



RELAZIONE

A. S. E. IL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

SULLE

CLINICHE E OSPEDALI PEDIATRICI

DI

BERLINO, LIPSIA, PRAGA, VIENNA, GRAZ E MONACO DI BAVIERA

PER IL

Dott. OLIMPIO COZZOLINO

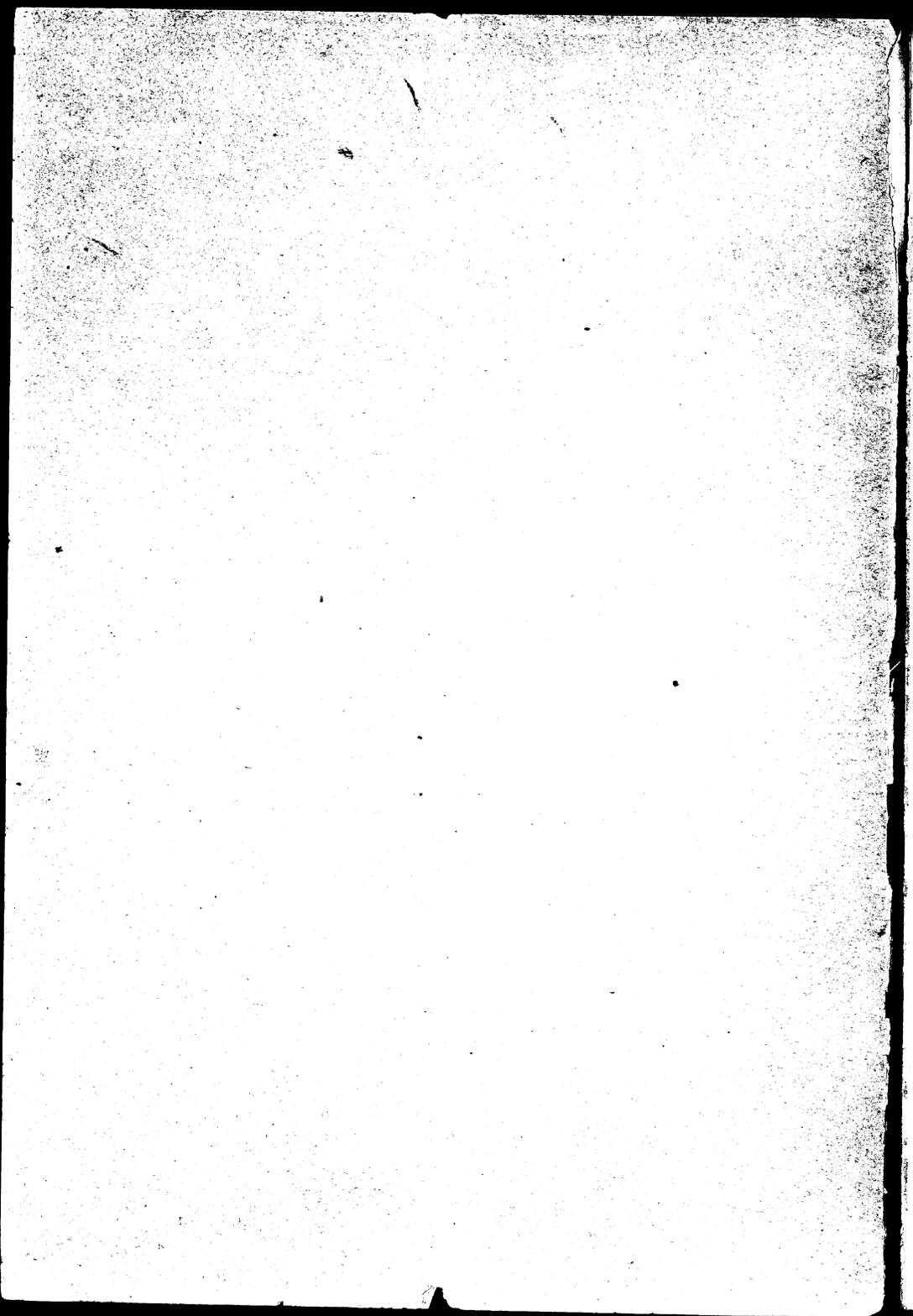
