antisettici e cura locale delle lesioni al piede. Cura interna tonico-ricostituente.

Resipela. — Il nostromo del piroscafo *Città di Genova*, di anni 57, si presentò il 20 gennaio, nella traversata da Genova a Buenos-Ayres, per farsi medicare di un piccolo bottoncino rosso un po' rilevato e circondato da una piccolissima zona infiammatoria della cute dell'avambraccio sinistro (regione posteriore mediana). Non seppe precisare la causa esterna che lo aveva prodotto, cosicchè non lo si poté mettere in rapporto con causa di servizio. Lo si medicò con impacco antisettico al sublimato.

La zona infiammatoria, ciò malgrado, andò sempre più diffondendosi e si stabilì uno stato febbrile continuo con lievi oscillazioni: da 39° la sera a 38°.5 la mattina. Contemporaneamente la cute si inspessiva, si faceva edematosa; ed il giorno 22 essendo comparsi brividi intensi ripetentisi ad intervalli di due o tre ore e nello stesso tempo punti di fluttuazione nella località iniziale dell'infiammazione ed al gomito, si procedette ad incisioni profonde nei detti punti, ma non ne fuoriuscì che liquido sieroso sanguigno.

Assodata allora la diagnosi di "resipela", la cura si ridusse ad impacchi antisettici borici ed al sublimato, poi ad iniezioni di soluzione fenica all'1 per mille nella zona di confine dell'area infiammatoria; sostenendo le forze del paziente con caffè, marsala e dieta nutriente. Nel giorno 22 la zona infiammatoria aveva preso tutto l'avambraccio ed un terzo della cute del braccio. Le incisioni praticate parvero indurre miglioramento, la febbre cadde per circa 15 ore; ma riprese tosto il suo tipo primitivo: continuò con remissioni accompagnate da brividi, mentre la zona erisipelatosa andava sempre più estendendosi verso la radice del braccio.

Il giorno 26 l'area cutanea, invasa dal processo, essendo già arrivata alla radice del braccio, insorse uno stato di dispnèa rilevante; si pensò che si potesse essere formato un processo flogistico polmonare o pleurico secondario, ma nulla di anormale si presentava da questo lato. Anche il cuore era normale, benchè le arterie periferiche presentassero già un notevole grado di ateromasia. Nello stesso giorno 26 si formarono delle flicte a contenuto sieroso sanguinolento nella re-

gione mediana del braccio, però lo stato edematoso della cute non ostacolava la circolazione profonda dell'arto, la mano era di poco più tumefatta della mano del lato sano, si percepiva bene la pulsazione della radiale. Le fliclene del braccio furono rotte ed allo scopo di ottenere una radicale toletta delle superfici cutanee, messe a nudo, si immerse il braccio ammalato per circa un'ora in una soluzione tiepida di sublimato al 4 per mille e si ripeterono le iniezioni di acido fenico all'1 per mille nella cute sana della spalla (una siringa di Pravatz iniettata in vari punti differenti).

Lo stato dell'ammalato verso le ore 8 di sera del giorno 26, era il seguente: temperatura 38°.5, dispnèa, agitazione. Le fliclene a contenuto sieroso-sanguigno e fondo ecchimotico si erano estese fino alla spalla esternamente e quasi all'ascella internamente; l'infermo accusava anuria e tenesmo rettale. Si praticò il cateterismo, ma la vescica era completamente vuota. Si somministrarono all'ammalato eccitanti ordinari; caffè, marsala.

Verso le ore 10, preceduto da una repentina caduta della temperatura (da 38°.5 a 36°.5) entrò in scena il quadro della "setticemia acutissima". Polso piccolo, frequente ed irregolare, ambascia ed agitazione vivissime, senso di soffocazione. Si misero in opera gli eccitanti cardiaci; iniezioni di etere e di caffeina, applicazioni calde generali e rivulsivi al petto ed alle estremità: tutto fu inutile. Il paziente moriva alle ore 2.20 del giorno 27.

Tetano. — Il giorno 5 del mese di dicembre, nel prendere l'ancoraggio di Santos, si spezzò la catena dell'ancora ed un moncone di questa andò a percuotere violentemente la mano destra di un marinaio del piroscalo *Les Alpes*, scrive il capitano medico della regia marina dott. Madia, producendogli frattura comminativa delle ultime falangi dell'indice. Presente il medico francese ed assistito dal medico civile italiano, disinfettai generosamente la ferita ed asportai i residui ossei delle due falangi insieme a tutte le parti molli contuse. Rimaneva un discreto lembo di tessuto apparentemente sano e con esso ricoprii la testa della prima falange. Senonchè nei 3 giorni consecutivi alla prima medicazione, l'estremità del moncherino cadde in cangrena, sicchè fu mestieri procedere all'amputazione di due terzi della falange, operazione che io eseguii previa sterilizzazione dei ferri e della medicatura mediante l'apparecchio a ciò destinato, nonchè la più accurata disinfezione dell'ospedale e dell'operatore ed aiuti. Sutura con seta passata per ebollizione; medicatura asettica.

Fino al mattino del 12 nessun incidente, assenza di dolore, neanche il più piccolo spostamento febbrile post-operatorio; l'ammalato con la sua mano sospesa al collo passeggiava pel bordo come un individuo per tutt'altro sanissimo. Io mi riserbavo di attendere ancora un paio di giorni per togliergli la medicatura, sicuro di trovare il moncone in via di cicatrizzazione.

Ma una triste sorpresa c'incolse nel pomeriggio: l'infermo accusò

di non potere aprire la bocca ed infatti le filiere dentali, ad onta di tutti gli sforzi attivi e passivi, si allontanavano appena un mezzo centimetro; la fisionomia aveva assunta un'impressione rigida e particolare per la contrazione involontaria e permanente dei masseteri, la respirazione era alquanto difficoltata. Trattavasi evidentemente di un trisma che, data una ferita digitale complicata a contusione e lacerazione dei nervi periferici nonchè a cangrena delle parti molli, e tenuto conto della sua apparizione al 7° giorno dal trauma, ossia nei limiti dell'incubazione del tetano, doveva preludere ad una simile infezione.

Il piroscalo era pronto a salpare; fra qualche ora ci saremmo trovati nell'Oceano, se la malattia fosse scoppiata, come era da aspettarselo, s'imponeva l'asportazione dell'intera ferita, per quanto scarso ne fosse l'affidamento.

L'ammalato avrebbe dovuto situarsi in una stanza tranquilla, lontana dai rumori, quasi priva di luce e senza correnti d'aria; sarebbe bisognato in poche parole allontanare tutte le cause, che, data l'abnorme eccitabilità riflessa di siffatti malati, sono capaci di promuovere una contrattura muscolare. Ciò non essendo possibile a bordo ed in navigazione, ordinai l'immediato sbarco del nominato marinaio all'ospedale di Bahia; e nella previsione che a quell'ora tarda (imbruniva) non si sarebbe trovato il capo reparto della Chirurgia, feci aggiungere alla breve relazione firmata dal medico francese queste parole: "urge la disarticolazione dell'intera mano".

Io non so se i sanitari di quell'ospedale abbiano creduto opportuno di procedere ad un immediato atto operativo. So soltanto questo che, giungendo a Dakar, il comandante ha ricevuto dall'agente della Società generale a Bahia il seguente telegramma: "Domenico decede". Questo telegramma era giunto a Dakar il mattino del 16, ciò che vuol dire che il disgraziato è morto nel periodo asfittico, il 15 al più tardi, ossia entro i tre giorni della comparsa del trisma.

Ecco adunque un caso autentico di tetano svoltosi nell'ambiente di bordo, ove in tanti anni di esercizio professionale non mi era ancora capitato di osservarne. E non è a dire che la porta di entrata di questa infezione sia rara negli equipaggi; chè anzi le escoriazioni, le punture, le ferite delle estremità, sopra tutto gli schiacciamenti e strappamenti di dita costituiscono il vero sostrato di ciò che chiamasi traumatismo nautico. Deploro in questo momento di non tener presente la statistica della nostra marina da guerra a riguardo dell'infezione tetanica (1), e quanto ai pochi libri di patologia navale che mi è riuscito di consultare, essi sono affatto muti in proposito.

Nel caso presente è lecito supporre che il bacillo di NICOLAÏER siasi

(1) In vero rarissima, poichè dalle statistiche risulta che due soli casi di tetano traumatico dal 1877 in poi, si svilupparono in due marinai che furono sbarcati in ospedale a terra, e morirono in seguito all'infezione. Il primo caso rimonta appunto all'anno 1877, il secondo al 1887. Un terzo caso, fu osservato nel 1895 in un sottocchiere che prestava servizio a terra. Nelle statistiche degli emigranti non figura nessun colpito da tetano.

trovato, al momento del trauma, su la catena dell'ancora, la cui porzione emergente dall'acqua è esposta durante la permanenza nei porti alla polvere ed al fango delle strade. La mano del ferito era infatti piena di terriccio che si cercò di rimuovere in totalità con una buona saponata, con delle continue irrigazioni di acqua al sublimato e perfino con dell'alcool. Si può dunque concludere che non è soltanto nella terra raccolta dalla superficie delle strade, dei campi di battaglia, dei giardini che si potrà trovare il microbo specifico del tetano.

Questa stessa terra trasportata dai venti in forma di pulviscolo è capace di raggiungere gli ancoraggi più o meno distanti, depositarsi sulle parti esposte del bastimento, infiltrarsi nei locali reconditi ove i disinfettanti arrivano di rado (uno di questi potrebbe essere il pozzo delle catene) e prestarsi a delle colture di bacilli tetanici.

Ma vi è un'ultima considerazione a fare. Il disgraziato accidente ha avuto luogo a Santos, ossia nelle vicinanze del Tropico del Capricorno, ed è là senza dubbio che il microrganismo del tetano si è dovuto fare strada nei tessuti contusi, probabilmente nella guaina di qualche nervo lacerato. Ora è noto che nell'America del Sud e soprattutto nell'America tropicale esiste il così detto tetano reumatico epidemico del tropico.

La qualifica di " reumatico " è stata conservata per tradizione, nessuno più dubitando oggigi che il tetano è sempre legato ad una soluzione di continuità nei tessuti.

Leggendo una statistica sanitaria settimanale riportata da un giornale brasiliano, ho appreso che la malattia esisteva a quell'epoca in forma epidemica e colpiva a preferenza i neonati. L'infezione ha luogo attraverso la scontinuità che si forma in seguito al distacco del cordone ombelicale.

Se questa speciale epidemia di tetano abbia o meno partecipato alla genesi del caso disgraziato capitato a bordo del *Les Alpes* che ha avuto il suo triste epilogo all'ospedale di Bahia, io non potrei dire. Ho voluto semplicemente ricordare una circostanza simile per meglio illustrare questo caso, sopra ogni dire degno d'interesse.

Lesioni violente.

Le lesioni violente di cui il quadro 4° della parte I, pagina seguente, dà un elenco che comprende non soltanto i casi che furono trattati nelle infermerie, ma anche quelli curati ambulatoriamente dei quali si è trovato cenno nel diario dei giornali sanitari di bordo, furono generalmente leggere, e se molte di esse, come si può rilevare dal predetto elenco non erano ancora guarite allo sbarco dei lesionati, ciò più che dalla loro gravità è dipeso dalla circostanza dall'essere state riportate negli ultimi giorni di viaggio.

QUADRO N. 4 (Parte I).

Casi di lesioni violente verificatisi nei viaggi sia di andata che di ritorno dal Sud America nell'anno 1905.

NATURA delle lesioni violente	NEL VIAGGIO												TOTALE GENERALE			
	di andata						Totale	di ritorno								
	Uomini	Donne	Bambini	Esito				Uomini	Donne	Bambini	Esito					
				Guariti	Sbarcati non guariti	Morti	Guariti				Sbarcati non guariti	Morti				
Commozione viscerale	"	"	1	1	"	"	1	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Contusione al gomito	"	"	1	1	"	"	1	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Contusione al ginocchio	1	"	"	1	"	"	1	1	"	"	1	"	"	"	"	2
Distorsione del gomito	"	"	"	"	"	"	"	1	"	"	1	"	"	"	"	1
Distorsione al polso	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"	1	"	"	"	"	1
Distorsione al ginocchio	1	"	"	1	"	"	1	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Distacco dell'epifisi inferiore del femore	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"	1	"	"	"	1
Distorsione articolazione tibio-astragalea	"	2	"	2	"	"	2	"	"	"	"	"	"	"	"	2
Ferita da punta al petto	1	"	"	1	"	"	1	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Ferita contusa al cuoio capelluto	1	"	1	1	1	"	2	1	"	"	1	"	"	"	1	3
Ferite contuse alle dita	2	"	1	1	2	"	3	2	"	"	2	"	"	"	2	5
Ferita da taglio alla gamba	"	"	1	1	"	"	1	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Frattura osso frontale e della base del cranio	"	"	"	"	"	"	"	1	"	"	"	"	1	"	1	1
Frattura della clavicola	"	"	2	"	2	"	2	"	"	"	"	"	"	"	"	2
Frattura delle coste	1	"	"	"	1	"	1	1	"	"	1	"	"	"	1	2
Frattura del radio	2	1	"	1	2	"	3	1	2	1	"	4	"	"	4	7
Frattura delle falangi delle mani	1	"	"	"	1	"	1	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Frattura del femore	1	"	2	"	3	"	3	1	"	"	"	1	"	"	1	4
Frattura della rotula	1	1	"	"	2	"	2	"	"	"	"	"	"	"	"	2
Frattura della tibia	"	1	"	"	1	"	1	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Scottatura alla faccia	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	1	"	"	"	1	1
Scottatura alle mani	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	1	"	"	"	1	1
Scottatura alle gambe	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	1	"	"	"	1	1
Totale	12	5	9	11	15	"	26	9	3	5	9	7	1	17	43	

Di casi che meritano d'esser ricordati non vi è che il seguente:

Sul piroscalo *Toscana*, che ritornava da Buenos-Ayres, venni il 6 giugno avvisato, narra il medico di bordo, che nel locale n. 1, in primo corridoio, era caduto dalla scala, posta sotto il castello di prua, il passeggero di 3^a classe, Barca Raniero, d'anni 59, di professione marinaio, nato e domiciliato in Ancona.

Recatomi immediatamente sul posto, ho trovato il ferito adagiato per terra, con tutto il viso insanguinato per forte emorragia nasale e deformato per infiltrazione sanguigna nel tessuto cellulare sottocutaneo. Il ferito non presentava più segni di vita. L'ho fatto trasportare in barella, con tutte le cautele, nell'ambulatorio, dove ho potuto constatare che la morte era stata istantanea, e causata da frattura comminutiva dell'osso frontale e da frattura della base del cranio. Il cadavere venne trasportato provvisoriamente nel bagno adiacente allo ambulatorio. La caduta del Barca è da attribuirsi a semplice disgrazia. Egli cadde accidentalmente dalla sommità della scala durante una forte beccheggiata battendo con la fronte, prima di cadere sul ponte, sul bordo di uno degli ultimi gradini.

Malattie mentali.

Si è riscontrato un notevole aumento delle malattie mentali al ritorno. La proporzione di 0.27 per mille del 1904 è salito nel 1905 ad 1.00. La spiegazione sta forse nel fatto, che i medici di bordo accettano oggidì più facilmente infermi di malattie mentali, disponendo ora maggiori comodità per custodirli che pel passato. Lo specchietto che segue contiene l'elenco dei casi di infermità di mente raggruppati a seconda delle diagnosi notate nei giornali sanitari:

**Casi di infermità mentali verificatisi nei viaggi sia di andata
che di ritorno dal Sud America nell'anno 1905.**

INFERMITÀ	NUMERO DEI CASI verificatisi nel viaggio				TOTALE
	di andata		di ritorno		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Alcoolismo cronico	"	"	5	"	5
Alienazione mentale	"	1	7 (1)	3	11
Deficienza mentale	1	"	1	2	4
Delirio di grandezza	"	"	"	1	1
Demenza acuta	"	"	1 (2)	"	1
Demenza paralitica	"	"	2	"	2
Lipemania	"	1	4 (3)	1	6
Mania	"	"	2 (4)	"	2
Mania acuta	"	"	3 (5)	"	3
Mania di persecuzione	"	"	8 (6)	1	9
Paranoia	"	"	2	"	2
Totale	1	2	35	8	46

- (1) Respinti 2.
 (2) Morto 1.
 (3) Respinto 1.
 (4) Respinto 1.
 (5) Respinti 2.
 (6) Tentato suicidio 1.

Fra tutti i casi è degno di nota quello di demenza acuta seguito da morte, di cui riferisce il medico del piroscafo *Florida* nella storia seguente:

La sera del 5 ottobre fui chiamato in coperta, e trovai un uomo di 39 anni, certo Tesei, con convulsioni toniche e cloniche, che

erano venute da pochi minuti, e che cessarono, pochi minuti dopo. La faccia notavasi congesta, eravi trisma, e alle scosse cloniche era subito successo uno stato di rigidità tonica. Il malato si riebbe subito, ma non seppe dir nulla e fu subito messo a letto in ospedale. Non morsi della lingua, non perdite di urine o di feci.

Il giorno 6 e 7 nulla di nuovo, il 6 prese un purgante. L'individuo era in uno stato di apatia, con qualche leggera scossa parziale clonica. Interrogato non sa dir nulla dei suoi precedenti. Accenna solo all'esser gli state rubate 100 lire; ma non risultò accertato dalle indagini fatte. Il giorno 8 data dell'arrivo a Buenos Ayres, il Tesei non sbarca, attendendosi speciale visita medica. Intanto si svolgono dei fatti nuovi; paura di non potersi reggere in piedi e di cadere (malgrado che la forza muscolare degli arti inferiori non sia scemata), occhio dilatato come per angoscia, pupille ristrette, parola intercisa, sensibilità normale, riflessi tendinei esagerati per l'eccitabilità abnorme dell'infermo.

Il giorno 15 il medico argentino dichiara che il Tesei deve essere riportato in Italia. Intanto questi rifiuta il cibo e perde materie fecali ed urina nel letto; a stento gli si fanno sorbire cucchiariate di latte e uova con marsala. L'insonnia ostinata richiede l'uso del cloralio. L'apatia aumenta: il Tesei ha la fisionomia di un ebete; malgrado le continue cure di pulizia comincia un arrossimento sospetto alla regione sacrale, su cui si fanno dei bagni astringenti tannici. Finora il Tesei è stato sempre apirettico. Negli ultimi giorni si forma l'escara sacrale. L'infermo ha delle allucinazioni visive. L'esaurimento progredisce sempre più, e, in uno stato di incoscienza, il Tesei muore la mattina del 26 ottobre alle ore 4,30. L'indomani, colle consuete formalità, alle ore 4,30 il cadavere viene allontanato da bordo. Procedutosi all'inventario degli effetti del morto non si trovò nulla che possa rischiarar la diagnosi; solo risulta che una Tesei (forse sorella) era rinchiusa in un reclusorio, e che lui stesso era nello stesso stabilimento, o perchè recluso o perchè quivi impiegato.

La diagnosi di demenza acuta è stata principalmente basata sullo stato di debolezza mentale in cui era caduto l'individuo, sull'essere questa successa ad un attacco di epilessia, sull'assenza di localizzazioni nervose speciali, sulla mancanza della febbre, sull'apatia speciale e l'incoscienza del proprio stato.

Morbosità e mortalità verificatesi negli emigranti durante i viaggi sia di andata che di ritorno dal Sud America
in ciascuno degli anni 1903, 1904 e 1905 (medie per mille).

ANNI	MORBOSITÀ										MORTALITÀ											
	Uomini		Donne		Bambini dai 5 ai 10 anni		Bambini sotto i 5 anni		Medie totali		Uomini		Donne		Bambini dai 5 ai 10 anni		Bambini sotto i 5 anni		Medie totali			
	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno	Andata	Ritorno		
1903. . .	12.04	23.46	14.17	13.76	27.07	18.84	40.78	22.33	15.73	20.32	0.24	1.60	0.88	1.51	3.04	0.27	1.51					
1904. . .	8.92	15.24	12.19	10.51	28.92	14.09	32.74	20.36	12.60	15.03	0.21	1.03	0.06	0.53	0.63	0.84	3.92	2.69	0.46	1.15		
1905. . .	10.89	17.54	14.26	20.86	28.84	25.66	43.09	32.19	14.92	20.43	0.19	0.84	0.15	0.41	0.62	0.29	3.11	2.44	0.41	0.91		

PARTE II.