Medico-Pediatra in Napoli



ROMA

TIPOGRAFIA ELZEVIRIANA
di Adelaide ved. Pateras

1897



All' Illustr. M.
in Italia, On.
ho l'onore di averle
RELAZIONE *vu*

A S. E. IL MINISTRO DELLA PUBBLICA IS

SULLE

CLINICHE E OSPEDALI PEDIATRICI

pag. 5

DI

7

11

BERLINO, LIPSIA, PRAGA, VIENNA, GRAZ E MONACO DI BAVIERA

PER IL

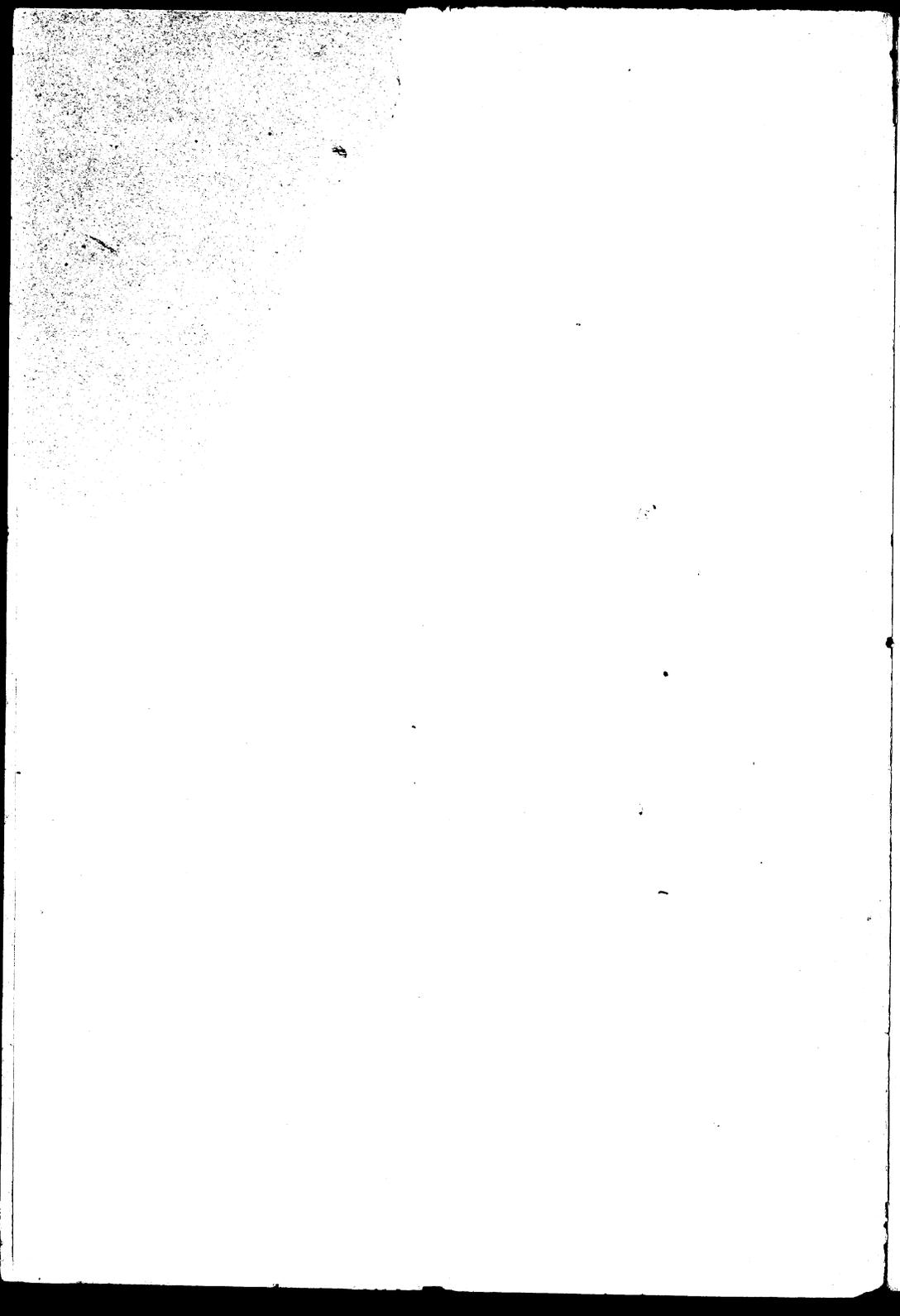
Dott. OLIMPIO COZZOLINO

Medico-Pediatra in Napoli



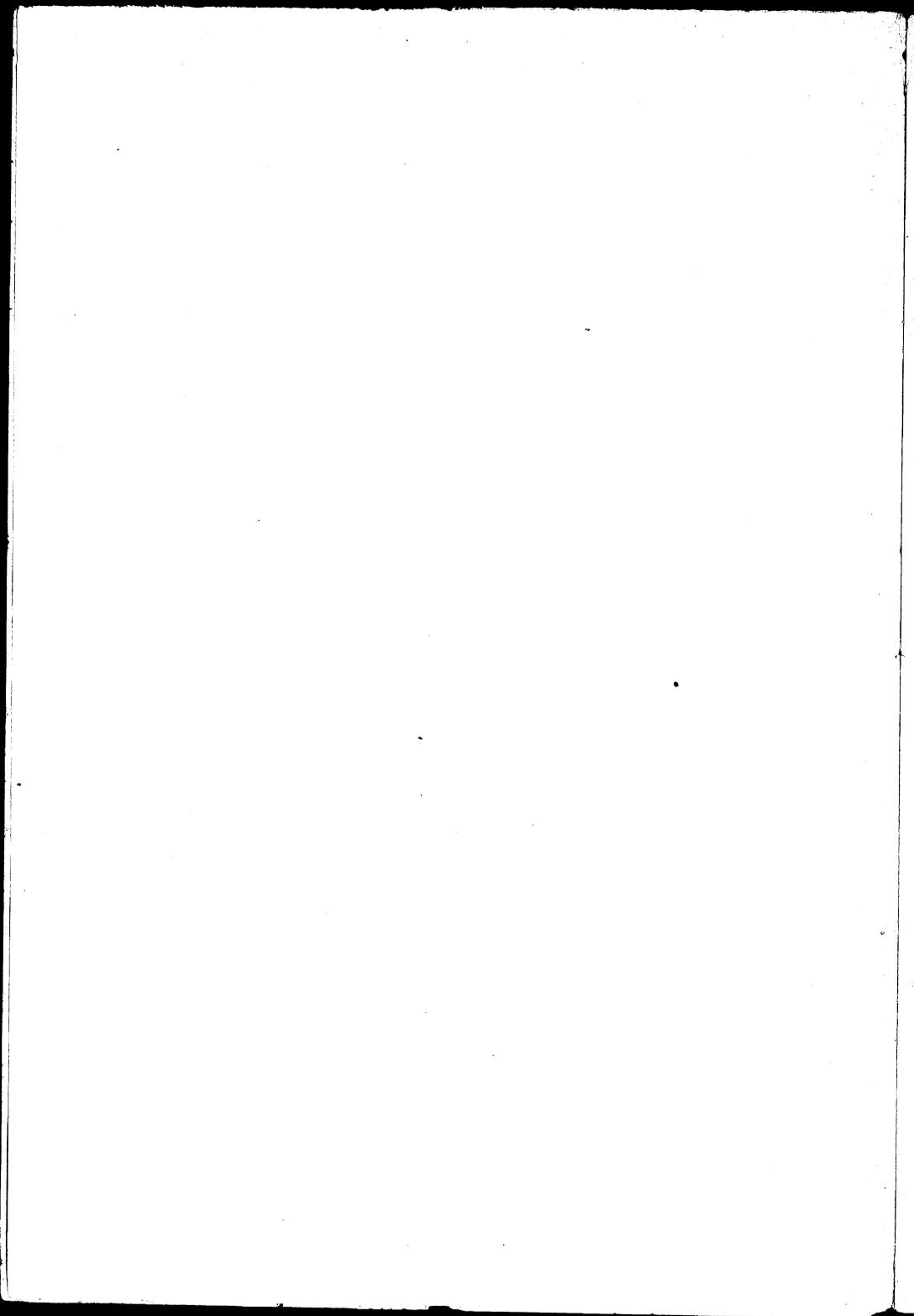
ROMA
TIPOGRAFIA ELZEVIRIANA
di Adelaide ved. Pateras

1897



INDICE.

Lettera a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione	pag. 5
Introduzione: Che cosa deve intendersi per ospedale dei bambini; necessità della sua fondazione	» 7
Descrizione dei singoli ospedali	» 11
Berlino:	
1) Kaiser-u. Kaiserin - Friedrich - Kinder - Krankenhaus (Ospedale pei bambini Impera- tore e Imperatrice Federico).	» ivi
2) Clinica Pediatrica della Charité.	» 27
3) Elisabeth - Kinder - Krankenhaus	» 37
Lipsia	
Neues Kinderkrankenhaus	» 40
Praga:	
1) R. Brefotrofio boemo.	» 51
2) Kaiser Franz - Joseph - Kinderspital (Ospedale per i bambini Imperatore Francesco Giuseppe)	» 60
3) Böhmisches Kinderkrankenhaus (Ospedale infantile boemo)	» 65
Vienna:	
1) Annen - Kinderspital (Ospedale per i bambini S. Anna).	» 67
2) Policlinica generale - Sezione pediatrica	» 76
3) St. Joseph - Kinderspital (Ospedale pei bambini S. Giuseppe).	» 83
4) Leopoldstädter - Kinderspital (Ospedale per i bambini città di Leopoldo)	» 85
5) Kronprinz - Rudolf - Kinderspital	» 90
6) Karolinen - Kinderspital.	» 93
7) 1. Öffentliche Kinder - Krankeninstitut (1° Istituto pubblico per la cura dei bam- bini infermi).	» 95
Graz:	
Anna - Kinderspital	» 97
Monaco:	
Dott. Hauner's Kinderspital	» 105
Epilogo	» 108



Roma, addì 15 dicembre 1896.

ECCELLENZA!

Di ritorno dal mio viaggio d'istruzione nel maggio di quest'anno, per espletare l'onorifico e lusinghiero incarico ricevuto in data 20 ottobre dello scorso anno da S. E. G. Baccelli di redigere una Relazione sugli ospedali pediatrici da me visitati all'estero, posso dire di avere raccolto tutte le mie meschine forze nell'intento di mostrare all'E. V. che, se l'ingegno mi è mancato nell'adempire a tale delicata missione, mi ha assistito però la volontà di corrispondere per quanto a me era concesso alla fiducia in me riposta.

Per ragioni indipendenti dal mio volere non potei spingere il mio viaggio sino in Francia, ma nella speranza di potere assolvere al più presto possibile anche a quest'ultima parte del mio programma di viaggio scientifico, di cui sin da ora m'impegno riferire a suo tempo a cotesto Ministero, mi permetto intanto presentare alla E. V. la Relazione delle Cliniche e degli Ospedali pediatrici di Berlino, Lipsia, Praga, Vienna, Graz e Monaco di Baviera da me visitati.

Nella trattazione dell'argomento ho creduto seguire un certo ordine di esposizione: Alla descrizione della costruzione dell'edificio ospedaliero, più o meno estesa secondo l'importanza di esso, ho fatto seguire e talvolta intramezzato, secondo ho ri-

tenuto meglio nel singolo caso, l'ordinamento interno dell'ospedale per quanto riguarda le prescrizioni per la disinfezione, per l'alimentazione dei bambini, la sterilizzazione del latte, l'ordinamento del personale interno di servizio, dell'amministrazione dell'ospedale, e così via.