Viaggi per e dall'America del Nord.

La media della morbosità, che è stata inferiore nel 1905 a quella del 1903, ha però superato quella riscontrata nel 1904 in una proporzione quasi eguale a quella che si è rilevata per l'emigrazione al Sud.

L'aumento nei viaggi di andata è in minima parte dovuto alle malattie infettive, specialmente alla malaria, e pel rimanente alle malattie comuni, ed è forse causato dal numero maggiore di lievi indisposizioni curate nelle infermerie, il che si può rilevare non solo dalle tabelle cliniche dei giornali sanitari, ma anche dall'aumento della media dei guariti, che ha dato il 5.00 per mille nel 1904, mentre nel 1905 si è avuto il 5.56; aumento che approssimativamente corrisponde a quello dei malati.

Le più alte percentuali di malati nei viaggi di andata sono state constatate sui piroscafi seguenti:

PIROSCAFI	PORTO DI PARTENZA, di destinazione e data	Per- centuale	CAUSA PREDOMINANTE dell'alta percentuale
Germania	Napoli per New York 11 gennaio 1905.	4.4	Morbillo.
Prinz Adalbert . .	Genova per New York 4 novembre 1905 (toc- cando Napoli).	2.32	Influenza.
Città di Torino . .	Genova per New York 23 marzo 1905.	2.22	Affezioni vie respiratorie e malaria (rec.).
Manuel Calvo (a) .	Genova per New York 21 agosto 1905.	4.5	Disturbi gastrici e mala- ria (rec.).
Città di Torino . .	Genova per New York 5 settembre 1905.	2.63	Malaria (rec.).

(a) Il medico di bordo attribuisce l'alta percentuale di malati alla lunga durata del viaggio ed all'aver toccato porti intermedi.

QUADRO N. 6 (Parte II).

Morbosità presentata dagli emigranti durante i viaggi di andata verso l'America del Nord nell'anno 1905.

EMIGRANTI	NUMERO degli emigranti	MALATI ricoverati nell'infermeria	ESITO DEI MALATI			MEDIA PER MILLE	
			guariti	sbarcati non guariti	morti	dei malati	dei morti
Uomini	182,956	1,146	932	204	10	6.26	0.06
Donne	17,517	324	273	46	5	18.49	0.28
Bambini dai 5 ai 10 anni .	10,149	119	82	36	1	11.72	0.09
Bambini sotto i 5 anni .	12,057	231	157	58	16	19.15	1.32
Totale . . .	222,679	1,820	1,444	344	32	8.17	0.14

Parti: A termine 5 — Prematuri 1 — Aborti 10.

QUADRO N. 7 (Parte II).

Morbosità presentata dai rimpatrianti durante i viaggi di ritorno dall'America del Nord nell'anno 1905.

RIMPATRIANTI	NUMERO dei rimpatrianti				MALATI ricoverati nell'infermeria	ESITO dei malati			MEDIA per mille	
	volontari	per motivi di salute	per altre cause	Totale dei rimpatrianti		guariti	sbarcati non guariti	morti	dei malati	dei morti
Uomini	51,300	242	1,827	53,369	889	274	593	22	16.65	0.41
Donne	5,803	31	165	5,999	149	57	90	2	24.83	0.33
Bambini dai 5 ai 10 anni .	2,272	12	56	2,340	22	12	10	"	9.40	"
Bambini sotto i 5 anni .	3,396	"	41	3,437	100	56	36	8	29.09	2.32
Totale . . .	62,771	285	2,089	65,145	1,160	399	729	32	17.80	0.49

Parti: A termine 7 — Prematuri 2 — Aborti 4.

QUADRO N. 8 (Parte II).

Elenco delle malattie seguite da morte a bordo dei piroscafi in servizio di emigrazione durante i viaggi sia di andata che di ritorno dal Nord America nell'anno 1905.

CAUSE DI MORTE	NUMERO DEI DECESSI VERIFICATISI nel viaggio								TOTALE GENERALE
	di andata				di ritorno				
	Uomini	Donne	Bambini dal 5 ai 10 anni sotto 15 anni	Totale	Uomini	Donne	Bambini dal 5 ai 10 anni sotto 15 anni	Totale	
Accesso asmatico	"	1	"	1	"	"	"	"	1
Annegamento (suicidio)	"	"	"	"	1	"	"	1	1
Atrepsia	"	"	"	"	"	"	2	2	2
Bronchite	"	"	1	1	"	"	"	"	1
Bronco-polmonite	"	"	2	2	1	"	"	1	3
Cancro dello stomaco	"	"	"	"	1	"	"	1	1
Cancro polmonare	"	"	"	"	1	"	"	1	1
Collasso (aborto)	"	1	"	1	"	"	"	"	1
Coma diabetico	"	"	"	"	1	"	"	1	1
Difterite	"	1	1	2	"	"	2	2	4
Eclampsia	"	"	1	1	"	"	"	"	1
Endocardite	"	"	"	"	1	"	"	1	1
Emorragia cerebrale	1	"	"	1	"	"	"	"	1
Ferita d'arma da fuoco all'addome	"	"	"	"	1	"	"	1	1
Gastroenterite	1	"	1	7	"	"	2	2	11
Gliomatosi della sostanza bulbare	"	"	"	"	1	"	"	1	1
Inanizione	"	"	"	"	"	"	1	1	1
Marasma senile	1	"	"	1	"	"	"	"	1
Meningite	1	1	"	1	3	"	"	"	3
Morbillo	"	"	2	2	"	"	"	"	2
Nefrite (coma uremico)	"	"	"	"	"	1	"	1	1
Occlusione intestinale	"	"	"	"	1	"	"	1	1
Paralisi cardiaca	"	"	1	1	1	1	"	2	3
Peritonite	1	"	"	1	1	"	"	1	2
Polmonite	5	"	"	5	1	"	"	1	6
Tifoidea	"	"	"	"	"	"	1	1	1
Tubercolosi polmonare	"	"	"	"	7	"	"	7	7
Vizio cardiaco	"	1	"	1	3	"	"	3	4
Totale	10	5	1	16	32	2	8	32	64

Fra le malattie comuni predominarono, come nel passato, anche nel 1905, quelle dell'apparato respiratorio, a causa delle repentine variazioni di temperatura, accentuatissime specialmente al passaggio della corrente del Golfo, alle quali gli emigranti abituati al clima dell'Italia meridionale si espongono, malamente difesi da poveri panni leggeri.

Nei viaggi di ritorno le malattie croniche, come già si ebbe occasione di dire, fornirono il più numeroso contingente di malati comuni.

I casi di malattie più interessanti sia nei viaggi di andata come in quelli di ritorno (ad eccezione delle affezioni mentali, delle lesioni riportate a bordo per disgraziati accidenti e delle malattie infettive, delle quali si parlerà poi per seguir l'ordine tenuto pel Sud America) sono i seguenti descritti dai rispettivi medici di bordo.

Linfadenia leucemica. — Un giovane di 17 anni si presenta il 6 febbraio sul piroscalo *Königin Luise*, che ritornava da New York, alla visita medica del pomeriggio, accusando debolezza e dolori alle gambe. È un individuo in ritardo di sviluppo relativamente all'età, ancora impubere, estremamente pallido per anemia profonda. Tutto il suo sistema glandolare è ipertrofico: tumori gangliari grossi come noccioli e come noci, liberi da aderenze cutanee si vedono agli inguini, al collo, alle ascelle, nelle fosse sopra clavicolari, dietro gli orecchi: la milza è tumefatta, si palpa al disotto dell'arco costale da cui però non sporge, e la sua ottusità arriva in avanti tra la linea ascellare media e l'anteriore.

Si ascolta soffio in primo tempo alla punta del cuore. La temperatura è 38°, ma l'infermo non ha la sensazione della febbre, ha poco appetito, le funzioni intestinali regolari. Racconta che in America (a New York) faceva il mestiere di frugare nelle barche cariche di spazzatura (mentre eran rimorchiate in alto mare per esservi vuotate) per cercarvi stracci, vetro, metallo, ecc., per conto di un impresario; per cui rimaneva tutto il giorno in mezzo all'immondizia respirandone le esalazioni malsane, e soltanto la sera si ritirava a casa. Al suo paese faceva il pastore, e quando andò in America godeva discreta salute. Questa sua malattia cominciò 4 mesi or sono con gonfiore dei gangli, debolezza, pallore; e andò sempre peggiorando, pur non obbligandolo a stare a letto.

Cura. Si fa una iniezione ipodermica di cacodilato di soda e ferro.

Dieta: Latte sterilizzato $\frac{1}{2}$ litro. Temperatura: ore 20: 38°, 5.

7 febbraio. L'infermo dormì bene nella notte. Temperatura 38°, 5. Ha un po' di tosse secca. All'ascoltazione polmonare non si nota niente di anormale. Temperature ore 12: 38°, 1; ore 20: 38°, 2.

9 febbraio. Temperatura 38°, 2. Stato dell'infermo sempre eguale;

non si nota miglioramento. Si seguita la stessa cura, e si dà la stessa dieta. Temperatura ore 12: 37°, 7; ore 20: 37°, 9.

10 febbraio. Stazionarie le condizioni dell'infermo. Egli non appetisce il cibo; dorme poco la notte. Temperatura ore 12: 38°, 1; ore 20: 38°, 5. Dieta la solita; cura idem.

11 febbraio. Nessuna novità nello stato dell'infermo. Continua sempre la febbre. Temperatura ore 8: 38°.

Si seguita a dare l'arsenito potassico con la nocevomica nel decotto di china e la stessa dieta di brodi, uova, latte. L'infermo, arrivato il piroscalo a Napoli la sera, è trasportato all'ospedale per proseguirvi la cura.

Corpo estraneo nell'esofago. — Il 13 marzo, nel viaggio di ritorno da New York, un uomo di 30 anni, a bordo del piroscalo *Neustria*, mentre pranzava, in un accesso di riso scomposto, ha ingoiato un grosso pezzo di carne bollita senza masticarla. Il bolo si è arrestato alla base del collo producendo un moderato senso di pena. Ha smesso di mangiare, ed ha provato parecchie volte a bere dell'acqua per spingere il bolo nello stomaco, ma non vi è riuscito, l'acqua non passava e veniva rigettata. Alle 5 1/2 pom. si è presentato all'infermeria. Un bicchierino di cognac non giunge nello stomaco ed è subito restituito. Una iniezione di apomorfina produce violenti contrazioni del ventricolo, il malato sente il contenuto stomacale salire fino alla base del collo, ma non riesce a vomitare nulla. Asserisce con certezza assoluta che il bolo arrestatosi nell'esofago è costituito di sola carne magra bollita. Allora s'introduce la sonda stomacale di Faucher la quale entra facilmente per 20 cm. e si arresta contro un ostacolo che non si riesce a superare. Il senso di corpo estraneo intanto dalla base del collo è disceso all'altezza del 3° medio dello sterno e dietro di questo osso; nessuna sensazione indietro lungo la colonna vertebrale. La respirazione normale. Il malato si rifiuta all'introduzione del panierino di Graefe, dice di voler aspettare fino a domattina; è ricoverato in ospedale.

14 marzo. Questa mattina il malato non avverte più la sensazione di corpo estraneo, crede che sia disceso. Un bicchierino di cognac giunge nel ventricolo senza ostacolo. Il tubo di Faucher penetra ugualmente bene nello stomaco senza difficoltà. Il malato è congedato e si veste per uscire dall'ospedale, quando in un accesso di vomito caccia dalla bocca una grossa salciccia a forma di pera lunga 6 centimetri circa, larga 2 e mezzo, costituita esclusivamente di carne magra bollita. Essa non ha subito la minima digestione, non ha odore acido, ha conservato lo stesso aspetto di quando fu mangiata. La direzione delle fibre è quella del massimo diametro della salciccia. L'ammalato afferma essere la prima volta che gli capita simile accidente.

Mi pare, dice il medico di bordo, che il fenomeno non si possa spiegare altrimenti che ammettendo un diverticolo esofageo, rarità teratologica di cui pochi casi sono registrati nella letteratura.

Polinevrite. — L'infermo, uomo di 35 anni, il giorno dopo la nostra partenza da New York, si presentò il 17 marzo alla visita medica, accusando forti dolori agli arti inferiori con difficoltà alla deambulazione, cefalea, senso di spossatezza generale, inappetenza. Aveva febbre a 37°. 9, leggermente edematose le articolazioni al malleolo; nulla a carico degli organi toracici e addominali. L'inizio della malattia rimontava a tre settimane, epoca in cui nel più completo benessere fu assalito, a suo dire, da febbre, dolori e gonfiore agli arti e alla faccia. Praticò qualche cura che valse ad attenuare i dolori e la febbre; ma dopo parecchi giorni, trovandosi esso solo e privo di assistenza, si decise al rimpatrio e così venne al nostro bordo.

Le brevi notizie anamnestiche e i sintomi osservati nel nostro infermo, ci fecero pensare che egli fosse affetto da reumatismo muscolare e articolare, tanto più che egli, per ragioni del suo mestiere, era stato molto spesso, anzi di continuo, esposto all'umidità e al freddo. E con questo criterio diagnostico si praticò anche l'esame dell'apparecchio cardio-vascolare, ma all'infuori di una minore intensità dei toni del cuore, nulla si rilevò di patologico a carico delle valvole o del muscolo cardiaco.

Ricoverato l'infermo in ospedale, fu sottoposto ad applicazione di pomata oppiata sulle regioni, sedi dei dolori, e somministrazione interna dei preparati salicilici e adatta dieta. Alla sera del suo ingresso, per quanto nel giorno avesse avuto profusi sudori, la febbre raggiunse i 39°. Al mattino seguente leggera remittenza con sudore e alla sera febbre a 38°. 5, dolori ancora accentuati ad ambedue gli arti, specie alla parte posteriore, alla regione dei polpacci e sul calcagno; dolori lungo il decorso dei nervi, esacerbantisi alla pressione che l'infermo diceva come delle trafitture. Questo fatto incominciò a farci nascere qualche dubbio sulla prima diagnosi emessa e ci spinse a fare al mattino seguente un esame obiettivo più completo. L'infermo presentava febbre a 37°. 4, i dolori sempre alla stessa sede, estesi anche alla cintura, gli arti inferiori eseguivano con difficoltà qualunque movimento attivo, erano come paretici e con leggiera alterazione della sensibilità tattile, termica e dolorifica. Invitato a scendere dal letto si osservò la difficoltà grandissima a compiere quest'atto, e appena poggiati i piedi a terra, l'individuo non poteva reggersi sulle gambe, e traballava e cercava di puntellarsi a gambe divaricate per mantenere la posizione eretta. Invitato a camminare si rese palese un'atassia spiccatissima (disturbi della coordinazione dei movimenti). L'infermo sollevava molto le gambe dal suolo e nello stesso tempo abbassava con forza il piede a terra (passo di scuola del MINGAZZINI). Impossibile far voltare bruscamente il malato come per un movimento di dietro-front, senza che egli minacciasse di cadere. Tale andatura atassica non si osservava al primo esame. Illuminati da questo sintomo importante si continuò l'esame obiettivo e si riscontrò: abolizione completa dei riflessi rotulei, indeboliti i riflessi cutanei e tendinei; palese il sintomo di ROMBERG; le pupille miotiche, non rea-

genti alla luce e all'accomodazione. Non si potè praticare l'esame elettrico per mancanza di apparecchi, ma evidentemente ci doveva essere reazione degenerativa, presentandosi i mäscoli degli arti inferiori molli, flaccidi, alquanto ipotrofici.

Interrogato l'infermo nei suoi precedenti anamnestici, si venne a conoscenza essere egli forte bevitore (beveva fino a 5 e 6 litri di vino o birra al giorno) e che aveva anche abusato molto della Venere (al paese quantunque ammogliato e usando giornalmente della moglie, aveva anche un'amante, al cui altare spessissimo sacrificava). Nessuna traccia di sifilide in atto, nè pregressa, nessun disturbo a carico della defecazione e della minzione e l'esame clinico delle urine non ci fece rilevare presenza dell'albumina, zucchero, sangue o altri elementi patologici. L'infermo è di costituzione scheletrica regolare, colorito della cute pallido.

Il risultato di questo esame ha fatto rientrare il criterio diagnostico nel campo della nevropatologia e di una lesione periferica e non centrale. Difatti l'insorgenza acuta febbrile della malattia, e con le cause reumatizzanti che la precedettero; la sede e la natura dei dolori; la paresi degli arti inferiori con la flaccidità muscolare; la scomparsa dei riflessi patellari; l'andatura atassica e il sintomo di Romberg, ci fanno ammettere la diagnosi di polinevrite, forma atassica (pseudo-tabe degli alcoolizzati) non mancando nel nostro caso l'elemento etiologico dell'alcoolismo cronico. E con questa diagnosi i profusi sudori osservati e i piccoli edemi vanno considerati come alterazioni trofiche della pelle, non infrequenti nelle nevriti. Abbiamo esclusa la diagnosi di vera tabe per l'insorgenza acuta febbrile della malattia e dell'atassia (l'infermo non ha mai sofferto dolori di sorta o il minimo disturbo della deambulazione prima d'ora); l'esistenza del riflesso pupillare alla luce e all'accomodazione; la mancanza assoluta di ogni disturbo della minzione e della defecazione.

L'infermo ha trascorso i rimanenti giorni del viaggio in istato di relativo benessere. Con frizioni di pomate oppiate e iodate e col massaggio si è riuscito a calmare i dolori; la somministrazione di antipiretici ha fatto scomparire la febbre; la dieta corroborante ha migliorato il suo stato generale. L'infermo in discrete condizioni è sbarcato a Napoli all'ospedale.

Gliomatosi della sostanza bulbare. — Il 12 luglio, narra il medico di bordo, veniva ricoverato nell'infermeria del piroscalo *Sicilia*, che stava per partire da New York diretto a Genova, un giovane di 17 anni. Egli non sa dire nulla degli avi: padre morto in giovane età, madre vivente e sana. Ha due fratelli in buona salute. A due anni soffersse di morbillo: a 14 anni fu ammalo di periostite alla tibia destra: non si contagiò mai di sifilide e di altre malattie veneree. Nello scorso febbraio emigrò a New York, dove si impiegò in una fabbrica di ghiaccio. Ai primi dello scorso aprile incominciò ad avvertire all'arto superiore sinistro una certa difficoltà nei movimenti,

difficoltà che si propagò rapidamente all'arto inferiore sinistro. Dopo 25 giorni dall'inizio della malattia perdeva completamente l'uso degli arti di sinistra. Verso il 3 giugno s'accorse anche di una certa difficoltà nel parlare, e di non poter più girare l'occhio sinistro verso l'esterno. Venne ricoverato all'ospedale italiano, dove, a quanto pare, non fu sottoposto ad alcuna cura, e vi rimase sino al 12 luglio, epoca nella quale fu accompagnato a bordo per rimpatriare, munito di biglietto consolare. Data la emiplegia, richiedente il servizio di una persona, per uso esclusivo dell'ammalato, sono stato in forse ad accettarlo o no, ma di poi, in considerazione del numero non grande di passeggeri imbarcati, ed anche dell'essere stato l'ammalato respinto dai parenti, ne permisi l'imbarco, ricoverandolo all'infermeria.

Esame oggettivo. — Individuo di costituzione normale; ha colorito bruno: pannicolo adiposo scarso: masse muscolari poco sviluppate flaccide. Alla faccia anteriore della tibia destra si nota un ispessimento notevole. Nessun disturbo della memoria; l'infermo dimostra di comprendere le domande che gli si rivolgono, sforzandosi di far comprendere a cenni quello che non può spiegare colla parola. Gusto, olfatto, udito: normali.