A queste notizie ho fatto seguire la statistica degli infermi curati nell'ospedale, il personale sanitario dello stesso e nelle cliniche universitarie gli assegni di cui godono. In quelle cliniche e ospedali ove vengono tenuti dei corsi di lezioni ho indicato i dettagli al riguardo. In quei tre ospedali poi, ove esiste una raccolta di anatomia patologica, ho tenuto conto dei pezzi anatomici più importanti. Infine ho chiuso tale descrizione col segnalare il contributo che specialmente il direttore di ciascun ospedale e clinica importante ha portato al progresso degli studii sulle malattie dei bambini, avendo avuto così in mira di mettere in evidenza gli argomenti prediletti da ciascuno di essi e i punti di contatto e di divergenza tra le varie scuole.

Io mi auguro così di avere, per quanto lo permettevano le mie troppo giovani forze, corrisposto alla missione di fiducia ricevuta da cotesto Ministero, e chiedo venia all' E. V. se le difficoltà insite alla natura stessa del mandato congiunte alla mia esperienza ancora molto esigua mi hanno impedito di far meglio.

Dell'E. V. Cbbblig.mo

Dot. OLIMPIO COZZOLINO.

INTRODUZIONE

CHE COSA DEVE INTENDERSI PER OSPEDALE DEI BAMBINI

NECESSITA' DELLA SUA FONDAZIONE.

Una relazione sugli ospedali e cliniche pediatriche estere da me visitate e relativi insegnamenti universitarii ho creduto non avesse potuto meglio cominciare che con un capitolo di tal genere.

Non m'intratterò qui a discorrere del modo come un tale ospedale debba essere costruito acciocchè risponda alle esigenze igieniche moderne, perocchè questo potrà desumersi dal testo della presente Relazione. A me preme piuttosto in questo capitolo d'introduzione mettere in risalto tutto quanto riguarda l'organizzazione interna, la vita, diremo così, intima di essi, quella vita intima che li rende non più un semplice luogo di cura, come purtroppo spesso presso noi sono gli ospedali, ma un soggiorno gradito ai piccoli infermi e che lascia nell'animo di questi piccoli esseri dopo la loro uscita dall'ospedale un ricordo pieno di dolci e tenere affettuosità.

È questo un concetto che non può formarsi il semplice visitatore degli ospedali esteri per le malattie dei bambini, ma bisogna che sia vissuto come me per qualche tempo di quella vita interna e che abbia avuto quindi tutto l'agio di comprenderne il segreto.

Il maggior segreto, è bene dichiararlo apertamente in precedenza, lo posseggono all'estero le madri. È alle madri affidato il grave compito della educazione del bambino, ed è alle madri perciò in pari tempo riservato il segreto di non incutere nell'animo del bambino quella ritrosia e, diciamo pure, quell'orrore che quasi in ogni bambino presso noi s'ispira per il medico. Quando da noi si ode ancora che per spaventare un bambino e impedirgli di commettere un'azione o di fargli passare una voglia strana, bizzarra, si usa dirgli: « Io farò chiamare i carabinieri » ovvero « chiamerò il medico! » bisogna purtroppo dire che l'educazione del bambino è spessissimo falsata, giacchè involontariamente si suol fare il male del bambino. Questo bambino potrà un giorno aver bisogno effettivamente del medico, e il falso timore ispiratogli dalla madre spiega la estrema riluttanza con cui d'ordinario esso gli viene condotto e come un'osservazione accurata è resa perciò sovente impossibile.

Come hanno invece la massima parte delle madri in Germania intuita la falsità di una tale educazione! Esse insegnano al bambino fin dai primi giorni in cui egli incomincia a capire a ritenere

il medico come il parente, lo zio dei bambini, non come il loro martorizzatore! Com'è bello e altresì commovente il vedere le madri che conducono il proprio bambino dal medico, allorchè quegli strepita, non compiangerlo, non seguirlo nei suoi capricci e nei suoi schiamazzi, ma sgridarlo amovolevolmente ed esortarlo ad essere buono, perchè lo « zio dottore » non gli farà alcun male. E quando il bambino non desiste dal gridare e dal piangere, l'ultima sanatoria è che la madre dietro un cenno del medico vada via e lasci il bambino solo in balia di quello, promettendogli di non ritornare se non quando egli abbia finito di strepitare. Ecco come le madri all'estero (ed io parlo delle madri del volgo, che sono quelle con cui io sono stato a contatto, e che pur dovrebbero avere maggiori pregiudizi!) non solo non intralciano coi loro pianti, come purtroppo suole spessissimo avvenire presso noi, l'indagine coscienziosa del medico, ma cercano in tutti i modi di favorirla, convinte come sono dell'efficacia di mostrarsi severe coi proprii bambini quando si cerca di giovare alla loro salute.