Strabismo convergente a sinistra per paralisi del retto esterno di destra: paralisi del retto interno. riflessi pupillari normali alla luce ed all'accomodamento. Non accusa disturbi della visione, non si può fare l'esame del fondo dell'occhio e del campo visivo, mancandone i mezzi.

Facendogli digrignare i denti si nota paralisi del facciale inferiore di destra; facendogli chiudere le palpebre, paralisi dell'orbicolare. Non riesce a protendere la lingua, la quale non presenta deviazioni. Il velopendolo è normale. Presenta una paralisi completa, flaccida dell'arto inferiore e dell'arto superiore sinistro; non si riscontra alcun disturbo delle varie sensibilità.

Riflesso patellare normale a destra: esagerato a sinistra: non esiste clono del piede, nè il riflesso plantare. I riflessi cutanei sono aboliti; non si osserva il fenomeno di Romberg. Andatura paralitica.

Urina normalmente: emette le feci spontaneamente; soffre di stitichezza, e perciò ogni mattina si prescrive un enterocisma d'acqua bollita. Temperatura normale.

L'ammalato si mantenne nelle sopra descritte condizioni fino al mattino del 20 luglio. In tal giorno, essendomi recato verso le 5.30 all'infermeria, lo trovai seduto sulla cuccetta in istato di dispnèa, non potendo che con molta difficoltà espettorare e respirare, essendosi iniziata la paralisi dei muscoli innervati dal pneumogastrico e del frenico.

Stante lo stato grave dell'infermo, disposi che fosse portato nell'infermeria d'isolamento delle donne, essendo vuota e che il capitano destinasse un piantone fisso, avendo l'ammalato di continuo bisogno di cambiare di posizione per facilitare la fuoriuscita del muco. Si praticarono nella giornata delle iniezioni di etere, si applicarono im-

piastri caldi senapizzati al petto, ma senza risultato. I fatti di paralisi respiratoria andarono progressivamente aggravandosi, e l'ammalato moriva alle ore 0. 10 del giorno 21.

Dato il caso clinicamente importante, mi credetti autorizzato, la sera del 21, essendosi già iniziato il processo di decomposizione del cadavere, di aprire la cavità cranica, e vi osservai:

Stasi venose delle meningi; cervello normale nella sua convessità: alla base si nota, nella regione del bulbo, ai lati della base del VI ventricolo, in ispecial modo a destra, un ispessimento, ed un opacamento della pia madre, la quale in qualche punto è anche aderente. Tolta la pia madre, si osserva che il bulbo è ingrossato nella sua totalità. in ispecial modo a destra, dove si notano dei tumoretti di grossezza variabile, non maggiore di un cece, di colorito giallo rossiccio, di consistenza molle alla periferia, abbastanza resistenti verso l'interno. Tali tumori fanno corpo colla sostanza del bulbo, la quale è anche infiltrata e rammollita in qualche punto. Facendosi i tagli normali per l'esame dei nuclei della base, e degli emisferi, nulla si nota di patologico. Essendo in vita l'individuo venne fatta diagnosi dai pochi dati anamnestici raccolti e dall'esame obbiettivo, di meningite basillare a decorso lento e progressivo; i dati necroscopici, mentre confermano in parte la diagnosi fatta, fecero rilevare anche l'esistenza di una gliomatosi diffusa della sostanza bulbare. Il pezzo patologico venne conservato in alcool, onde poterlo esaminare alla Spezia al microscopio.

Male sottoccipitale. — Sul *Sicilia*, nello stesso viaggio, fu curata all'infermeria una giovane di 17 anni, assunta in cura alla partenza da New York e sbarcata in condizioni invariate.

Di costei l'avo materno è morto per cancro allo stomaco; degli altri avi non sa dire la causa della morte. Padre e madre viventi e sani: ha tre fratelli e tre sorelle; una di queste soffersse di grave cloro-anemia. Da bambina soffersse di tabe viscerale, e non sa per quanto tempo fu ammalata; a 13 anni cadde dall'altezza di due piani, riportando delle lesioni di poco momento. Nel febbraio del 1902, trovandosi a New York fu operata per ascesso freddo alla regione toracica laterale sinistra. Nel marzo 1904 soffersse di peritonite, e fu curata con frizioni di ittiolo, vescica di ghiaccio all'addome.

Ai primi di marzo di quest'anno, un mattino, appena svegliata, risentì un forte dolore alla nuca, il quale diventava insopportabile nei movimentii della testa: colla comparsa del dolore ebbe pure per parecchi giorni un po' di febbre. Le vennero fatte, per calmare il dolore, frizioni, massaggio, ma senza risultato, anzi il dolore alla nuca divenne sempre più acuto, tanto da procurarle insonnia e talvolta anche deliri. Con l'aumentare del dolore s'accorse che il capo si andava girando da destra verso sinistra. Non avendo avuto alcun miglioramento dalla cura fatta, venne consigliata di far ritorno in

patria, e perciò si imbarcava con biglietto consolare sul piroscalo *Sicilia*.

Riconosciuta ammalata alla visita medica di partenza, veniva ricoverata all'infimeria di bordo. Richiesta della natura della malattia, l'ammalata mi dichiarava che la sua malattia era stata diagnosticata come " Spasmo isterico ".

Esame soggettivo. — Ammalata di gracile costituzione, congiuntivite e mucose visibili anemiche. Alla regione toracica posteriore laterale sinistra, lungo la linea paravertebrale notasi una cicatrice lunga tre centimetri circa, regolare, non aderente ai tessuti sottostanti; e lungo la linea ascellare posteriore di sinistra si osserva un'altra cicatrice lunga 12 centimetri, infossata e non aderente. L'esame dell'apparecchio circolatorio, polmonare e gastro-enterico è negativo.

Osservando l'ammalata seduta, colla testa eretta, si rileva: che la testa è girata fortemente verso destra, fissa e assolutamente immobile. Lo sternocleido-mastoideo di sinistra non forma una corda saliente ma è solo contratto verso l'inserzione clavicolare. Se vuole guardare a sinistra muove il collo tutto d'un pezzo, ovvero gira gli occhi. Quando, essendo coricata, vuole cambiare di posizione alla testa la prende istintivamente fra le mani, perchè il movimento spontaneo le provoca un dolore insopportabile. Il dolore è localizzato alla fossetta della nuca e da tal punto s'irradia al collo ed alla regione occipitale. Richiesta di fare col capo il segno negativo od affermativo non vi riesce, che muovendo collo e testa tutti d'un pezzo. Dai dati anamnestici rilevati e dai sintomi osservati, ritengo che si possa escludere trattarsi d'uno spasmo dello sterno-cleido-mastoideo di sinistra, ovvero di una paralisi dello sterno-cleido di destra ovvero di un torcicollo reumatico, ma che trattisi invece di una forma caratteristica di morbo sotto-occipitale.

Durante la permanenza dell'ammalata a bordo venne sottoposta ad una nutrizione sana ed abbondante, ed alle iniezioni alla DURANTE. Contro l'insonnia causata dal dolore si prescrissero delle frizioni calmanti, e qualche volta alla sera si fecero iniezioni di cloridrato di morfina. Non si osservò nessun miglioramento.

**

Fra le malattie comuni il gruppo delle affezioni cardiache risalta in modo spiccato per i decessi cui ha dato luogo e che possono confermare quanto nella prima parte della relazione si ebbe occasione di esporre a proposito dei vizi cardiaci e delle morti improvvise, che non raramente si constatano a bordo.

Nel 1905 furono cinque gli esiti letali per affezioni cardiache (compreso uno d'endocardite) e tre per paralisi di cuore dei quali se ne riferiscono due verificatisi in persone di età avanzata.

Paralisi cardiaca. — Il primo fu in una donna di 60 anni che trovavasi a bordo del piroscafo *Giulia* durante il viaggio di ritorno da New York.

Alle ore 5 del mattino del 9 giugno, scrive il medico di bordo, sono stato richiesto d'urgenza nella stiva delle donne, ove recatomi alla cuccetta n. 116 ho trovato una vecchia già cadavere. Essa poco prima si era alzata di letto per urinare e in un baleno si è sentita male ed è caduta morta. Da informazioni avute da suo marito ho potuto sapere che essa soffriva d'insufficienza cardiaca. A mio giudizio la causa della sua morte è dovuta a paralisi del cuore.

Osservazioni meteorologiche. — Cielo sereno, mare calmo, temperatura 20 Celsio, Barometro 7. 39.

Il secondo caso fu a bordo dell'*Italia* (bandiera inglese) in un vecchio di 80 anni, il 9 agosto, al ritorno della nave da New York.

Un vecchio, scrive il medico di bordo, che durante la traversata è stato sempre bene, ed, a quanto dicono i compagni suoi, era di buon umore e mangiava con appetito, la mattina del giorno 9 agosto per la prima volta rifiutò il cibo dicendosi indisposto, e dopo un'ora circa recatosi alla latrina, cadeva in terra e senza ricuperare i sensi dopo pochi minuti, trasportato all'ospedale, spirava.

Causa probabile della morte: paralisi cardiaca da marasma senile.

Osservazioni meteorologiche. — Leggero vento da levante, cielo sereno. Mare poco agitato. Barometro 29. 95. Termometro 26.

*
*
*

Dopo aver così dato un cenno succinto delle malattie comuni e prima di riferire partitamente i fatti degni di nota che concernono quelle infettive e diffusive, si dà di queste malattie un elenco complessivo nel seguente specchio:

Numero degli infermi affetti da malattie infettive e diffuse verificatisi nei viaggi di andata e in quelli di ritorno dal Nord America durante l'anno 1905.

MALATTIE	NUMERO DEGLI INFERMI nel viaggio		TOTALE
	di andata	di ritorno	
Anchilostomiasi	"	1	1
Congiuntivite tracomatosa	3	22	25 (a)
Difterite	5	4	9
Dissenteria	2	"	2
Eresipela facciale	19	8	27
Influenza	27	"	27
Malaria	194	24	218
Meningite	6	1	7
Morbillo	89	31	120
Parotite	8	"	8
Pertosse	2	1	3
Polmonite	50	5	55
Scabbia	45	22	67
Sifilide	2	7	9
Tigna favosa	4	5	9 (b)
Tifoidea	20	4	24
Tubercolosi glandolare	1	1	2
Tubercolosi intestinale	"	2	2
Tubercolosi peritoneale	"	2	2
Tubercolosi polmonare	17	350	367
Tubercolosi ossea	"	13	13
Ulcerazioni tubercolari	"	1	1
Vaioloide	2	"	2
Varicella	11	17	28
Totale	507	521	1,028

(a) Respinti 14.
(b) Respinti 4.

Tubercolosi.

La tubercolosi polmonare ha raggiunto in quest'anno (e inutile aggiungere nei viaggi di ritorno) un numero di casi ai quali non era mai pervenuto pel passato.

Infatti, mentre nel 1903 si è avuto il 2.92, nel 1904 il 2.75, nel 1905 si riscontrò il 5.66 di colpiti su mille rimpatrianti; e questa media è certamente non poco inferiore alla reale, poichè molti di coloro che sono nel primo stadio dell'infezione, possibilmente cercano di dissimularla, per non esser respinti all'imbarco, e tentano nasconderla dopo imbarcati per non dover restare segregati.

Nè è da meravigliarsi se alla vigilanza dei medici di bordo, che devono ispezionare i passeggeri all'imbarco, sfuggano dei malati di tubercolosi.

Ciò dipende dalle grandi difficoltà che per più ragioni i sanitari incontrano nei porti esteri, qualora vogliano esaminare con cura tutte le persone che imbarcano ed in modo da poter riconoscere gli affetti da tubercolosi ed isolarli nell'infermeria.

Solo i casi più caratteristici con notevole denutrizione si possono subito rimarcare mentre non richiamano l'attenzione quei malati che si trovano in appariscenti discrete condizioni generali, poichè quando si imbarcano carichi di bagagli la loro fisionomia si anima e si colorisce. Tanto più che nel timore di non essere accettati a bordo sovente essi ricorrono anche ai liquori per ingannare l'occhio del medico.

È soltanto in navigazione che, ispezionando le stive e sentendo i rapporti dei capo-stiva e dei vicini di letto, può il sanitario di bordo scoprire il caso sospetto ed isolarlo se è necessario.

Queste condizioni valgono naturalmente anche per gli anni antecedenti al 1905, che ha presentato un numero di malati di tubercolosi superiore a quelli del 1903 e 1904, a cagione della larghezza maggiore usata dai sanitari nell'accettare a bordo simili malati, a cui per pietà e per amor di patria, a fine di non vederli esposti

a ramingare in terra straniera da un luogo di cura ad un altro, in cerca di un ricovero non sempre concesso, non è lecito rifiutare la risorsa, nella quale ripongono la loro ultima speranza, quella di domandare la guarigione al clima nativo.

Tuttavia il fatto di tanti infermi della terribile malattia, che ritornano ai loro paesi per andare ad alloggiare in mezzo a povera gente, in meschini abitazioni formicolanti di bambini, è di tal gravità per le conseguenze che ne derivano, da dover seriamente impensierire.

Di quanto riguarda la tubercolosi nell'America del Nord e specialmente a New York, si è parlato a lungo nelle precedenti relazioni; e gli *Annali di Medicina Navale* hanno riportato non pochi accurati studi sulla materia dei medici della regia marina addetti all'emigrazione.

Anche dalle relazioni sanitarie dei viaggi compiuti nel 1905 furono ricavati degli articoli interessanti, quali:

“ Sulla mortalità per tubercolosi polmonare negli Stati Uniti d'America „ (V. *Annali di Med. Nav.* 1905, vol. I, pag. 766 - Capitano medico della R. M. MALADORNO).

“ Sulle condizioni igieniche del vecchio quartiere italiano dei Cinque Punti, in New York, rispettivamente alla tubercolosi „ (Ibid: pag. 760 - Capitano medico della R. M. PASTEGA).

“ Sul sanatorio per tubercolotici dello Stato di Massachusetts „ (Ibid: pag. 482 - Capitano medico della R. M. CERELLI).

“ Su di una nuova scuola elementare municipale nel vecchio quartiere italiano a New York „ (Ibid: vol. II, fasc. VI - Capitano medico PASTEGA).

Riassumendo quanto si è già scritto nelle altre relazioni e quanto in proposito a questo importantissimo tema scrivono i nostri medici nei loro rapporti, le cause di tanta frequenza di infezione tubercolare nei nostri emigranti, sono, oltre quella del clima freddo variabilissimo, il lavoro faticoso in ambienti malsani, la nutrizione incongrua ed insufficiente, l'agglomerazione in abitazioni antigieniche; i vestiti non adatti, l'abuso di venere, il trascurare la pulizia, l'ignoranza, che li rende non solo increduli, ma anche ribelli ai sug-

gerimenti profilattici che le autorità sanitarie americane saggiamente si sforzano di diffondere nel popolo con ogni mezzo; l'avversione a ricorrere all'assistenza medica per ragioni d'economia e per tema d'esser denunziati; dimodochè, chi è caduto infermo continua a convivere e dormire nella stanza stessa coi compagni, con i bambini.

* * *

Dei 350 malati di tubercolosi polmonare rimpatriati nel 1905, di cui sette ebbero esito letale, la maggior parte ricavò grande vantaggio dalla vita di bordo; gli altri non ebbero a risentirne inconvenienti e sbarcarono in condizioni invariate. La mortalità si constatò nei soggetti arrivati a bordo già in grave stato e generalmente si verificò nella prima parte del viaggio.

Più che delle condizioni della vita di bordo, il miglioramento riscontrato in molti infermi forse è stato una conseguenza della buona nutrizione e delle cure ricevute e si è determinato malgrado che tutti i tubercolosi sieno stati trattenuti sotto speciale sorveglianza nelle infermerie di isolamento, senza lasciarli trafficare per la nave, meno sui piroscafi che, offrendo condizioni eccezionali o perchè avevano a bordo scarso numero di passeggeri, o perchè abbondavano di spazio libero in coperta, permettevano di concedere loro di restare durante il giorno, in un dato punto della coperta stessa. In questo caso però essi erano muniti di un recipiente per sputarvi dentro.

Per quanto riguarda la profilassi, credesi utile avvertire che anche i passeggeri di classe affetti da tubercolosi, quando non è stato possibile di isolarli a dovere nelle loro cabine, furono parimenti ricoverati nell'infermeria.

Ai medici RR. Commissarii, che rispondono direttamente dello stato sanitario di bordo, è affidata la cura di vigilare, che tanto fra i passeggeri di classe come fra gli emigranti non si nascondano individui infermi di malattie contagiose; come pure (contrariamente a quanto è stato affermato in una delle sedute del Congresso per

la lotta contro la tubercolosi, tenutosi or è poco a Milano) di sorvegliare all'arrivo nei porti, dopo lo sbarco dei passeggeri, perchè sia eseguita la disinfezione di tutta la nave e non già delle sole stive degli emigranti (art. 122 del Regolamento per l'emigrazione) e di controllare che fra le persone dell'equipaggio, e specialmente fra quelle che fanno il servizio di camera, non sieno compresi dei tisici.

Ed avendosi motivo di ritenere che essi, profondamente compresi dell'importanza di un fatto sul quale hanno per i primi ripetutamente richiamata l'attenzione delle competenti Autorità, non trascurino le norme di cui si è dato un sunto, non sembra che, pel momento, vi siano da adottare altri provvedimenti per la profilassi antitubercolare marittima a bordo dei trasporti da emigranti.

Malaria.

La frequenza delle recidive malariche che numerose si osservano nei primi giorni di viaggio ed hanno richiamato l'attenzione anche dei medici dei piroscafi diretti al Nord America è costantemente tale che uno di essi, un medico civile che ha molto viaggiato, non si perita di affermare che tutti gli individui precedentemente affetti da malaria e nuovi alla vita del mare, presentano in navigazione degli accessi febbrili.

Nel 1905 questo fenomeno si è maggiormente accentuato, raggiungendo delle proporzioni non mai riscontrate negli anni precedenti. Abbiamo avuto, infatti, nel 1903 una media di 0.48; nel 1904, 0.46; nel 1905, 0.86 per mille di recidive malariche.

Lo spiegarsi un così notevole aumento, che ha il riscontro in quello molto più accentuato della stessa infezione che si è verificato nei viaggi al Sud-America (v. quadro 15°, parte III, pag. 100), non è facile.

Per i viaggi al Sud-America è dato con un certo fondamento supporre che il numero delle recidive malariche possa grandemente variare da un anno all'altro. Generalmente, infatti, vanno al Brasile

ed all'Argentina gli abitanti dell'Alta Italia, dove le zone infette da malaria non sono così estese come nelle regioni dell'Italia meridionale, che danno maggior contingente all'emigrazione per gli Stati Uniti; questi emigranti essendo soliti a mettersi in marcia formando delle carovane di persone appartenenti ad un gruppo di paesi vicini, darebbero un contingente grande o trascurabile alla percentuale degli infetti, a seconda della maggior o minor salubrità della contrada da cui provengono. La stessa ipotesi non può, invece, applicarsi agli emigranti diretti al Nord America, per i quali è presumibile che la proporzione dei malarici vari di ben poco, dato che non molte sono le località del Mezzogiorno che si possano ritenere completamente immuni da tale infezione.

Bisogna quindi ammettere che l'aumento della media di recidive malariche dipenda da cause occasionali che hanno spiegata più intensa la loro azione in quest'anno e di cui ci sfugge la natura.

Però non certo da raffreddamenti, poichè, come risulta dallo specchio seguente, quasi tutti gli accessi di malaria sono stati constatati nei viaggi di andata; ed i mesi nei quali si è notato il numero più alto di casi sono quelli intercedenti fra i due inverni, mentre più basso si è avuto in novembre, dicembre, gennaio e febbraio.

La differenza risulta ancora più spiccata quando si rifletta che durante l'anno la maggior parte degli emigranti è partita appunto nei mesi d'inverno.

Supponendo che in tutti i mesi dell'anno sia imbarcata una percentuale quasi costante di persone che per il passato erano andate soggette all'infezione malarica, fatto del resto molto probabile, come si è già detto, data la provenienza degli emigranti diretti al Nord America, il rapporto delle recidive malariche con la stagione risulterebbe diverso a seconda che si trattasse di viaggi al Nord o al Sud America.