Io non credo di errare affermando che questa educazione delle madri costituisce la pietra fondamentale che, oltre al benessere nazionale e al modo come vien protetta l'infanzia all'estero, ha reso quivi possibile l'erezione e il fiorire di tanti ospedali per i bambini.

Purtroppo in Italia deve ancora entrare pienamente nelle coscienze il bisogno di consultare uno specialista per le malattie in tale età, come avviene all'estero; e ad onta che anche tanti benemeriti si sieno sforzati e si sforzino di propagare questa verità, ciononostante sia per la mancanza di adatti ospedali, sia per i sempre vigenti pregiudizj popolari, la cura dei bambini non ha raggiunto quella semplicità ed in pari tempo quella serietà di propositi che è data ammirare all'estero.

Quali condizioni rendono l'ospedale un soggiorno gradito per il bambino? Anzitutto la coscienza obbiettiva di essere ben curati, specialmente nei bambini grandicelli, che ciò intuiscono, l'allegria che regna sempre serena nelle sale, l'imitazione nei bambini più piccoli. Un bambino che entra nell'ospedale riceve senz'altro (salvo per controindicazioni dettate in casi speciali dal medico) un bagno di nettezza, viene bene asciugato con panni puliti ed è messo in un letto comodo, decente, caldo, in una stanza con temperatura ambiente pressochè costante in tutte le stagioni dell'anno e che oscilla tra i 16° e i 20°. La stanza possibilmente, almeno per le prime 24 a 48 ore, è una stanza separata, giacchè quel po' di frastuono dipendente dalle risa e dal vociio dei bambini della sala o delle sale dei convalescenti potrebbe disturbare non poco il bambino sofferente, di fresco entrato nell'ospedale, il quale, ordinariamente in istato più o meno grave, ha bisogno di riposo sia corporeo come spirituale. La suora e le infermiere destinate ad assisterlo, pronte ad ogni suo bisogno, ad ogni sua chiamata, quasi li prevengono. Se il bambino è in istato non grave, gli presentano dei giocattoli e gli rivolgono delle parole di conforto, lo carezzano. Se si lamenta, se strepita perchè vuol ritornare a casa, lo convincono con le buone, chiamano gli altri bambini già sofferenti ed ormai in via di convalescenza e gli mostrano come essi si trovino contenti; come essi furono già nei giorni scorsi infermi ed ora fra qualche giorno giulivi e sani torneranno a casa. Non appena è possibile in tal caso, non lasciano più isolato il bambino, ma lo mettono in un letto nella stanza comune dei convalescenti, ove gli altri bambini ridono e scherzano com'è comune alla loro età. È magico il vedere come influisca benevolmente la presenza degli altri bambini, le grida di contentezza e di gioia che essi emettono perchè un bambino prima irrequieto si calmi e, non appena sarà possibile, cominci a prender parte all'allegria e ai giuochi degli altri. È questa un'arte che possiedono maestrevolmente le suore tedesche, educate come sono in una speciale scuola per le infermiere (come le Victoria-Haus-Schwester dell'ospedale del Prof. Baginski e le Kaiserwerther-Diakonissen della clinica pediatrica della Charité in Berlino) all'assistenza dei bambini infermi.

Un altro sentimento che agisce potentemente nei bambini così riuniti in una sala è lo spirito d'imitazione e l'emulazione. È meraviglioso vedere come i bambini ogni mattina allorchè il medico assistente fa le sue visite nelle sale aprano spontaneamente la bocca e si lascino osservare senza

reluttanza: ciò perchè ciascuno di essi si abitua presto ad apprendere come gli altri fanno. Io mi meravigliavo nei primi tempi del mio soggiorno all'estero vedere bambini, spesso al di sotto di due anni, i quali prima che l'assistente si presentasse da loro, ma già quando era presso il letto del piccolo infermo a loro vicino, offrivano la bocca aperta all'introduzione della spatola abbas-salingua.