**Casi di malaria verificatisi nei viaggi di andata e in quelli di ritorno
dal Nord America durante l'anno 1905.**

MESE	NUMERO DEI CASI verificatisi nel viaggio		TOTALE
	di andata	di ritorno	
Gennaio	(a) 2	3	5
Febbraio	7	"	7
Marzo	22	"	22
Aprile	30	1	31
Maggio	18	6	24
Giugno	19	"	19
Luglio	10	2	12
Agosto	32	2	34
Settembre	38	3	41
Ottobre	8	5	13
Novembre	4	1	5
Dicembre	4	1	5
Totale	194	24	218

(a) 1 di pernicioso.

Nei viaggi al Sud, infatti, il massimo delle recidive malariche si è constatato nei mesi di settembre, ottobre, novembre e dicembre, mentre nei viaggi al Nord lo si è avuto nei mesi di marzo, aprile, agosto e settembre, ed il minimo nel pieno inverno, quando i repentini accentuatissimi abbassamenti di temperatura potevano dar campo all'azione della causa occasionale degli accessi che si è supposto abbia agito nei viaggi al Sud.

A parte ciò, gli accessi osservati anche nei viaggi al Nord sono quasi sempre stati a tipo quotidiano e facilmente guaribili me-

dianete la cura opportuna, tranne nel caso seguente che ha presentato una certa gravità.

Sul piroscavo *Königin Luise* si presentò alla visita medica del mattino del 23 gennaio un uomo di 23 anni lagnandosi di cefalea, spossatezza, brividi di freddo, dolorabilità muscolare. Temperatura 38°.5. All'esame clinico nessuna speciale localizzazione morbosa, eccetto un discreto tumore di milza. Lingua abbastanza pulita, alvo regolare. Pare che l'infermo abbia avuto altre volte febbri intermittenti.

Dieta: 2 brodi, latte litro 1/2.

Temperatura: ore 8: 38°. 5; ore 12: 39°. ore 16: 40°.5; ore 21,30: 38°.6.

La sera, alle 20, si dà fenacetina gr. 1 f. c. 2 e ghiaccio per bocca.

24 gennaio. Temperatura 37°.5. Stanotte l'infermo sudò profusamente.

Cura. Idroclorato di chinina gr. 2 f. c. 4, una ogni 4 ore.

Dieta. 2 minestrine, 2 uova, marsala centl. 10, caffè e latte al mattino. Verso le ore 17 l'infermo è preso da brivido di freddo e la temperatura sale.

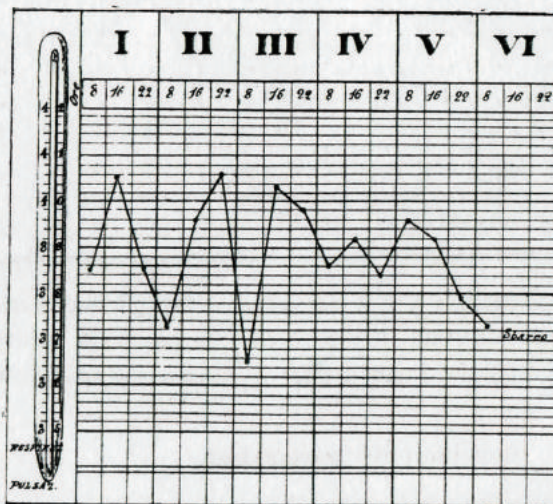


Fig. 4^a.

Alle ore 19 era 40°.1. Si dà fenacetina allora gr. 0.50 e si dà ghiaccio per bocca insieme a limonata vegetale con cognac. Alle ore 20 la

temperatura era 40°.8 alle 20.30 si iniettano altri 50 cgr. di chinino. Il sensorio del malato è libero, il polso buono.

25 gennaio. Alle 24 ore della notte scorsa la temperatura era a 40°.3; alle 4 era 38°.5. Stamani alle 8 è 36°.5. Il malato è abbattuto, ha ronzio negli orecchi. Durante il giorno la temperatura segue l'andamento dimostrato dalla tabella clinica. Alle 14 circa comincia un altro accesso febbrile preceduto da leggiera sensazione di freddo. Stamane alle 4 l'infermo prese gr. 0.50 di bicloridrato di chinino; alle 8 si fece una iniezione di gr. 0.50 dello stesso sale, e successivamente ogni due ore si iniettò la stessa dose fino alle 20, per cui in complesso l'infermo introdusse dalle 4 di stamane 4 gr. di chinino. Egli stasera ebbe vomito ripetuto, provocato dall'indigestione di brodo, o di caffè e latte, o di zabaione. Appena l'accesso è cominciato si è messa la vescica di ghiaccio sulla testa, e si amministrata limonea vegetale con cognac e ghiaccio per bocca.

26 gennaio. La febbre nella notte ebbe una lieve remissione fino a discendere a 38°.6 alle 8 di stamane; indi riprese la curva ascensionale, senza essere accompagnata da oscillazioni, senza però raggiungere gli alti gradi di ieri. L'infermo è molto abbattuto, ha continuo ronzio agli orecchi e stordimento. Si nutre poco perchè ha vomito frequente, sebbene da ieri mattina non abbia preso chinino per bocca. Stamane si ricominciarono ciononostante le iniezioni di questo sale (1 gr. per volta, 1 iniezione ogni 4 ore), facendone tre nella giornata: la sera tardi si ebbe nuovamente una leggiera remissione febbrile e l'infermo si rianimò un poco. Il polso tuttavia è abbastanza debole, si è fatta anche per questo qualche iniezione di etere, e si è somministrato caffè per bocca. Come alimento si è dato del brodo e del latte.

27 gennaio. La temperatura, dopo una leggiera remissione avuta nella notte, riprese stamane la curva ascensionale non accompagnata da oscillazioni. Essa però non raggiunse come ieri gradi alti. E nella sera ancora ridiscese fino a 37°.8.

Lo stato generale dell'infermo è migliorato, il polso più forte: è cessato il vomito e il malato può prendere del brodo con uovo, del latte, del caffè. Non si è dato più chinino. Invece si fece un enterocisma che diede luogo a due scariche alvine abbondanti.

28 gennaio. La temperatura stamane è 37°.3. Il malato si sente meglio. Egli viene trasportato in un ospedale della città di New York per proseguimento della cura.

Morbillo.

Per numero di casi il morbillo occupa uno dei posti più importanti, se non il primo come nei viaggi all'America del Sud, nei quali si ha una maggiore quantità di bambini.

I casi all'andata furono 89, dei quali due ebbero esito letale, ed al ritorno 31. La media fu di 0.40 per mille all'andata e di 0.47 per mille al ritorno.

Da ricordarsi diciotto casi di morbillo benigno che si svilupparono sul piroscafo *Germania*, nel mese di gennaio, dei quali i primi quattro furono osservati due giorni dopo la partenza da Napoli per New York. Ai primi quattro seguirono a breve distanza e quasi simultaneamente gli altri 14. Anche la piccola epidemia del piroscafo *Napolitan Prince*, nel viaggio da Napoli a New York, manifestatasi nel mese di febbraio, al tredicesimo giorno di navigazione, in un gruppo di bambini provenienti dallo stesso paese, merita di esser menzionata per la durata del periodo d'incubazione.

Polmonite.

La polmonite, sebbene abbia dato nel 1905, relativamente alle altre malattie infettive, un numero rilevante di casi, tuttavia ha segnato una media più bassa degli anni precedenti, cioè di 0.22 per mille, mentre nel 1903 è stata di 0.44 e nel 1904 di 0.34 per mille.

Il numero dei casi, divisi per mese con l'indicazione del loro esito, si possono apprendere dall'annesso specchio; dal quale risulta che in febbraio, marzo ed aprile si constatò il maggior numero di colpiti, e fra essi i più gravi. Non è improbabile che l'influenza, che su alcuni piroscafi ha fatta la sua apparizione in quei mesi, non sia stata estranea per produrre di tali affezioni.

**Casi di polmonite verificatisi nei viaggi sia di andata che di ritorno
dal Nord America nell'anno 1905.**

MESE	ANDATA			RITORNO			TOTALE GENERALE				
	Num. dei casi	Esito		Num. dei casi	Esito		Num. dei casi	Esito			
		Guariti	Sbarcati non guariti		Morti	Guariti		Sbarcati non guariti	Morti	Guariti	Sbarcati non guariti
Gennaio. . . .	2	2	"	"	"	"	"	2	2	"	"
Febbraio	8	2	6	"	"	"	"	8	2	6	"
Marzo.	19	10	8	1	"	"	"	19	10	8	1
Aprile	14	6	5	3	2	2	"	16	8	5	3
Maggio	2	1	1	"	"	"	"	2	1	1	"
Giugno	"	"	"	"	1	"	"	1	"	"	1
Luglio	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Agosto	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Settembre. . . .	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Ottobre	1	"	1	"	"	"	"	1	"	1	"
Novembre. . . .	4	1	2	1	"	"	"	4	1	2	1
Dicembre	"	"	"	"	2	2	"	2	2	"	"
Totale	50	22	23	5	5	4	"	55	26	23	6

In ogni singolo viaggio non si riscontrarono mai più di due casi, eccezione fatta pel piroscafo *König Albert*, che ha avuto quattro casi nel mese di febbraio, e per il *Città di Torino*, che ne ebbe tre nel marzo.

Congiuntivite tracomatosa.

Sono state per questo lato molto diverse le condizioni sanitarie nei viaggi del Nord da quelle del Sud-America. In totale non abbiamo avuto nel 1905 che 25 casi di congiuntivite tracomatosa, o diagnosticata per tale ad Ellis Island, in individui respinti allo sbarco a New York dalla locale autorità sanitaria.

Il fatto dipende dalla visita rigorosa a cui gli emigranti sono sottoposti nei porti italiani, da un dottore incaricato dal Governo degli Stati Uniti di esaminarli prima dell'imbarco e di respingere tutti coloro che presentino malattie o imperfezioni fisiche per le quali le leggi americane non consentono che un immigrante possa entrare nel territorio dell'Unione.

Malgrado questa selezione rigorosa, che offre ai vettori obbligati a riportare i respinti in Italia una certa mallevadoria circa l'ammissione degli emigranti all'arrivo in America, tuttavia a molti accettati alla partenza è negato l'accesso dai sanitari di quei porti, che li sottopongono ad una seconda visita e si mostrano estremamente meticolosi per le affezioni della congiuntiva di qualsiasi natura e grado.

Gli affetti da congiuntivite tracomatosa conteggiati nella presente statistica appartengono precisamente a questa categoria di emigranti; e stanno a dimostrare che i medici americani, addetti al servizio dell'immigrazione ad Ellis Island, hanno un concetto del tracoma non corrispondente esattamente al nostro; poichè stabiliscono delle diagnosi di tale affezione in individui giudicati sani in Italia da quei medici americani, che pur son detti eccessivamente severi da alcuni.

Date queste speciali condizioni, si comprende come i medici militari, che più volte a voce nelle Commissioni di visita e per iscritto nelle loro relazioni, hanno tentato di ridurre a più giuste proporzioni l'estesissimo territorio che si voleva assegnare al dominio della congiuntivite tracomatosa, sieno stati costretti a rinunciare ad ulteriori proteste. Essi hanno ormai da lungo tempo appreso che i medici fiduciari degli Stati Uniti, incaricati di visitare gli emigranti in Italia, dipendono esclusivamente dal Governo di quella nazione, di cui non possono non seguire i criteri direttivi che tendono a diminuire la forte corrente d'immigrazione scegliendone gli elementi migliori per istruzione, robustezza e moralità.

Non si deve quindi far salire ai RR. Commissari dell'emigrazione, la responsabilità di certe diagnosi, del cui valore scientifico, per i motivi suesposti, è inutile discutere.

Meningite.

Nell'inverno e nella primavera ha infierito a New York, diffondendosi anche agli Stati vicini (Massachusetts, Pennsylvania), una violentissima epidemia di meningite cerebro-spinale con notevole mortalità. L'infezione colpiva di preferenza i soggetti giovani e specialmente i nuovi arrivati. L'epidemia raggiungeva già nei primi giorni di marzo 386 casi, di cui 78 in una sola settimana, mentre nello stesso periodo di tempo dell'anno precedente non se ne erano notati che 75; e tendeva ad aumentare, estendendosi nel quartiere italiano, uno dei più poveri e più popolati.

Il capitano medico nella regia Marina, dott. Brunelli, che trovavasi a New York nella seconda metà del mese di marzo, dà in proposito le seguenti notizie, riportando i dati più importanti circa i morbi infettivi, forniti dal Bollettino sanitario che si pubblica settimanalmente in New York nel giornale dell'Associazione medica americana:

MALATTIE	MALATI	MORTI
<i>Settimana dal 19 al 25 febbraio 1905.</i>		
Tubercolosi	318	164
Morbillo	292	5
Scarlattina	261	14
Difterite	258	45
Varicella	121	"
Vaiuolo	5	1
Meningite cerebro-spinale	?	49
<i>Settimana dal 26 febbraio al 4 marzo 1905.</i>		
Tubercolosi	390	188
Morbillo	252	6
Scarlattina	248	22
Difterite	276	30
Varicella	98	"
Tifo	42	10
Meningite cerebro-spinale	?	60

“ La morbilità e mortalità per morbi infettivi, osserva il predetto
“ medico, in queste due settimane è inferiore a quella delle corrispon-
“ denti settimane dell'anno 1904; solo per la meningite cerebro-spi-
“ nale epidemica si ha un aumento rilevante. Il Commissario di salute
“ pubblica in New York, dott. Darlington, ha fatto rilevare come,
“ mentre nel quinquennio decorso dal 1898 al 1902 nessun caso di
“ meningite cerebro-spinale epidemica si ebbe a lamentare nella città
“ di New York, nel 1903 si ebbero per questa malattia 271 morti,
“ nel 1904, 1211 morti, e nell'anno in corso si è già verificato un
“ progresso inquietante, poichè mentre nel gennaio 1904 si ebbero,
“ per detta infezione, 25 morti, nel gennaio 1905 se ne ebbero 107,
“ mentre nel febbraio 1904 si ebbero 26 morti, nel febbraio 1905
“ i morti furono 149. Queste cifre rapidamente crescenti si trovano
“ in stridente contrasto con quelle che riguardano la polmonite cru-
“ pale, la quale negli anni 1903-1904 andò progressivamente decre-
“ scendo, e nel Bollettino delle due settimane, di cui sopra, non fi-
“ gura per nulla „.

“ Ora, se è vero (scrive il dott. Brunelli), come da incontestabili
“ ricerche recenti, che l'eziologia della meningite cerebro-spinale non
“ è unica (poichè può essere data dalla invasione delle meningi del
“ meningococco intracellulare di Weichselbaum, del diplococco di
“ Freankel, dello streptococco, stafilococco, bacillo di Hebert e bacillo
“ di Koch), è stato però anche accertato che, quando questa terri-
“ bile malattia si manifesta in forma epidemica, è sempre prodotta o
“ dal pneumococco (e allora l'epidemia di meningite si associa alla
“ polmonite, spesso, nello stesso individuo, nonchè alla otite media
“ purulenta), o dal meningococco, e allora la epidemia di meningite
“ si svolge da sola „.

“ Sembra che a questo secondo caso debba riferirsi la epidemia
“ che affligge attualmente la città di New York, visto che la polmonite
“ tace completamente „.

“ Le autorità di New-York, preoccupate della cosa, hanno fatto
“ nominare una Commissione di scienziati allo scopo di investigare
“ cause e rimedi della malattia. Detta Commissione si è assunto l'inc-

“ rico di studiare le cause che hanno fatto scoppiare l'epidemia e le
 “ condizioni di luogo che la favoriscono, l'efficacia delle fumigazioni
 “ per la disinfezione degli ambienti dove furono malati di meningite
 “ epidemica, ed il valore terapeutico del siero di Behring che si sta
 “ sperimentando su larga scala in questa affezione „.

Malgrado questo stato di cose, non si è constatato nei viaggi di ritorno che un sol caso di meningite, quando già l'epidemia era declinata a New-York, in un individuo di 21 anni, presentatosi alla visita medica sul piroscafo *Calabria* dodici giorni dopo la partenza da quella città, cioè verso la fine del viaggio.

Il medico di bordo, che non ha creduto di poter stabilire la diagnosi di meningite cerebro-spinale, rapporta quanto segue:

Si presenta alla visita medica, accusando forte cefalea. Quantunque non presenti alcun sintomo obbiettivo e la temperatura ascellare misuri 36. 8°, lo ricovero nell'ospedale atteso il suo aspetto sofferente e depresso. Dice di essere stato sempre bene, prima di imbarcare e di aver sofferto il mal di mare i giorni scorsi. Temperatura a mezzogiorno 37°. 6, alla sera 38°. Questa sera è in uno stato semisoporoso, accusa forte dolore alla nuca ed alla testa e dolori alle gambe che distende con una certa difficoltà. Riflessi pupillari normali. Lieve rigidità alla nuca. Non vomito. Dice di essere andato di corpo ieri sera.

Cura. — Vescica di ghiaccio.

17 novembre 1905. La notte scorsa ha delirato un poco. Ora è in uno stato di abbattimento, ma completamente cosciente.

Esame delle urine: assenza di albumina.

Temperatura mattina 36°. 5; mezzogiorno 37°. 6; sera 36°. 9.

Cura. Calomelano centg. 70. Latte e brodo. Vescica di ghiaccio alla nuca.

Ha avuto due abbondanti scariche alvine.

18 novembre 1905. Questa notte non ha delirato.

Temperatura mattino 37°. 3.

Viene inviato all'ospedale a Napoli.

Un caso di meningite cerebro-spinale, che il curante crede bene accertato, è il seguente osservato nel mese di novembre al ritorno da New-York del piroscafo *Madonna* in un passeggero di classe, il quale perciò non è stato compreso nella statistica.

Un passeggero di classe di anni 24, narra il medico di bordo, viene accompagnato alla visita da un suo cugino e trovasi nelle seguenti condizioni.

L'infermo è immerso in un profondo stordimento che arriva fino al coma e che viene intermittenemente interrotto da ansia ed agitazione. Riesce impossibile avere dall'infermo la minima notizia sulle sue sofferenze. Egli dà solo segno di comprendere l'ambiente ove si trova e dà qualche segno di reazione quando a scopo di esaminarlo, lo si costringe a cambiar di posizione. Temperatura 38° 8. Assenza di iniezione congiuntivale. La lingua è in preda a movimenti fibrillari. Lieve tumore di milza. Io credo che si tratti di un fatto malarico, ricovero l'infermo nell'ospedale e pratico iniezioni ipodermiche di sali di chinina (gr. 0. 75). Ciò è accaduto il 30 novembre.

Ad ore 21 della stessa sera, rimanendo inalterate le condizioni generali dell'infermo e la temperatura, amministro ancora ipodermicamente grammi 0.50 di sali di chinina ed applico la vescica di ghiaccio in permanenza sul capo. Contemporaneamente prescrivo un enteroclisma con solfato di soda e fo applicare quattro carte senapate agli arti inferiori.

Nei giorni successivi si va delineando il seguente quadro sintomatologico, che, esclusa la infezione malarica per il criterio terapeutico, e, data la presenza a New-York della *meningite cerebro-spinale epidemica*, mi fa pensare a questa ultima malattia.

L'infermo è immerso quasi costantemente nel coma che viene interrotto dall'agitazione, durante la quale egli cerca di buttarsi dalla cuccetta, di muoversi, di sollevare le coperte. Il suo viso non è congestionato, le pupille sono miotiche, eguali, reagenti lentamente alla luce. Il suo sguardo è fisso ed esprime il terrore. I muscoli del viso vengono a tratti, scossi da contrazioni cloniche, la lingua presenta continui movimenti fibrillari. Digrignamento dei denti per contrazioni dei muscoli masticatori. Contrazioni cloniche degli arti inferiori e dei muscoli lombari. Temperatura febbrile. La febbre è continua, non remittente e non supera i 38°.

All'esame obiettivo notansi ancora i seguenti fatti:

Iperestesia generale, esagerazione dei riflessi tendinei, rigidità della nuca, dolorabilità in corrispondenza delle prime vertebre cervicali, facilità di estendere la testa sul dorso, difficoltà di fletterla sul petto.

Il giorno 1° dicembre ho amministrato ancora ctgr. 80 di calomelano, visto lo scarso effetto del clistere con solfato di soda, ed ho fatto applicare quattro sanguisughe alle apofisi mastoidee.

Oggi 3 dicembre, ad ore 9, ho visitato l'infermo al momento d'inviarlo all'ospedale ed ho constatato i seguenti fatti nuovi:

Fortissima iniezione congiuntivale, temperatura repentinamente più alta (39° 4), agitazione anche esageratissima.

Mettendo in relazione questi tre fatti ho creduto opportuno di prescrivere un nuovo sanguisugio alle mastoidee, ed una pozione cal-

mante di bromuro, lasciando sempre in permanenza la vescica di ghiaccio.

Dati questi fatti e data l'epidemia della meningite che inferisce a New-York, lo credo affetto dalla sopra detta infermità.

Per contro nel viaggio di andata si verificarono sei casi di meningite in emigranti italiani, tre dei quali seguiti da morte. Ma soltanto nei due casi che si espongono si è forse trattato di meningite cerebrospinale.

Il primo è stato osservato sul piroscalo *Città di Napoli*:

L'infermo era un giovanetto di 15 anni ricoverato in ospedale il 5 maggio con febbre alta, depressione del sensorio. L'esame praticatogli fece rilevare soltanto lievi fenomeni catarrali da parte dei grossi bronchi e leggera dolorabilità ventrale. Fu somministrato all'infermo un purgante, a seguito del quale ebbe parecchie scariche alvine. Nel giorno successivo la temperatura scese a 39°. L'infermo non mostrava che ad intervalli coscienza lucida. Fu applicata a permanenza la vescica di ghiaccio sul capo. Nelle prime ore del mattino del giorno 7 maggio comparvero rapidamente fenomeni meningei: rigidità della nuca, trisma, clono degli arti superiori, rigidità pupillare ed incoscienza assoluta. Arrivati a Ellis Island ad ore 10 ant., sbarca alla stazione di quarantena insieme con la madre e due fratelli per disposizione del medico americano.

Precedentemente, la sera del 28 aprile, sulla stessa nave, erasi presentato un suddito greco di 34 anni con febbre alta, depressione del sensorio, leggero stato di delirio. L'esame praticato non fece rilevare alcuna alterazione dei vari organi, meno un leggero stato catarrale dei grossi e medii bronchi. La mattina consecutiva gli fu somministrato un purgante salino, a seguito del quale l'infermo ebbe qualche scarica alvina. Nella mattina era migliorato nelle condizioni generali. Verso le tre del pomeriggio comparvero fenomeni convulsivi, in specie nella parte superiore del tronco, clono degli arti superiori, rigidità della nuca, trisma e rigidità pupillare. Tutto ciò accompagnato da assoluta incoscienza ed anestesia. Fu applicata la vescica di ghiaccio sul capo e si procedette ad intense rivulsioni agli arti inferiori; nel contempo essendo notevolmente affievolita la funzione cardiaca, si procedette ad iniezione di cardiocinetici ed eccitanti. Lo stato generale andò aggravandosi man mano, e verso le ore tarde della sera comparve rantolo tracheale, carfologia, ecc., stato agonico. Ad ore 3.30 antimeridiane del 30 corrente l'infermo morì.

Il curante riferisce che in ambedue questi infermi la malattia si iniziò con fenomeni da parte dell'apparato respiratorio seguiti ra-

pidamente da fatti meningei imponenti, e crede che le forme sud- descritte non debbano riferirsi alla meningite cerebro-spinale epide- mica, giacchè per quanto abbia esteso le sue indagini non ha potuto stabilire una correlazione fra i due colpiti. Tuttavia egli suppone che siasi trattato di due casi di meningite secondaria da probabile infezione pneumococcica, basandosi sui fatti polmonari osservati all'inizio del male.

Ecco il secondo caso pel quale non sembra infondato il sospetto di meningite cerebro-spinale.

Sul piroscalo *König Albert*, durante il viaggio da Napoli a New-York, si presentò il giorno 13 gennaio alla visita medica un uomo di 33 anni, condotto da un suo compagno, accusando dolore di testa e malessere generale. Aveva la temperatura a 39°. 8, lingua fortemente patinosa, alito spiacevole, null'altro di speciale. Fu subito purgato perchè da due giorni non andava di corpo, e per i fenomeni suddetti, fu sottoposto a dicta lattea.

L'ammalato raccontò che solo dal giorno precedente aveva compreso di non sentirsi bene per la completa inappetenza e debolezza delle gambe. Non era stato mai ammalato e nulla vi è di notevole nella sua famiglia (genitori ancora vivi che godono ottima salute e così pure i fratelli e le sorelle).

Alla sera la temperatura era salita a 40°, per cui senz'altro credei bene, riferisce il medico di bordo, applicargli ghiaccio alla testa, mentre per bocca gli feci prendere qualche cartina di salolo.

Nella mattina del giorno appresso l'ammalato sembrava in stato di prostrazione profondissima, e quando lo si chiamava o non rispondeva o rispondeva semplicemente a monosillabi. La temperatura restava sempre stazionaria. Per quanto il giorno precedente fosse andato abbondantemente di corpo, emettendo feci normali tanto pel colore come per la consistenza, pure ordinai che gli venisse fatto un clistere, ed insistei nella pura dieta lattea. Dopo qualche ora, ritornato presso l'ammalato, mi avvidi che non rispondeva più alle domande nè dava segni di comprenderle: di più, si era manifestata ptosi della palpebra destra, per cui mi sorsero dei dubbi che la infezione si fosse propagata all'encefalo, o che il disturbo intestinale non fosse che una manifestazione di altra malattia.

Ad ogni modo non mi resta altro da fare che attendere, poichè la cura incominciata, sgombro intestinale, dieta lattea e ghiaccio alla testa sono gli unici rimedi che possediamo in simili casi.

In questo stato rimase l'ammalato tutta la giornata, e così lo lascio alla sera. Quando fui chiamato verso le ore quattro del mattino trovai il polso lentissimo, tale da indurmi a fare qualche inie-

zione di caffeina. Come al giorno precedente, stato comatoso, pupille disuguali non reagenti alla luce, strabismo, ventre avvallato. Dopo circa un'ora cominciò la respirazione lenta, difficile, rantolosa, per cui somministrai ossigeno. Alle ore 6 l'ammalato era morto.

Quale è stata la causa della morte? Dai fenomeni suddetti non appare dubbio che si tratti di una meningite. Ed allora quale agente virulento ha prodotto in così breve tempo la morte? Quale la via d'ingresso? Dagli esami praticati non essendo state riscontrate lesioni di malattie all'orecchio ed al naso, ma solo qualche fatto di intossicazione intestinale, è da supporre che l'uomo da vari giorni soffrisse di tale disturbo e che solo quando si avvide di non poterne fare a meno si sia presentato alla visita medica, mentre in quel tempo il *bacterium coli*, come in questi ultimi anni hanno dimostrato Chantemesse e Widal in un opuscolo intitolato "Meningites suppurrées non tuberculeuses", se non il bacillo di Hebert, avrebbero cominciato il deleterio lavoro ponendo lor sede anche nelle meningi. Ma del resto questo resta nel campo delle supposizioni più attendibili, perchè una malattia o nell'interno del naso o dell'orecchio, tale da non potersi scoprire con i semplici mezzi che sono a portata, o qualche altra causa insomma, possono aver prodotto lo sviluppo della meningite.

Necropsia. Rigidità cadaverica, colorito della pelle cadaverico senza macchie, pannicolo adiposo scarso. Aperta la scatola cranica si rendono evidentissimi i seni ed i nei della dura madre assai iniettati, tessuto rigonfio per liquido raccolto, liquido di colorito sanguinolento sporco e la superficie in tutta la convessità è disseminata di tante piccole vescichette di pus. Isolato il cervello e praticati i tagli scolastici, ad eccezione di una quantità di liquido superiore al normale, raccolto nei ventricoli laterali, niente altro appare di notevole: e nulla pure si riscontra nelle fosse nasali e nei meandri auricolari. Accertata la diagnosi di meningite purulenta, mi è sembrata inutile l'apertura del torace e del ventre.

La diagnosi di meningite cerebro-spinale si poté meglio accertare in un soggetto di anni 10, suddito austro-ungarico e quindi non compreso nella statistica, che trovavasi a bordo del piroscalo *Gerty*, partito da Trieste toccando Napoli e diretto a New York, nel mese di novembre.

Il medico di bordo nel giornale sanitario espone quanto segue:

Il medico tedesco addetto alla cura dei malati stranieri mi riferisce quanto segue: la mattina del 27 corrente si presentava alla visita all'ambulatorio un ragazzo accusando cefalea, anoressia, stipsi da cinque giorni; esso presentava marcata debolezza di costituzione e oligoemia profonda. L'esame lasciava rivelare: lingua intensamente

impatinata, febbre (38°.5), ventre depresso e molto dolente alla pressione, leggiera tosse con scarso espettorato. Venne ricoverato all'ospedale, dove la sera sopraggiunsero dei vomiti di materiale acquoso e stato di agitazione. Gli venne somministrato l'olio di ricino e praticati impacchi freddi all'addome. Nella notte, continuando i dolori ventrali, gli venne praticata un'iniezione di morfina in seguito a cui l'infermo si calmò e potè riposare nella notte. Sospettando il medico un'intossicazione intestinale, credette opportuno farlo isolare nel reparto infettivi. La mattina del 28 alla febbre si aggiunsero fenomeni di eccitamento cerebrale, per cui venne messa la vescica di ghiaccio alla testa e praticati dei clisteri, in seguito a cui si calmò alquanto l'agitazione, ma non il vomito e fu praticata la sera altra iniezione di morfina. La mattina seguente, 29, si sono estrinsecati maggiormente i fenomeni di vera meningite cerebro-spinale; convulsioni, vaniloquio, rotazione dei bulbi oculari. La febbre si osserva però essere diminuita (37°.5). Continua la stessa terapia: ghiaccio alla testa, derivativi intestinali. Nel pomeriggio: continuano gli stessi fatti morbosi e la contrazione della pupilla si fa più marcata; verso le ore 2 pom. l'infermo entra in istato di coma, indi di collasso ed alle 4 pom. cessa di vivere. Il cadavere viene poco dopo allontanato e praticate rigorose misure profilattiche di tutti gli ambienti.

Difterite.

Furono riscontrati nell'anno 1905 nove casi di difterite, cinque nei viaggi di andata, quattro in quelli di ritorno. Tanto i primi come i secondi contarono due decessi; vale a dire una mortalità di quasi la metà e quindi superiore a quella lamentata negli anni precedenti, nei quali la mortalità massima ha raggiunto il terzo dei colpiti.

Infatti, consultando la statistica del 1903, si ha nei viaggi al Nord-America su tre casi nell'andata e due nel ritorno un solo decesso fra questi ultimi; e nei viaggi al Sud un caso isolato seguito da morte; negativo il ritorno.

Nel 1904, su dodici casi accertati nei viaggi di ritorno dal Nord, si ebbero quattro esiti funesti e nel viaggio di ritorno dal Sud su tre colpiti un morto. Nessun caso nei viaggi di andata.

Sarà quindi opportuno riportare le storie cliniche di tre dei soggetti morti di difterite nel 1905, non avendosi del quarto sufficienti notizie.

La prima riguarda una bambina di mesi 15 che imbarcò sul piroscafo *Città di Napoli*, il giorno 11 marzo, a Genova, in condizioni gravissime. Il medico di bordo non appena l'ebbe veduta, accortosi della natura della malattia, fece isolare immediatamente la piccola ammalata, adottando tutte le misure profilattiche necessarie a prevenire la diffusione dell'infezione. Sebbene la bambina fosse già in istato di coma, tuttavia le è stata praticata una iniezione di 10 cc. di siero antidifterico, facendo nel tempo stesso delle pennellazioni alla faringe di una soluzione di sublimato corrosivo. Ma non si è avuto nessun miglioramento e la bambina è morta, nove ore dopo il suo imbarco.

Nei viaggi di ritorno uno dei due casi letali è stato riscontrato sul piroscafo *Prinzess Irene* in un bambino di quattro anni e mezzo, il giorno 8 giugno. La malattia si è manifestata con tutti i caratteri di una tonsillite follicolare e l'anamnesi riferita dalla mamma e l'esame accurato della gola non fece pensare ad altro di più grave. Ed il decorso stesso dietro la cura iniziata dava ragione di questo modo di pensare. Però il mattino del 12 si manifestarono dei fenomeni che fecero pensare trattarsi di difterite e così venne curata la malattia. Ma ad onta delle iniezioni di siero antidifterico, l'infezione vinse ed il bambino morì alle ore 10 del 14 giugno.

GIORNI	TEMPERATURE		
	Ore 7	Ore 15	Ore 21
8 giugno	"	39.8	39.8
9 id.	40.0	37.3	38.5
10 id.	37.3	37.7	38.3
11 id.	37.7	38.0	38.2
12 id.	38.4	38.8	39.9
13 id.	38.7	39.1	39.0
14 id.	36.5	"	"

In primo tempo si applicarono delle mignatte nelle regioni sottomascellari: si fecero delle polverizzazioni di sublimato in gola, si diedero dei pezzettini di ghiaccio in bocca. In secondo tempo si praticarono tre iniezioni di siero antidifterico di mille unità; si continuarono le polverizzazioni in gola di acido fenico e glicerina. Alla fine si fecero due iniezioni di benzoato di sodio e caffeina. Il ventre fu tenuto sempre libero con clisteri giornalieri. La dieta fu esclusivamente liquida composta di latte e zabaioni.

Il secondo caso si è svolto sul piroscalo *Madonna*:

Bambina di buona costituzione che mi viene presentata, narra il medico di bordo, il 28 novembre perchè affetta da mal di gola. La bambina compie delle profonde e prolungate ispirazioni, durante le quali mette in giuoco tutti i muscoli respiratori ausiliari. Le ispirazioni sono accompagnate da un sibilo, indice di ostacolo al passaggio dell'aria.

Tosse leggera ma senza emissione di espettorato, irrequietezza, agitazione. Sul palato molle ed ugola notansi piccole isolette bianco-giallicce e mucosità, ma non membrane ditteriche. Gangli del collo lievemente ingrossati. Temperatura 37°.3. Respirazione 50. Pulsazione 100 per minuto. Fo diagnosi di crup laringeo ed isolo l'ammalata con la quale permetto alla madre di restare. Assegno una infermiera per l'assistenza di quest'inferma, interdicensi ogni comunicazione col resto del bastimento. Pratico una iniezione di siero di Behring n. 1 e mantengo nell'ambiente un'atmosfera umida, mercè la presenza di recipienti con acqua calda. Fo praticare ancora delle inalazioni con acido salicilico ed acido benzoico. Ad ore 14 le condizioni dell'inferma sono le seguenti: Difficoltà respiratoria come al mattino, respirazione 52, pulsazioni 110. Colorito pallido. Accessi di tosse stizzosa senza emissione di espettorato, dopo dei quali la bambina deglutisce qualche cosa. Temperatura 38°.1. Non trovo necessario prendere per il momento altri provvedimenti. Ad ore 21 le condizioni sono più gravi: Colorito pallidissimo, dispnea forte intercalata da accessi di tosse stizzosissima, respirazione 60, pulsazioni 120, temperatura 38°.4. Funzione cardiaca abbastanza sostenuta. La bambina durante la giornata non ha ingerito che pochi sorsi di latte. Stante l'assenza della cianosi, escludo la idea di un grave ostacolo al passaggio dell'aria; tanto più che ha ingerito il latte. Vista però la gravezza dell'infezione pratico una 2^a iniezione di siero Behring n. 2 ed intermittenemente, durante la notte, fo praticare delle inalazioni di ossigeno. Durante la notte nessun fatto nuovo, anzi noto che la dispnea tende a diminuire. Condizioni alle 8 del mattino del 2: colorito pallido, assenza di cianosi, la deglutizione possibile, mi fanno escludere l'idea dell'ostacolo meccanico alla respirazione e quindi dell'opportunità della tracheomia, che potrebbe del resto anche cadere al di sopra dell'ostacolo. D'altra parte l'atto operativo difficilmente sarebbe coronato da successo per l'adinamia incipiente e per la mancanza di forze che notai già nell'inferma. Invece pratico una 3^a iniezione di siero Behring come *estrema ratio*, visto le gravi condizioni dell'inferma.

Alle ore 12 le condizioni sono peggiorate: pulsazioni 160, respirazioni 50, polso piccolissimo, esauriente. Alle ore 16 l'adinamia è ancor più accentuata e mi costringe a ricorrere ad iniezioni di etere, olio canforato per sostenere l'azione cardiaca. Alle ore 20 la bambina entra in agonia e notasi una lieve subcianosi dei prolabi. Ad ore 22 essa cessa di vivere.

Dati questi fatti, io credo che la bambina sia morta per *adynamia dovuta ad una grave infezione generale* in un organismo non forte abbastanza da poter opporre una valida resistenza, e non per *ostacolo meccanico* alla respirazione.

Febbre gialla.

Quantunque l'unico individuo che nell'annata sia stato colpito da febbre gialla sia di nazionalità spagnuola, tuttavia si trascrivono le notizie cliniche che il medico di bordo ha esposto in proposito nel giornale sanitario, trattandosi di un caso interessante per la natura della infezione:

Alle ore 4 pom. del giorno 12, sul piroscalo *Centro America*, partito da Colon il 30 dicembre, diretto a Genova e che ha toccato nella traversata non pochi porti intermedi, essendo andato a passare una visita nei dormitori dei passeggeri ed avendo trovato un emigrante spagnuolo di 19 anni, in cuccetta e febbricitante (39°. 4), lo faccio accompagnare all'ospedale di bordo.

Individuo di costituzione scheletrica regolare, pannicolo adiposo discreto; l'ammalato presenta un colore itterico. Milza e fegato normali. Così pure nulla si rileva dall'esame dello stomaco e dell'intestino. Apparecchio respiratorio normale. Non posso veder la lingua, perchè tiene la bocca fortemente chiusa. Lo interrogo, ma egli non solo non risponde, ma volta anzi la faccia dal lato opposto. Polso molto debole. Ordino un zabaione, latte. Ritorno a vederlo nella serata, ma egli continua nel suo mutismo. Ordino all'infermiere che lo sorvegli durante la notte.

Giorno 13. Passò la notte abbastanza tranquillo, solo accusava sete. Febbre 39°. 2. Polso sempre debole. Lo interrogo, ma egli mi risponde che ha sete e, mentre gli porgo il latte ghiacciato, anzi dopo che ne ha bevuto un po', gli sopravviene vomito di colorito nero. Pare che in mattinata abbia avuto una leggera epistassi.

Continuo a fargli dare latte ghiacciato, limonate pure ghiacciate, marsala e oppio. In giornata ha avuto altri due accessi di vomito sempre neri e questi sempre appena preso il latte. Ore 8 pom. Temperatura 38°. 5, l'ammalato è quieto e riposa, però non vuol rispondere.

Giorno 14. L'ammalato durante la notte non ha più vomitato, anzi ha riposato. Alla mattina alle ore 8 prende latte ghiacciato e non ha vomito. Però non vuole rispondere. Temperatura 37°. Polso molto debole. Più tardi somministro una pozione di caffè con cognac;

non ha vomito. Domando se ha orinato non dice nulla però, osservatolo, trovo che le mutande sono bagnate.

Sul mezzogiorno il polso si fa sempre più debole, le estremità quasi fredde. Pratico una iniezione di caffeina. Alle ore 2 torno a vederlo e lo trovo in istato comatoso, pratico un'altra iniezione di caffeina, ma inutilmente. Alle tre l'infermiere mi viene ad avvertire che è morto. Vado e constato il decesso.