Quando quei bambini escono dall'ospedale sorridenti, guariti, colla memoria quasi di un soggiorno di ricreazione passato (specialmente durante il periodo della loro convalescenza), una sola lagrima spesso solca i loro occhietti, ed è quella di dover abbandonare le suore che li hanno così amorevolmente assistiti, il medico che li ha così benevolmente curati, e promettono di ritornare, e vi ritornano spesso infatti per dimostrare che stanno bene, per dimostrare la gratitudine che nei loro cuoricini serbano per chi verso di loro per un tempo più o meno lungo ha fatto le veci dei genitori, colmandoli di giocattoli, di carezze, pur mostrandosi severo nelle circostanze in cui bisognava. Come essi rivedono con piacere qualche compagno che han lasciato ancora infermo nell'ospedale, e come si ricordano con piacere dei giorni passati assieme, allorchè convalescenti sono stati insieme con altri bambini a giocare nel giardino nelle ore alte del giorno, nella stagione buona!

Ecco un legame perenne, indissolubile, misterioso, che affeziona i bambini all'ospedale e che rende l'ospedale per i bambini una necessità, un soggiorno gradito, dove essi ritornano con piacere, se costretti per nuova malattia.

Io mi ricordo allorchè ero nella stazione dei difterici e nella stazione degli scarlattinosi dell'ospedale del prof. Baginski di Berlino di due allegre comitive di bambini che erano nella sala dei convalescenti: le feste che essi facevano allorchè gli assistenti, e con essi anche io, entravano ed uscivano al mattino dalla sala per la visita quotidiana! Sembrava di non esser più in un riparto di bambini infermi (e di quali terribili infermità!), ma addirittura in un asilo d'infanzia, dove le voci e le risa argentine di tanti piccoli bimbi fanno echeggiare le pareti dei loro suoni squillanti!

Essi si abituan così a vedere nel medico un amico, che dispensa loro ninno, carezze e parole amoroze, ridono di cuore e si abituan a offrirsi da sè stessi ad essere osservati, perchè sono completamente fiduciosi della innocuità della osservazione del medico, anzi spesso i più piccoli, inconsci, ridono, credendo che il medico nell'osservarli voglia scherzare con loro!

Quando a tutto questo si aggiunge, nella ricorrenza delle feste memorabili di Pasqua e di Natale, immensa copia di regali ai bambini, e di regali anche utili, come abiti, vesti, cappelli, mantelline, e simili; quando si considera che l'alto protettore o l'alta protettrice dell'ospedale, che è sempre una persona di famiglia reale, ad esempio nell'ospedale del Baginski l'imperatrice Federica, nell'ospedale Elisabeth-Kinderkrankenhaus anche di Berlino l'attuale imperatrice Augusta Vittoria, viene quasi ogni anno a visitare i suoi bambini e distribuisce doni e carezze a tutti; quando infine si vedono suore, bambini, infermiere affratellati in una sola voce a cantare ogni giorno le lodi e gl'inni al Signore, non si può fare a meno di commuoversi e di comprendere l'alta azione morale che agisce sul benessere di quegli ospedali.

Quando si pensa alla pulizia che regna sovrana in quei letti, all'accordo amorevole di tutte quelle suore nel disimpegnare alla santa missione loro affidata, e come esse amino e proteggano i bambini, ne indovino i segreti e le voglie, non si può fare a meno di fare dei dolorosi confronti e di pensare amaramente quanto purtroppo resta presso noi ancora a fare a vantaggio di questi piccoli esseri, che hanno bisogno per la loro debolezza di tanta protezione!

Mi ricordo con molto piacere di un bel bambino di poco oltre i due anni, il quale formava l'oggetto dell'attenzione e dell'ammirazione di tutti nell'ospedale del Baginski. Egli si era salvato da una terribile difteria, per cui aveva dovuto subire la tracheotomia ed aveva sofferto anche enfisema sottocutaneo al collo e alla regione superiore del petto di provenienza dalla ferita da tracheotomia.