Dopo due ore torno a vederlo e trovo rigidità cadaverica pronunziata: colorito della cute specialmente della faccia, arancio cupo. Non si osservano sollevamenti della pelle, nè ecchimosi, nè petecchie e neppure si osserva lo scroto nero e tumefatto che CORRE ritiene come carattere patognomico dei cadaveri di febbre gialla.

Lesioni violente.

Dopo avere esposto le notizie più interessanti sulle malattie infettive che si poterono ricavare dai giornali sanitari di bordo, a fine di mantenere lo stesso ordine seguito nella parte che riguarda l'emigrazione del Sud America, si indicheranno ora i pochi fatti salienti riscontrati negli emigranti che riportarono delle lesioni in seguito a disgraziati accidenti, dei quali il quadro 9° della parte II, pagina seguente, dà un prospetto generale.

Commozione cerebrale. Il trauma interessante dal lato medico-legale, avvenne in un uomo di anni 30 sul piroscalo *Cretic* in navigazione per New York:

14 marzo. Trovandosi, nel pomeriggio, nella stiva insieme ad altri emigranti, è scivolato sul ponte ed è caduto battendo il capo all'indietro.

Portato in ospedale, è assalito da convulsioni tonico-cloniche ripetentisi ad intervalli variabili, con digrignamento dei denti ed emissione di bava dalla bocca. Tale stato dura circa quattro ore: quindi segue uno stato soporoso. La reazione pupillare è conservata, il polso è regolare. Cranio apparentemente illeso.

Vescica di ghiaccio sul capo. Clistere salino.

15 marzo. L'infermo è in istato soporoso incompleto; ripetutamente scosso, riesce a compiere, benchè in maniera torpida, i differenti movimenti degli arti, e risponde adeguatamente quantunque con lentezza, alle differenti domande che gli si rivolgono. Sensibilità e riflessi conservati. Accusa forte dolore di capo, ma più nella regione frontale che nella occipitale. Nemmeno oggi si ha alcun sintomo che possa far pensare a lesione della scatola cranica. Apiressia. Ghiaccio a permanenza sul capo.

16 marzo. — Migliorato alquanto il sensorio; anche il torpore delle membra è molto diminuito. La cefalea oggi è prevalentemente occipitale.

In tali condizioni sbarca all'ospedale di New York.

Osservazioni. Molto probabilmente l'individuo fu colpito da un attacco epilettico, in seguito al quale cadde sul ponte riportando consecutivamente commozione cerebrale.

Visitato all'ospedale in New York, dopo due giorni, fu trovato grandemente migliorato.

Commozione spinale. Piroscalo *Prinz Oskar*.

27 gennaio 1905. — Stamane gli emigranti, narra il medico di bordo, man mano che subivano l'ispezione del medico di porto in New York, venivano fatti scendere in una stiva vuota per non tenerli in coperta, dove si gelava. Un giovane di 23 anni, appena disceso in questa stiva, ha scavalcata la catena che difende il boccaporto della stiva sottostante, e non osservando alla scarsa luce che una parte del boccaporto medesimo rimaneva scoperto, è precipitato nella stiva sottostante per un'altezza di metri 5.70. Dalla caduta ha riportato lieve contusione addominale, commozione cerebrale, con momentanea perdita della coscienza, e spinale, con perdita dell'urina. L'ho fatto subito e accuratamente trasportare all'ospedale, dove ad una minuziosa visita generale ho riscontrato forte dolore spontaneo e alla palpazione nella regione epigastrica, pallore della cute e mucose visibili, polso raro ma pieno e ritmico. Nessun segno di lesione anatomica. L'infermo non ricorda nessun particolare della caduta. Viene messo a letto e tenuto ivi immobile; gli fo applicare ripetuti cataplasmi

sull'addome; somministro 10 centg. di oppio per mettere in riposo l'intestino, e quando, circa due ore dopo, vengono a prenderlo per trasportarlo all'ospedale in città, si sente meglio, ma persiste il dolore vivo e localizzato all'epigastrio.

Ma non è il caso di insistere ulteriormente annotando dettagli, poichè basta di per sè il quadro suesposto per dare un concetto dell'andamento di lesioni che non hanno presentato fatti rimarchevoli, trattandosi di fratture, distrazione, ferite a decorso normale, di cui le meno leggere soventi non ricevettero a bordo che le prime cure.

Soltanto il funesto accidente toccato ad un marinaio italiano facente parte dell'equipaggio del piroscalo *Königin Luise* merita di essere menzionato:

Frattura della base del cranio. Stamane 15 novembre, narra il medico di bordo, alle ore 4, al cambio della guardia, cadde dall'albero di prua un marinaio italiano, postovi in vedetta. Praticata una minuta inchiesta, risultò che la disgrazia era dovuta a pura accidentalità. Faceva un tempo pessimo, infuriava una bufera di vento e pioggia fredda; il pover'uomo s'era forse troppo pesantemente vestito, ciò che gli impacciò i movimenti. Nel discendere dal posto di vedetta per la stretta scala, scivolò cadendo sul compagno che lo aveva immediatamente preceduto, rimbalzando poi sul pavimento di coperta. Riportò la frattura della base del cranio in seguito alla quale soccombette dopo mezz'ora dal disgraziato accidente, senza aver potuto articolare parola. Aveva 46 anni.

Vana riuscì ogni cura, ogni assistenza. Perdeva sangue dalle narici commisto e liquido cefalo-rachidiano. Riportò pure una ferita lacero contusa al labbro superiore che fu tosto disinfettata e suturata. Quando lo visitai era già rantolante e spirò poco dopo.

Malattie mentali.

Il numero dei rimpatrianti affetti da malattie mentali nel 1905 è proporzionalmente quasi il doppio di quello riscontrato nel 1904, effetto di una più larga accettazione di alienati da parte dei medici di bordo, e certamente sarebbe di gran lunga maggiore se, non potendo disporre di locali per custodirli e personale adatto di sorveglianza, i R.R. Commissari non fossero costretti a respingerne non pochi; poichè, come già si ebbe a scrivere nelle precedenti relazioni, vi è una quantità non indifferente di Italiani ricoverati per psicopatie nei vari stabilimenti di cura degli Stati Uniti.

Sarà perciò di grande utilità l'incaricare uno dei medici che saranno a turno destinati al Consolato di New York per procedere alle visite gratuite degli emigranti iscritti nella leva (qualora siano approvate le modificazioni del regolamento ora allo studio), di fare delle indagini e di presentare uno studio sulle cause della frequenza della pazzia nei nostri connazionali, come pure sugli stabilimenti che li ricoverano e sull'esito delle cure che ivi ricevono.

Finora non si hanno in proposito che i soli dati già pubblicati negli *Annali di Medicina Navale* dell'anno 1905, circa un manicomio criminale; ma queste notizie e quelle raccolte dai medici di bordo riguardanti casi isolati, di malati rimpatriati, non sono sufficienti a dare un concetto del modo di comportarsi delle affezioni mentali fra gli emigrati residenti nel Nord America.

Per conseguenza, tralasciando le osservazioni più o meno complete, che intorno a qualche infermo potrebbero ricavarsi dai giornali sanitari, si inserisce soltanto l'elenco delle malattie mentali, distribuite a seconda delle diagnosi formulate dai medici di bordo:

Casi di infermità mentali verificatisi nei viaggi sia di andata che di ritorno dal Nord America nell'anno 1905.

MALATTIE MENTALI	NUMERO DEI CASI NEL VIAGGIO				TOTALE
	di andata		di ritorno		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Alienazione mentale	"	"	14	1	15
Demenza	"	"	6	"	6
Delirium tremens	"	"	1	"	1
Demenza paralitica	"	"	1	"	1
Frenosi epilettica	"	"	1	"	1
Lipemania	"	"	9	3	12
Mania acuta	"	"	1	1	2
Mania erotica	"	"	"	1	1
Mania di persecuzione	"	"	11	"	11
Mania religiosa	"	"	1	1	2
Paranoia	"	"	2	"	2
Psicosi allucinatoria	"	"	1	"	1
Totale	"	"	48	7	55

QUADRO N. 10 (Parte II).

Morbosità e mortalità verificatesi negli emigranti durante i viaggi sia di andata che di ritorno dal Nord America in ciascuno degli anni 1903, 1904 e 1905 (Medie per mille).

ANNI	MORBOSITÀ						MORTALITÀ													
	Uomini		Donne		Bambini dai 5 ai 10 anni		Bambini sotto i 5 anni		Medie totali		Uomini		Donne		Bambini dai 5 ai 10 anni		Bambini sotto i 5 anni		Medie totali	
	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno
1903 . .	8.58	12.98	10.46	22.53	14.10	16.26	22.63	23.97	9.86	14.13	0.09	0.52	0.06	1.46	0.25	0.00	1.99	2.13	0.19	0.63
1904 . .	5.17	9.63	7.82	17.55	14.50	13.19	22.44	23.13	6.98	10.89	0.09	0.27	0.13	0.11	0.16	0.57	0.98	3.16	0.15	0.41
1905 . .	6.26	16.65	18.49	24.88	11.72	9.40	19.15	29.09	8.17	17.80	0.05	0.41	0.28	0.33	0.09	0.00	1.32	2.32	0.14	0.49

PARTE III.

Notizie riassuntive.

Nei quadri 11, 12, 13, 14 e 15 sono state riassunte le notizie date intorno agli emigranti infermi assistiti sui piroscafi in servizio di emigrazione, sia durante i viaggi di andata che in quelli di ritorno dall'America del Nord e del Sud nell'anno 1905.

Premettiamo a quelle notizie il numero degli emigranti e dei rimpatrianti nel triennio 1903-1905 dal Sud e dal Nord America, cifre che servono per stabilire i rapporti proporzionali fra il numero degli infermi e quello degli emigranti trasportati.

ANNO	AMERICA DEL SUD		ANNO	AMERICA DEL NORD	
	Emigranti	Rimpatrianti		Emigranti	Rimpatrianti
1903	50,903	31,738	1903	177,049	61,203
1904	72,375	43,170	1904	132,534	108,026
1905	101,342	42,727	1905	222,679	65,145

QUADRO N. 11 (Parte III).

Morbosità presentata dal complesso degli emigranti durante il viaggio di andata per l'America del Nord e del Sud nell'anno 1905.

EMIGRANTI	NUMERO degli emigranti	MALATI ricoverati nell'infermeria	ESITO DEI MALATI			MEDIA PER MILLE	
			guariti	sbarcati non guariti	morti	dei malati	dei morti
Uomini	251,066	1,888	1,537	328	23	7.52	0.09
Donne	37,280	606	503	95	8	16.25	0.21
Bambini dai 5 ai 10 anni .	16,563	304	228	71	5	18.35	0.30
Bambini sotto i 5 anni .	19,112	535	377	120	38	27.99	1.98
Totale	324,021	3,333	2,645	614	74	10.28	0.22

Parti: A termine 26 — Prematuri 5 — Aborti 20.

QUADRO N. 12 (Parte III).

Morbosità presentata dal complesso degli emigranti rimpatrianti durante i viaggi di ritorno dall'America del Nord e del Sud nell'anno 1905.

RIMPATRIANTI	NUMERO dei rimpatrianti				MALATI ricoverati all'infermeria	ESITO dei malati			MEDIA per mille	
	volontari	per motivi di salute	per altre cause	Totale dei rimpatrianti		guariti	sbarcati non guariti	morti	dei malati	dei morti
Uomini	78,345	299	1,859	80,503	1,365	504	816	45	16.95	0.55
Donne	13,100	50	183	13,333	302	151	146	5	22.65	0.57
Bambini dai 5 ai 10 anni .	5,607	16	68	5,691	108	83	24	1	18.95	0.17
Bambini sotto i 5 anni .	8,291	4	50	8,345	258	157	81	20	30.91	2.39
Totale	105,343	369	2,160	107,872	2,033	895	1,607	71	18.84	0.65

Parti: A termine 19 — Prematuri 2 — Aborti 6.

Morbosità e mortalità presentate dal complesso degli emigranti durante i viaggi di andata e ritorno per l'America del Nord e del Sud (Medie per mille). — Anni 1903, 1904 e 1905.

ANNI	MORBOSITÀ										MORTALITÀ									
	Uomini		Donne		Bambini dai 5 ai 10 anni		Bambini sotto i 5 anni		Medie totali		Uomini		Donne		Bambini dai 5 ai 10 anni		Bambini sotto i 5 anni		Medie totali	
	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno	Viaggio di Andata	Ritorno
1903 .	9.28	15.21	11.42	16.76	18.06	17.99	28.18	22.79	11.17	16.24	0.12	0.75	0.04	1.08	0.17	1.84	2.78	0.21	0.93	
1904 .	6.41	10.89	9.56	14.26	20.82	13.65	26.75	20.25	8.96	12.07	0.13	0.44	0.10	0.31	0.37	0.71	2.21	2.91	0.26	0.62
1905 .	7.52	16.95	16.25	22.65	18.35	18.95	27.99	30.91	10.28	18.84	0.09	0.55	0.21	0.37	0.30	0.17	1.98	2.39	0.22	0.65

QUADRO N° 14 (Parte III).
 Notizie di confronto delle infermità verificatesi fra gli emigranti nei viaggi di andata e ritorno pel Sud e Nord America.
 Anni 1903, 1904 e 1905.

TRAVERSATA	ANNI	NUMERO complessivo		MORBOSITÀ						ESITO DEI MALATI									
		degli emigranti o rimpatrianti	malati	Infezioni varie		Lesioni violente		Malattie mentali		Infermità comuni		Guariti		Sbarcati non guariti		Morti			
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sud America	Andata . . .	1903	50,903	801	250	4.91	"	"	"	"	"	551	10.81	668	13.10	119	2.33	14	0.27
		1904	72,375	912	256	3.53	"	"	"	"	656	9.06	716	9.89	162	2.23	34	0.46	
		1905	101,342	1,513	547	5.39	26	0.25	3	0.02	937	9.24	1,201	11.84	270	2.66	42	0.41	
	Ritorno . . .	1903	31,758	645	201	6.33	"	"	"	"	444	13.98	395	12.44	202	6.36	48	1.51	
		1904	48,170	649	189	4.37	"	"	12	0.27	448	10.37	322	7.45	277	6.41	50	1.15	
		1905	42,727	873	260	6.08	17	0.39	43	1.00	553	12.94	496	11.60	398	7.90	39	0.91	
Nord America	Andata . . .	1903	177,049	1,746	430	2.42	"	"	"	"	1,302	7.34	1,371	7.73	341	1.92	34	0.19	
		1904	132,534	926	263	1.98	"	"	"	663	5.00	729	5.49	177	1.33	20	0.15		
		1905	222,679	1,820	507	2.27	72	0.32	"	"	1,235	5.56	1,444	6.48	344	1.54	32	0.14	
	Ritorno . . .	1903	61,203	865	310	5.06	"	"	"	"	555	9.06	362	5.90	464	7.57	39	0.63	
		1904	108,026	1,177	495	4.58	"	"	50	0.46	632	5.84	516	4.77	616	5.69	45	0.41	
		1905	65,145	1,160	521	7.99	11	0.16	55	0.85	572	8.78	399	6.12	729	11.19	32	0.49	

N.B. — Le medie si riferiscono al % degli emigranti e rimpatrianti.

QUADRO N. 15 (Parte III).

Malattie infettive e diffuse verificatesi nei viaggi di andata e ritorno per

(Cifre assolute e pro

MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE	AMERICA DEL SUD											
	Viaggio di andata						Viaggio di ritorno					
	Numero dei casi			Per mille sul totale emigranti			Numero dei casi			Per mille sul totale rimpatrianti		
	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1903	1904	1905
Angina difterica	1	>	>	0.01	>	>	>	3	1	>	0.06	0.02
Anchilostomiasi	>	>	>	>	>	>	7	10	18	0.22	0.23	0.42
Beri-beri	>	>	>	>	>	>	2	2	1	0.06	0.04	0.02
Colera	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>
Congiuntivite purulenta	>	1	2	0.01	0.01	>	2	1	>	0.04	0.02	
Congiuntivite tracomatosa	>	4	2	0.05	0.01	>	15	4	>	0.34	0.09	
Dissenteria	>	>	>	>	>	>	1	>	3	0.03	>	0.07
Eresipela facciale	5	12	10	0.09	0.16	0.09	1	1	1	0.08	0.02	0.02
Febbre gialla	>	>	>	>	>	>	2	>	1	0.06	>	0.02
Influenza	1	26	41	0.01	0.35	0.40	16	>	4	0.50	>	0.09
Malaria	34	64	110	0.60	0.88	1.03	29	11	17	0.91	0.25	0.39
Meningite	2	3	1	0.03	0.04	>	4	>	>	0.12	>	>
Meningite cerebro-spinale	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>
Morbillo	120	19	205	2.35	0.26	2.02	41	19	84	1.29	0.44	1.96
Parotite	5	4	9	0.09	0.05	0.08	>	>	3	>	>	0.07
Pellagra	1	>	>	0.01	>	>	>	>	>	>	>	>
Pertosse	3	2	9	0.05	0.02	0.08	2	3	3	0.06	0.05	0.07
Polmonite	20	31	47	0.39	0.42	0.46	28	8	6	0.88	0.18	0.14
Scabbia	19	23	32	0.37	0.31	0.31	9	2	6	0.28	0.04	0.14
Scarlattina	2	1	3	0.03	0.01	0.02	>	2	>	>	0.04	>
Scorbuto	>	>	>	>	>	>	>	>	1	>	>	0.02
Sifilide	4	2	1	0.07	0.02	>	2	9	6	0.06	0.20	0.14
Tifoidea	6	18	24	0.11	0.24	0.23	3	5	9	0.09	0.11	0.21
Tigna favosa	4	>	1	0.07	>	>	>	>	1	>	>	0.02
Tubercolosi	10	15	19	0.19	0.20	0.18	48	77	77	1.51	1.78	1.80
Vaioloide	5	15	7	0.09	0.20	0.06	1	5	4	0.03	0.11	0.09
Vaiuolo	3	2	3	0.05	0.02	0.02	>	1	4	>	0.02	0.09
Varicella	5	14	21	0.09	0.19	0.20	5	14	5	0.15	0.32	0.11
Totale . . .	250	256	547	4.89	3.53	5.39	201	189	260	6.33	4.37	6.08

le destinazioni del Sud e Nord America negli anni 1903, 1904 e 1905.
porzionali per mille).

AMERICA DEL NORD												TOTALITÀ DEI CASI DISTINTI PER IL											
Viaggio di andata						Viaggio di ritorno						Viaggio di andata						Viaggio di ritorno					
Numero dei casi			Per mille sul totale emigranti			Numero dei casi			Per mille sul totale rimpatrianti			Numero dei casi			Per mille sul totale emigranti			Numero dei casi			Per mille sul totale rimpatrianti		
1903	1904	1905	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1903	1904	1905
3	>	5	0.01	>	0.02	2	12	4	0.03	0.11	0.06	4	>	5	0.017	>	0.015	2	15	5	0.021	0.099	0.046
>	>	>	>	>	>	2	1	>	0.01	0.01	>	>	>	>	>	>	>	7	12	19	0.075	0.079	0.176
>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	2	2	1	0.021	0.013	0.009
4	>	>	0.02	>	>	>	>	>	>	>	>	4	>	>	0.017	>	>	>	>	>	>	>	>
>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	1	2	>	0.004	0.006	>	2	1	>	0.013	0.009	>
2	>	3	0.01	>	0.01	12	10	22	0.20	0.09	0.33	2	4	5	0.008	0.019	0.015	12	25	26	0.129	0.165	0.241
1	>	2	>	>	>	>	>	>	>	>	>	1	>	2	0.004	>	0.006	1	>	3	0.010	>	0.028
15	8	19	0.08	0.06	0.08	9	12	8	0.14	0.11	0.12	20	20	29	0.087	0.097	0.039	10	13	9	0.107	0.085	0.084
>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	2	>	1	0.021	>	0.009
47	>	27	0.26	>	0.12	1	>	>	0.01	>	>	48	26	68	0.210	0.126	0.209	17	>	4	0.182	>	0.037
86	61	194	0.48	0.46	0.86	23	49	24	0.45	0.45	0.36	120	125	304	0.529	0.609	0.938	57	60	41	0.613	0.396	0.380
1	3	6	>	0.02	0.02	1	1	1	0.01	>	0.01	3	6	7	0.013	0.029	0.021	5	1	1	0.053	0.006	0.009
>	2	>	>	0.01	>	>	>	>	>	>	>	>	2	>	>	0.009	>	>	>	>	>	>	>
104	72	89	0.58	0.54	0.40	16	47	31	0.26	0.43	0.47	224	91	294	0.972	0.489	0.907	57	66	115	0.613	0.436	1.066
18	10	8	0.10	0.07	0.03	2	11	>	0.03	0.10	>	23	14	17	0.100	0.068	0.052	2	11	3	0.021	0.072	0.028
>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	1	>	>	0.004	>	>	>	>	>	>	>	>
6	4	2	0.03	0.03	>	2	>	1	0.03	>	0.01	9	6	11	0.039	0.029	0.033	4	3	4	0.043	0.019	0.037
78	45	50	0.44	0.34	0.22	15	16	5	0.24	0.14	0.07	98	76	97	0.429	0.360	0.299	43	24	11	0.462	0.165	0.102
21	20	45	0.11	0.15	0.20	20	20	22	0.32	0.18	0.33	40	43	77	0.175	0.209	0.238	29	22	28	0.312	0.145	0.259
1	2	>	>	0.01	>	2	>	>	0.01	>	>	3	3	3	0.013	0.014	0.009	>	4	>	>	0.026	>
>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	1	>	>	0.009
1	4	2	>	0.03	>	7	8	7	0.11	0.07	0.10	5	6	3	0.021	0.049	0.009	9	17	13	0.096	0.112	0.120
17	11	20	0.09	0.08	0.09	9	11	4	0.14	0.10	0.06	23	29	44	0.100	0.141	0.135	12	16	13	0.129	0.105	0.120
1	>	4	>	0.01	>	5	3	5	0.08	0.02	0.07	5	>	5	0.021	>	0.015	5	3	6	0.053	0.019	0.056
2	>	18	0.01	>	0.08	179	278	369	2.92	2.57	5.66	12	15	37	0.052	0.073	0.114	227	355	446	2.442	2.347	4.134
10	9	2	0.05	0.06	>	2	2	>	0.03	0.01	>	15	24	9	0.065	0.107	0.027	3	7	4	0.032	0.046	0.037
5	>	>	0.02	>	>	>	>	>	>	>	>	8	2	3	0.035	0.009	0.009	>	1	4	>	0.006	0.037
7	12	11	0.03	0.09	0.04	>	11	17	>	0.10	0.26	12	26	32	0.052	0.126	0.098	5	25	22	0.053	0.165	0.203
430	263	507	2.42	1.98	2.27	310	495	521	5.06	4.58	7.90	680	519	1054	2.982	2.532	3.249	511	684	781	5.492	5.522	7.240

Osservazioni.

Unitamente alle relazioni sanitarie e ai giornali di viaggio, dai quali si sono ricavate le surriferite notizie, i medici addetti al servizio dell'emigrazione hanno presentato non pochi studi, di cui la maggior parte è stata pubblicata negli *Annali di Medicina Navale*, su argomenti d'igiene o su temi di patologia esotica d'interesse immediato per le nostre colonie.

Altri lavori concernenti l'organizzazione della pubblica assistenza, l'assetto degli ospedali ed il servizio ospedaliero, il modo d'impartire l'insegnamento delle scienze mediche, le scuole, le abitazioni, ecc., ecc., frutto delle indagini praticate dai RR. Commissarii durante le brevi loro soste nelle città importanti, dove più abbonda l'elemento italiano, furono del pari inseriti negli *Annali* dell'anno 1905.

Ma le parti delle relazioni che hanno maggiormente richiamata l'attenzione sono state quelle che contenevano le osservazioni e le proposte riguardanti i mezzi di trasporto degli emigranti oltre Oceano ed i provvedimenti più adatti che si dovrebbero adottare, per esercitare una efficace tutela sui nostri connazionali diretti all'America, da quando abbandonano la loro residenza fino al momento dell'arrivo a destinazione.

Come per lo passato, anche nel 1905, queste osservazioni erano di due ordini:

Le prime si proponevano la disamina obbiettiva di quanto concerne l'assetto igienico e sanitario del piroscampo, sul quale il medico scrivente aveva disimpegnato l'ufficio di R. Commissario per l'emigrazione, e delle qualità della nave sperimentate sotto i suoi occhi in lunghe traversate, tanto col mare agitato che colla calma, allorchè i locali d'alloggio sono affollati di passeggeri e nelle infermerie non mancano gli ammalati anche gravi.

È superfluo il dimostrare come di rapporti di fatti attentamente rilevati ed esattamente riferiti, contenenti una critica serena di ciò che si è trovato di meno rispondente allo scopo, o biasimevole, ed

uno studio dei rimedi più opportuni per rimuovere gli inconvenienti riscontrati, sieno di grande utilità al buon andamento del servizio.

Infatti le Commissioni che hanno il compito di visitare i piroscafi ad ogni viaggio, prima di autorizzare l'imbarco degli emigranti, ancorchè composte di persone esperte di quel servizio e di una speciale competenza, non potrebbero mai formarsi un concetto esatto dell'adattabilità di una nave e dei suoi organismi interni (in specie di quelli più necessari allo svolgersi normale ed in buone condizioni della vita di bordo) ispezionandola quando è ormeggiata in porto, in piena calma, sfollata di passeggeri, con tutti gli *hublots* ed i boccaporti aperti e colla macchina spenta, se non dessero anche ascolto ad avvertimenti e consigli, che solo l'esperienza può suggerire.

Nella seconda serie di osservazioni i medici naviganti trattavano dell'andamento del servizio in generale, e notavano il ripetersi continuo di certi dati inconvenienti, formulando delle proposte intese a modificare il vigente regolamento od a colmare quelle lacune che avevano creduto di riscontrarvi.

* *

Sebbene gli appunti ripetutamente mossi, nelle relazioni sanitarie dell'anno 1905, all'ubicazione degli ospedali d'isolamento, su di alcuni piroscafi di nuova costruzione, dai medici che vi furono imbarcati, appartengano apparentemente alla prima serie di osservazioni, tuttavia dappoichè questi locali furono così disposti nell'intento di applicare anticipatamente le modifiche che saranno introdotte nel regolamento, si deve ritenere che effettivamente mirino ad una questione importantissima di massima, qual è quella delle norme per a sistemazione dei vari reparti degli ospedali di bordo.

Trattasi di un argomento che fu già svolto nella relazione della statistica sanitaria dell'anno 1903, nella quale, a proposito dell'ubicazione più conveniente da darsi alle infermerie di bordo, si faceva notare quanto sarebbe illusoria la divisione dei reparti delle malattie infettive da quelli delle malattie comuni, qualora i due locali restassero contigui.

Infatti, pur ammettendo che i reparti siano tanto ben delimitati in modo che il personale incaricato di assistere i malati, come quello appartenente all'equipaggio, non debba per nessun motivo trafficare dall'uno all'altro, e che si possa ottenere dagli infermieri una sorveglianza assidua e rigorosamente esercitata (il che non è facile, data la deficiente coltura professionale, l'arrendevolezza alla corruzione, ed il poco amore al servizio della generalità e specialmente di quelli che imbarcano quali infermieri, ma che in verità sono dei veri emigranti pronti a disertare all'arrivo nel porto di destinazione), non si potrà mai essere certi di evitare il contatto diretto e indiretto fra gli affetti da malattie comuni e quelli colpiti da malattie infettive e diffuse.

A conferma di tale asserzione è bene rammentare due casi tipici di data recente.

Il primo, riferito dettagliatamente nella statistica del 1904, fu constatato a bordo del piroscafo *Provence* in un giovane emigrante, il quale per aver dato segno di infermità di mente (malinconia con tendenza al suicidio) venne per buona parte della traversata rinchiuso in un reparto dell'infermeria e sorvegliato assiduamente ed ivi rimase anche dopo l'arrivo a Buenos-Ayres, non essendogli stato concesso lo sbarco dalle Autorità locali. Costui, nei primi giorni del viaggio di ritorno, ammalò di vaiuolo e ne morì.

Probabilmente egli dovette assumere l'infezione da un compagno che, pochi giorni prima dell'arrivo a Buenos-Ayres, era stato ricoverato nell'ospedale d'isolamento perchè affetto da vaiuolo.

Il secondo si è verificato sul piroscafo *Città di Torino* e già ne è stato fatto cenno nella presente statistica là dove si è trattato delle malattie infettive riscontrate nei viaggi di andata al Sud America.

Sul *Città di Torino*, partito il 9 dicembre 1905 da Genova, la sera del giorno 16 si constatò un caso di vaiuolo in un suddito spagnuolo proveniente da Barcellona.

Dodici giorni dopo caddero infermi di vaiuolo una giovane italiana, di 24 anni, ed un passeggero di 3^a classe degente all'ospedale di bordo per bronco-alveolite fin dal 12 dicembre. Dato lo svolgimento dell'in-

fezione nei due colpiti e le circostanze nelle quali si determinò, il medico di bordo ritenne che, con tutta probabilità, fosse stata contratta nell'infermeria stessa, poichè, egli scrisse: " per quanto io " invigilassi di persona e lasciassi delle consegne severe al personale " infermiere, le sezioni delle infermerie di bordo erano così limitrofe " e mal separate, che mille potevano essere i contatti fra i vari " ammalati „.

Ma, ancorchè si voglia ammettere la possibilità di impedire qualsiasi contatto mediato e immediato fra gli ammalati dei vari reparti, qualora sieno situati gli uni accanto agli altri (il che praticamente non è: lo provano i fatti e tutti i medici di bordo possono averne fatta l'esperienza), e ritenere che gli infermieri non prestino la loro assistenza agli ammalati di malattie comuni ed a quelli di malattie infettive, alternativamente, senza prender prima le dovute precauzioni; non si potrà mai esser certi che i parenti, gli amici, od anche semplicemente i curiosi non approfittino dell'affollamento che generalmente si verifica al centro di un trasporto, e della vicinanza dell'ospedale di malattie comuni, per tentare di penetrare in quello d'isolamento, aiutati nei loro conati da tutti i compagni e dai malati stessi, collegati per eludere gli ordini del medico.

Date le identiche circostanze, si ripeteranno gli stessi inconvenienti che abbiamo enumerati nel corso della relazione a proposito delle difficoltà che incontrano i medici di bordo per fare osservare una dieta conveniente ai bambini malati di gastroenterite.

È quindi necessario che l'infermeria delle malattie infettive e diffusive sia situata lontano da quella delle malattie comuni ed in una parte del piroscafo facile a sorvegliarsi e che si possa mantenere, quando il bisogno lo imponga, in un isolamento rigoroso, per quel tanto che è dato ottenere su navi sulle quali, in spazi relativamente angusti, sono agglomerate grandi masse di passeggeri.

Ora la località che risponde meglio a questi requisiti è precisamente la poppa, dove neppur per motivi di servizio debbono trafficare molte persone e dove ai passeggeri può essere imposto l'obbligo di

transitare senza fermarsi, mancando loro per indugiarsi i pretesti di cui abbondano gli emigranti che si vogliono arrestare in prossimità dei reparti dell'ospedale, quando questi sieno collocati al centro.

Certamente gli ammalati si troverebbero a loro migliore agio, se alloggiati al centro della nave; ma non bisogna dimenticare, che i piroscafi non sono nè ospedali, nè sanatori galleggianti, e che loro ufficio è di trasportare delle persone sane, di cui devesi garantire la salute, anche se, per ottenere questo scopo, coloro che sono stati colpiti da malattie infettive e diffusive, durante la traversata, dovessero per pochi giorni rinunciare a qualche comodità.

A ben maggior ragione qualche sacrificio si può esigere dai passeggeri che imbarcano malati e sono accettati a bordo nei viaggi di ritorno per le speciali considerazioni più volte indicate. La pietà verso di questi infelici non deve far dimenticare che sui piroscafi vi sono centinaia di uomini, di donne e di bambini, di cui la maggior parte è in pessime condizioni generali di salute e quindi offre facile preda a qualsiasi germe di infezione.

Non deve ad esempio dirsi disumano il pretendere che gli infermi di tubercolosi restino durante la traversata nel loro alloggio, mentre tanto beneficio potrebbero ricavarne dalla vita all'aria libera e purissima della coperta; pensando alla terribile responsabilità morale alla quale s'andrebbe incontro esponendo dei sani al pericolo di contrarre il fatale morbo col costringerli a vivere a contatto di simili malati.

D'altra parte, sebbene non si possa mettere in dubbio che sugli attuali mezzi di trasporto il luogo più adatto per malati sia il centro, perchè meno risente le scosse dell'elica e dei movimenti di beccheggio, motivo pel quale il regolamento dell'emigrazione volle che ivi fossero collocate le infermerie, tuttavia è pur innegabile che la poppa che or non è molto costituiva l'alloggio di elezione delle classi privilegiate, possa offrire degli ambienti comodi e capaci di dare conveniente ospitalità anche a dei malati.

Pertanto dovendosi, qualora si voglia realmente salvaguardare la

salute della maggioranza dei passeggeri, situare l'ospedale d'isolamento, verso l'estrema poppa ed essendo necessario nel tempo stesso collocare gl'infermi di malattie infettive nelle migliori condizioni che si possano ottenere su di una nave, converrà che in ogni caso speciale l'uomo dell'arte procuri di conciliare i due termini del problema, con lo scegliere una località che presenti le condizioni di abitabilità indispensabili ad un infermo di malattie infettive, pur essendo posta in una parte relativamente remota e per quanto è possibile al di fuori della corrente di traffico dei passeggeri e dell'equipaggio.

**

Ma più del tema della ubicazione degli ospedali fu quello della sistemazione delle tavole da pranzo a bordo per uso degli emigranti che richiamò anche nell'anno 1905 l'attenzione dei medici naviganti, i quali lungamente ne discussero nelle loro relazioni, specialmente da quando il Governo degli Stati Uniti dimostrò, con l'applicazione di multe rilevanti e persino coll'arresto di alcuni comandanti di piroscafi, che intendeva di esigere il rispetto della legge colla quale aveva ordinato che su tutti i trasporti fossero messe a disposizione dei passeggeri delle tavole per scrivere, prendere pasti, ecc.

In verità tale problema non è di facile soluzione pratica, poichè mentre da un lato per ragioni di filantropia e per il dovuto rispetto al sentimento di dignità non solo, ma anche per motivi d'igiene, s'impone la necessità di provvedere affinchè gli emigranti non debbano prendere i loro pasti accovacciati a disagio sulla coperta sudicia di detriti di ogni sorta, dagli escrementi dei bambini, agli sputi degli adulti ed alle eiezioni dei sofferenti di naupatia, dall'altro incombe la questione economica che sconsiglia dall'adottare tutti quei provvedimenti che potrebbero aver per conseguenza un rialzo dei noli, già attualmente gravosi, relativamente alle esigue risorse di cui dispongono i nostri emigranti.

Per ottenere un buon impianto di tavole da pranzo per gli emi-

granti, tali da non importare diminuzione di posti di cuccette e quindi del numero massimo di passeggeri che un dato piroscavo può trasportare, sono stati studiati e su qualche piroscavo attuati due ordini di progetti.

I primi tendono ad utilizzare le stesse cuccette degli emigranti, e perciò propongono di costruirle in modo da poterle trasformare in tavole da pranzo al momento opportuno.

I secondi suggeriscono l'impianto di tavole fisse nei dormitori o la sistemazione sotto i bagli di tavole da abbassarsi e da montarsi nell'istante di doversene servire, e questi naturalmente importano una riduzione delle cuccette, che per quanto minima non va trascurata.

Appartengono al primo ordine di progetti le cuccette tipo "Schenone", minutamente descritta nel volume II, pagina 21 degli *Annali di Medicina Navale*, anno 1905, adottate sui piroscavi della Società di trasporto "La Veloce".

Ma le cuccette Schenone e di qualsiasi altro di tipo somigliante hanno l'inconveniente grande di esigere un personale numeroso ed addestrato per il loro maneggio, qualora si voglia procedere al ripiegamento in un tempo relativamente breve, come è necessario quando occorra valersene per tavola da pranzo e necessiti poi rimontarle subito affinché possano servire da letto.

E la manovra, se il tempo è cattivo ed il mare agitato, dovrà essere ripetuta almeno ad ogni pasto, non essendo umano privare i sofferenti di naupatia e specialmente le donne ed i bambini dell'unica risorsa che possa apportar loro un qualche beneficio.

Un secondo difetto di questo tipo di cuccette consiste nel fatto che, quando sono smontate, non si ha posto per riporre il bagaglio che l'emigrante sempre porta con sé nelle stive e deposita sul letto, bagaglio che per quanto sia detto piccolo, raggiunge però un volume tale da non essere possibile di sistemarlo coll'appenderlo al capezzale delle cuccette stesse od al disotto di esse.

Da ultimo, servendosi delle cuccette per tavole da pranzo (non

è neppur necessario il notarlo), il materiale lettereccio e le cuccette e il dormitorio tutto diventano ben presto di una sudiceria nauseante.

Un sistema che risponde meglio di quello dello Schenone sembra debba essere il seguente, progettato dal capitano medico della regia marina dottor Stoppani, in un suo lavoro che sarà presto pubblicato.

Premesso che le cuccette dovrebbero essere tutte riunite in gruppi di 6 ad 8, il predetto ufficiale medico soggiunse:

“ Orbene, nell'attuare questa disposizione, si potrebbe facilmente ottenere, che le due cuccette, situate alla parte più esterna del gruppo, l'una, la inferiore, di 80 cm. di larghezza e di 2 metri di lunghezza, l'altra, la superiore, di 60 cm. di larghezza e di metri 1.90 di lunghezza fossero discoste 40-45 cm. dalle 6 rimanenti, e montate sopra due puntali, fatti a canale; e provvisti di una catena a giro continuo, di una ruota dentata, con freno, che s'ingrana nella catena, ed infine di una manovella.

“ Disposte le cuccette nel modo accennato, ed adattato il congegno per sollevarle, ogni mattina, dopo la sveglia, il capostiva, collocato il materasso, la coperta di lana, il salvagente della cuccetta inferiore sulla cuccetta superiore, essendo contenuta la cuccetta superiore in quella inferiore, potrebbero rapidamente e facilmente sollevarle entrambe fino al cielo del locale.

“ Rimarrebbe così disponibile tutto lo spazio occupato dalle due cuccette, e perciò adattando al sostegno della cuccetta inferiore un tavolo, tutti gli otto passeggeri del gruppo di cuccette avrebbero il loro posto stabile e comodissimo.

“ Onde poi le stoviglie non siano appese un po' da tutte le parti, ovvero conservate per terra in mezzo al sudiciume, sarebbe opportuno adattare al di sotto della cuccetta da cm. 80, una cassina metallica, fenestrata, sollevata dal pavimento del locale, e di dimensioni tali, da poter contenere tutti gli oggetti necessari ad un rancio di 8 persone.

“ Forse questo mio progetto sembrerà molto artificioso e poco
“ pratico, ma, d'altra parte, anche dal canto mio, non ho certo la
“ presunzione di credere, che esso sia perfetto. L'ho esposto sem-
“ plicemente nella speranza che la mia idea, meglio studiata e più
“ perfezionata, possa dare in un non lontano avvenire dei buoni
“ risultati „.

Sebbene si possa anche dalla semplice esposizione restar con-
vinti che il sistema progettato dal capitano medico Stoppani non
presenti alcuni dei difetti rimproverati alle cuccette modello Sche-
none; tuttavia sarebbe necessario sperimentarle per poter pronunciare
un giudizio sulla sua praticità.

Fra i progetti del secondo ordine è da ricordarsi quello che il ca-
pitano medico della regia marina dottor Pastega espone in una rela-
zione che trovasi inserita nel volume II dell'anno 1905 degli *Annali
di Medicina Navale* a pagina 631. Secondo il dottor Pastega, le
cuccette nei dormitori dovrebbero essere aggruppate al centro, la-
sciando libero a murata uno spazio da metri 1.10 a 1.20. Allora
applicando alla murata delle tavole di centimetri 35 a 40 di lar-
ghezza da potersi abbattere quando non servono, si otterrebbe così
che tutti i residui del pasto cadrebbero nei trincarini e quindi po-
trebbero essere facilmente asportati e che sarebbe grandemente
facilitato ai capostiva la manovra degli *hublots* dei quali attual-
mente non pochi restano chiusi, anche quando il mare calmo per-
metterebbe di tenerli aperti; perchè essendo situati al di sopra delle
cuccette, riesce faticoso il loro governo.

Altri ha proposto di condannare i luoghi di passaggio durante le
ore dei pasti, ivi stabilendo delle tavole da pranzo che subito dopo
dovrebbero esser collocate sotto i bagli, come si usa per le tavole
degli equipaggi delle navi da guerra; sistema che può essere peri-
coloso alle persone non abituate alla vita di mare per la manovra
che richiede.

Ma ambedue queste proposte ultime, sebbene a tutta prima
sembrino da preferirsi a quelle del primo ordine (tipo Schenone),

hanno però l'inconveniente economico gravissimo di importare una diminuzione di cuccette, mentre non provvedono un numero di posti di tavola sufficiente per tutti gli emigranti ricoverati nel dormitorio, nel quale si vorrebbero impiantare.

Vero si è che per riparare alla deficienza di posti si propone di distribuire viveri in due riprese. Ma questo ripiego dovrebbe possibilmente essere evitato poichè provoca il disordine a bordo, col protrarre all'infinito l'ora dei pasti, a detrimento della pulizia, eccita la irritazione di coloro che debbono essere serviti nel 2° turno, insopportabili di lunga attesa, e, come dimostra l'esperienza, alimenta le lagnanze più o meno giustificate di tutti gli emigranti che temono sempre di essere trattati meno bene dei compagni che sono serviti prima o dopo di loro.

D'altra parte, volendo servire i pasti in due turni, si rende necessario un aumento del personale di cucina e si accrescono le difficoltà già grandi che i regi commissari ora incontrano nell'esercitare una sorveglianza proficua sul peso e sulla cottura dei generi alimentari.

Ma il difetto essenziale tanto delle tavole ottenute smontando le cuccette come di quelle che si possono sistemare lungo la murata, o appese ai bagli, sta nel tramutare le stive dove dormono gli emigranti in refettori.

Lo stomaco il più agguerrito contro tutte le peripezie della vita di mare, non può immaginare i dormitori dei nostri emigranti ridotti almeno due volte al giorno a sala da pranzo, senza provarne delle contrazioni più che giustificate, ed il meno esigente degli igienisti non troverebbe parole sufficienti per stigmatizzare l'offesa grave fatta a tutte le norme più elementari della scienza col disporre le tavole da pranzo in locali già di per sè tanto angusti, con una ventilazione appena sufficiente, scarsi di luce naturale, dove sono ammassate dalle ore 19 alle 6 delle persone che non si spogliano per tutta una traversata, che non mutano mai la biancheria, che a stento qualche volta si riesce ad indurre a prendere una doccia od un bagno, e che per in-

curia e per mancanza di comodità non si lavano che raramente le mani, quasi mai il viso; locali dove molti depositano l'alvo, moltissimi urinano, e quelli tormentati dal mare lasciano le tracce delle loro sofferenze.

Ma per restare nel campo dei fatti e dare un concetto dello stato in cui verrebbero ridotte le stive adibite a refettori, basti riportare qui ciò che scriveva il capitano medico della regia Marina, dottor Salomone, che trovavasi sul nuovo piroscalo *Florida* nei mesi di marzo e aprile 1905, quando questa nave compiva uno dei suoi primi viaggi in servizio di emigrazione:

“ Oltre le stive, per uso dei passeggeri di 3^a classe, trovasi in coperta ed al centro un salone comunicante con i dormitori, mercè larghe scale e mercè larghe porte con l'esterno. In questo salone sono situate in più file longitudinali numerose tavole e panche di poco solido impianto; circa 200 persone si possono sedere nelle ore dei pasti. Durante il viaggio di andata il salone fu tenuto sempre aperto nelle ore del giorno a totale libertà degli emigranti: esso fu da questi costantemente ridotto un vero letamaio, nonostante la più insistente e sistematica pulizia. Sempre e costantemente occupato durante il giorno, aveva l'aspetto di una bettola.

“ Uno spesso strato di lordura ne copriva sempre il pavimento e quello per buona parte era costituito da residui alimentari; dalle immancabili cortecce di nocchie a quelle di castagne, di semi di zucche, di limoni, ecc. ecc.

“ Tutti questi rifiuti, commisti agli sputi ed ai vomiti degli occupanti, formavano una melma spessa e densa, che alla sera poteva essere allontanata solo dopo lungo e faticoso lavaggio „.

E nel caso del *Florida* si tratta di un salone posto in coperta, ricco di aria e di luce naturale. Ora, come è mai ammissibile che si possano lasciar ridurre in uno stato tanto deplorabile dei locali che poi debbono ricoverare per una lunga notte gli emigranti, e che si trovano nelle condizione di abitabilità alle quali già si è accennato?

Ben a ragione il dottor Adami, tenente medico della regia Marina,

fa osservare in un suo articolo (*Annali di Medicina Navale*, vol. II, 1905, pag. 637) come sia diverso il punto di partenza della legge americana, che tende a creare un vero *house* per il passeggero, richiedendo piccoli riparti (che in verità sono di più difficile pulizia ed aereazione e si prestano ad attentati contro il buon costume), ed esigendo che vi siano delle comodità tali che il passeggero possa far vita sotto coperta, mentre la legge italiana considera come dimora abituale dell'emigrante, durante il giorno, la coperta, dove l'aria è pura, l'azione del sole benefica, la sorveglianza più facile e la nettezza maggiore.

Se le tavole da pranzo per gli emigranti si dovessero ottenere sacrificando assolutamente l'assetto igienico dei locali più importanti di bordo, quali sono i dormitori, meglio varrebbe rinunciarvi.

Ma ormai s'impone la necessità di un provvedimento che ripari allo sconcio, più volte deplorato nelle precedenti relazioni, presentato dai nostri emigranti costretti a mangiare accovacciati sulla coperta nel lezzo, o ad inghiottire la loro razione stando all'impiedi.

Un simile trattamento contribuisce fortemente a deprimere i nostri connazionali davanti ai loro occhi stessi e li costituisce in uno stato d'inferiorità incresciosa di fronte agli stranieri; mentre invece è tanto sentita dall'universale la necessità di mettere in opera tutti i mezzi possibili per rialzarne la dignità col migliorarne l'educazione e coll'elevarli gradatamente fino ad assumere un contegno di uomini liberi e civili, affinché possano esigere anche all'estero quella considerazione di cui ora non godono.

Stabilito quindi che le tavole da pranzo son necessarie, ma che non si devono impiantare nei dormitori e che d'altra parte non si può per ora almeno, mettere l'onere ai vettori di adibire dei locali appositi ad uso esclusivo di sala da pranzo, per i motivi più volte esposti, non resta che tentar di collocare un numero sufficiente di tavole in coperta, disponendole sotto i *promenade deckes* e riparandole con tende dalle intemperie.

Secondo il dottor Verde, tenente medico nella regia Marina, di cui gli *Annali di Medicina Navale* pubblicheranno un articolo sulla ma-

teria, risponderebbero bene allo scopo le tavole già in uso sui piroscafi della Società Transatlantica Barcellonese, che sono di facile maneggio, comode, abbastanza solide, e che si prestano bene alla pulizia.

“ Poco prima del pasto, scrive il dottor Verde, un individuo d’ogni rancio si reca a prendere la tavola con il relativo telaio che viene spiegato sulla coperta; mentre un altro emigrante si reca a prendere le vivande. Intorno alla tavola, sulla quale i componenti il rancio depongono i piatti, i bicchieri, ecc., ogni emigrante dispone la sedia che gli è stata consegnata alla partenza e che resta in suo possesso durante la traversata. È dell’olona distesa sopra un telaio di legno in modo da costituire una robusta sedia pieghevole che, aperta, occupa poco spazio, pur offrendo una comoda spalliera.

“ Le tavole fuori delle ore dei pasti sono date in consegna ai rispettivi capo-stiva, che le governano negli spazi liberi dei dormitori o sotto le scale di discesa, e che si prendono cura di ritirare quelle che dopo i pasti fossero state lasciate spiegate in coperta a disposizione di chi vuol scrivere, leggere, ecc.

“ Quando il mare fosse agitato, in modo da impedire l’uso delle tavole in coperta, gli emigranti si troverebbero nelle identiche condizioni di quando ora son costretti per cattivo tempo a restar confinati tutto il giorno nelle stive „.

Certamente bisognerebbe, coll’adottare il sistema delle tavole, aumentare lo spazio di coperta attualmente assegnato a ciascun emigrante; ma queste difficoltà non dovrebbero impensierire dal momento che, astrazion fatta dell’impianto delle tavole da pranzo è assolutamente necessario ingrandire questo spazio, avendo l’esperienza dimostrato che quando su di un piroscavo i passeggeri sono al completo, l’area di 45 centimetri quadrati, di cui ciascuno dovrebbe disporre, è di tanta angustia, così come è computata attualmente, da condannare quasi all’immobilità quei poveretti che vi devono passare le giornate durante una intera traversata.

Indubbiamente la soluzione del problema sarebbe molto più facile se, come su pochi piroscafi nuovi, vi fosse su tutti i trasporti

da emigranti, un locale che servisse da luogo di ritrovo in tempo cattivo, e da sala da pranzo per una parte almeno degli emigranti. Ivi potrebbero prendere i loro pasti gli emigranti tutti, qualora non fossero in gran numero, o almeno le donne ed i fanciulli, nel caso che i passeggeri di 3^a classe si trovassero al completo.

Su alcuni piroscafi, pochi invero, sono già in uso le tavole da pranzo per gli emigranti ed è sperabile che accentuandosi quella tendenza a migliorare i mezzi di trasporto, della quale oggidi si osservano i primi frutti, la concorrenza ci conceda quello che il regolamento non può attualmente imporre, senza cozzare contro gravi ostacoli finanziari.

INDICE

Notizie sul servizio sanitario a bordo delle navi addette al trasporto degli emigranti durante l'anno 1905 (<i>Relazione del tenente colonnello medico nella R. marina cav. uff. dott. A. MONTANO</i>) . . .	Pag. 3
---	--------

PARTE I.

<i>Viaggi per e dall'America del Sud</i>	7
Morbosità presentata dagli emigranti durante i viaggi di andata verso l'America del Sud nell'anno 1905 (Quadro n. 1)	8
Morbosità presentata dagli emigranti durante i viaggi di ritorno dall'America del Sud nell'anno 1905 (Quadro n. 2):	8
Elenco delle malattie seguite da morte a bordo dei piroscafi in servizio di emigrazione durante i viaggi sia di andata che di ritorno dal Sud America nell'anno 1905 (Quadro n. 3)	9
Malattie infettive e diffuse	15
Morbillo	17
Malaria	20
Tubercolosi	23
Polmonite	24
Tifoidea	26
Anchilostomiasi	30
Vaiuolo e vaiuoloide	36
Oftalmie	41
Febbre gialla	42
Beri-beri	45
Resipela	47
Tetano	48
Lesioni violente	50

Casi di lesioni violente verificatisi nei viaggi sia di andata che di ritorno dal Sud America nell'anno 1905 (Quadro n. 4)	Pag. 51
Malattie mentali	" 52
Morbosità e mortalità verificatesi negli emigranti durante i viaggi sia di andata che di ritorno dal Sud America in ciascuno degli anni 1903, 1904 e 1905. Medie per mille (Quadro n. 5)	" 55

PARTE II.

<i>Viaggi per e dall'America del Nord.</i>	56
Morbosità presentata dagli emigranti durante i viaggi di andata verso l'America del Nord nell'anno 1905 (Quadro n. 6)	" 57
Morbosità presentata dai rimpatrianti durante i viaggi di ritorno dall'America del Nord nell'anno 1905 (Quadro n. 7)	" 57
Elenco delle malattie seguite da morte a bordo dei piroscafi in servizio di emigrazione durante i viaggi sia di andata che di ritorno dal Nord America nell'anno 1905 (Quadro n. 8)	" 58
Malattie infettive e diffuse	" 66
Tubercolosi	" 68
Malaria	" 71
Morillo	" 75
Polmonite	" 76
Congiuntivite tracomatosa	" 77
Meningite	" 79
Difterite	" 86
Febbre gialla	" 89
Lesioni violente	" 90
Casi di lesioni violente verificatesi nei viaggi sia di andata che di ritorno dal Nord America nell'anno 1905 (Quadro n. 9)	" 91
Malattie mentali	" 93
Morbosità e mortalità verificatesi negli emigranti durante i viaggi sia di andata che di ritorno dal Nord America in ciascuno degli anni 1903, 1904 e 1905 Medie per mille (Quadro n. 10)	" 95

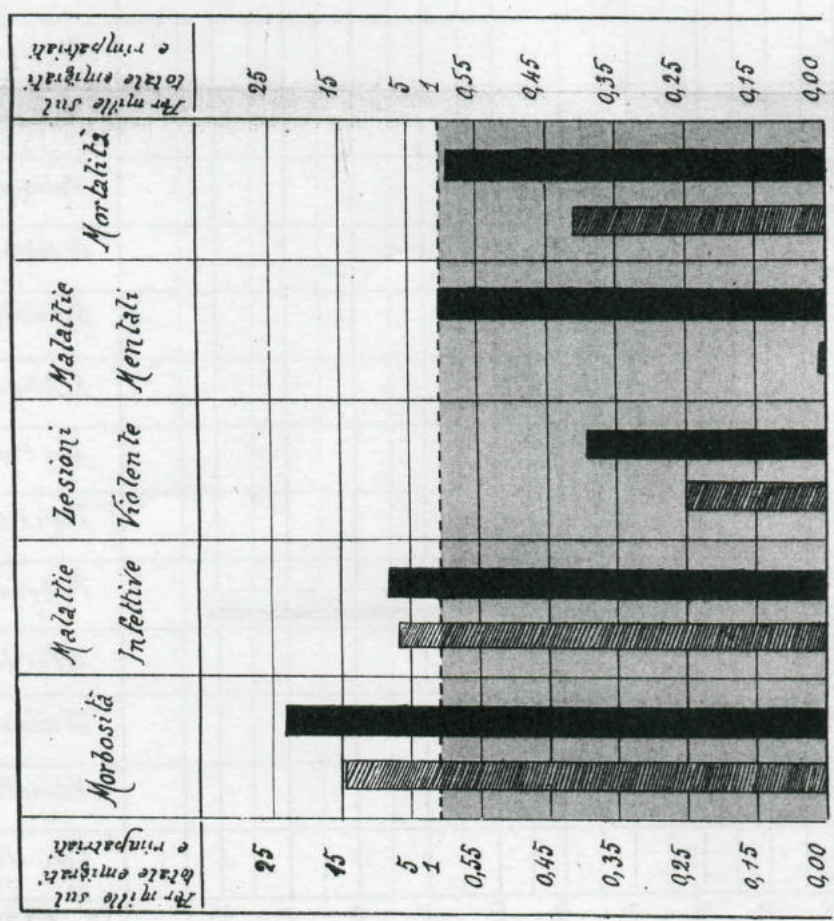
PARTE III.

Notizie riassuntive.	<i>Pag.</i> 96
Morbosità presentata dal complesso degli emigranti durante i viaggi di andata per l'America del Nord e del Sud nell'anno 1905 (Quadro n. 11).	97
Morbosità presentata dal complesso degli emigranti rimpatrianti durante i viaggi di ritorno dall'America del Nord e del Sud nell'anno 1905 (Quadro n. 12)	97
Morbosità e mortalità presentata dal complesso degli emigranti durante i viaggi di andata e ritorno per l'America del Nord e del Sud in ciascuno degli anni 1903, 1904 e 1905. Medie per mille (Quadro n. 13)	98
Notizie di confronto delle infermità verificatesi fra gli emigranti nei viaggi di andata e ritorno, pel Sud e Nord America negli anni 1903, 1904 e 1905 (Quadro n. 14)	99
Malattie infettive e diffusive verificatesi nei viaggi di andata e ritorno per le destinazioni del Sud e Nord America negli anni 1903, 1904 e 1905 (Quadro n. 15)	100-1
Osservazioni.	102

Tavole grafiche.

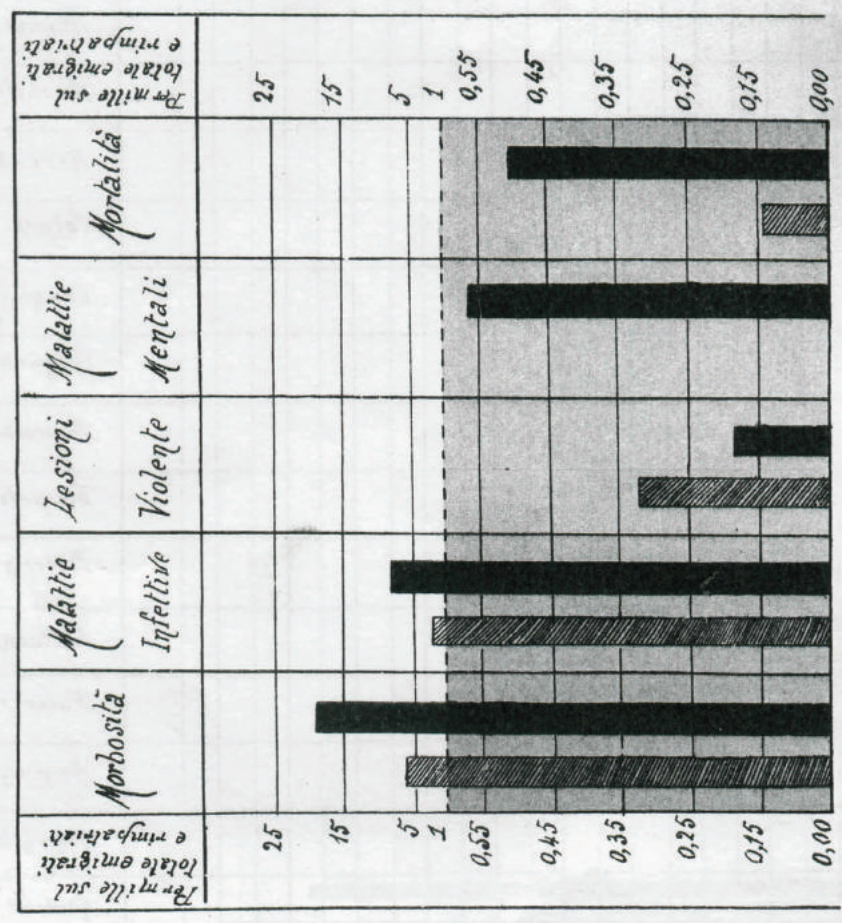
- TAVOLA I. — Numero dei piroscafi partiti negli anni 1901, 1902, 1903, 1904 e 1905.
- TAVOLA II. — Morbosità e mortalità degli emigranti e dei rimpatrianti nel 1905 dal Sud e dal Nord America.
- TAVOLA III — Malattie infettive e diffusive degli emigranti e dei rimpatrianti, considerati complessivamente, per ciascuno degli anni 1903, 1904 e 1905.

Morboſità e mortalità verificateſi nel complesso degli emigranti durante i viaggi di andata e di ritorno dall' America del Sud.



Morboſità e mortalità verificateſi nel complesso degli emigranti durante i viaggi di andata e di ritorno dall' America del Nord.

TAV. II.



MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE VERIFICATE NEI COMPLESSO DEGLI EMIGRANTI DURANTE I VIAGGI DI ANDATA ED IN QUELLI DI RITORNO DALL' AMERICA DEL NORD E DEL SUD

ANNI 1903, 1904 E 1905

TAV. III