Guarito completamente, fu verso gli ultimi tempi di degenza nell'ospedale trasportato nella stazione chirurgica di esso, dove, abbigliato con un magnifico vestitino bianco, recitò alla presenza dell'imperatrice Federico con una bella vocina sottile ed armoniosa una poesia che le suore avevano avuto tanta premura e pazienza d'imparargli a memoria. Doveva necessariamente strappare i baci, e come avrebbe potuto fare altrimenti la benefica imperatrice?

Molte e molte altre impressioni di questa vita intima potrei qui riferire: la gara che fanno le signore della città per venire in soccorso dei poveri bambini infermi, la gara dei negozianti, che non tralasciano annualmente di inviare doni di ogni genere di merce, come risulta dai relativi resoconti annuali degli ospedali; ma io credo che basterà quanto ho esposto per dare un'idea a chi mi legge di quanta utilità possa essere un ospedale per bambini e quali vantaggi se ne possano ritrarre allorchè è bene intesa dai singoli membri addetti alla cura la grave e santa missione che essi s'impongono!

Ed ora un po' di storia sulla costruzione di tali ospedali per bambini, prima di venire alla descrizione e all'ordinamento di quelli da me visitati.

La costruzione di ospedali per bambini infermi non rimonta al di là del principio di questo secolo. È vero che esistevano precedentemente in parecchi luoghi dei ricoveri per gli orfani e per i trovatelli e che, come in Vienna, Londra e Dresda, vi erano istituti policlinici per la cura dei bambini infermi (1); ma mancavano assolutamente dei veri ospedali infantili. Fu in Parigi messa la prima pietra fondamentale trasformando nel 1802 l'antica casa degli orfani « Maison de l'Enfant Jésus » in un ospedale per bambini infermi dai 2 ai 15 anni. È questa poi divenuta l'ormai celebre e grandioso « Hôpital des Enfants malades. » Bisognava attendere ancora 28 anni perchè venisse in Europa aperto un nuovo ospedale infantile, che fu la sezione per i bambini della « Charité », la quale ancora attualmente esiste.

A questi seguirono nel 1834 l'ospedale per bambini Nikolai di Pietroburgo e quello Sant'Anna di Vienna nel 1837. Nel 1838 fu fondato in Breslavia l'ospedale Wilhelm-Augusta e in Pest nel 1839 quello per i bambini poveri.

Il ventennio dal 1840-60 fu fecondo per la erezione di ospedali per bambini, e ne furono stabiliti in Praga, Mosca, Torino, Berlino, Graz, Francoforte sul Meno, Monaco, Stoccarda, Amburgo, Basilea, Stettino, Copenhagen, Cristiania, Londra, Liverpool, Stoccolma, Manchester, e Parigi, dove sorse l'altro grandioso ospedale per i bambini, l'ospedale Trousseau.

Dal 1860-70 in Heidelberg, Lisbona, Zurigo, Dublino, Roma, Londra, Pietroburgo sorsero nuovi ospedali infantili.

In questi ultimi anni poi ricade la fondazione dei due nuovi ospedali modello, l'ospedale Imperatore e Imperatrice Federico di Berlino nel 1890 e il nuovo ospedale per i bambini di Lipsia nel 1891, come pure della sezione infettiva dell'ospedale S. Anna di Vienna (1893-96).

(1) Quello di Vienna tuttora vigente sta sotto la direzione del prof. Max Kassowitz.

DESCRIZIONE DEI SINGOLI OSPEDALI

BERLINO.

In questa città vi sono tre grandi ospedali per bambini, cioè la *Clinica Pediatrica della Charité*, di cui attuale direttore è il prof. Otto von Heubner, la *Kaiser-u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus*, di cui è direttore il prof. Adolfo Baginski, e l'*Elisabeth-Kinder-Hospital*, sotto la direzione del dottor Gorges.

KAISER-U. KAISERIN-FRIEDRICH-KINDERKRANKENHAUS

(Ospedale per bambini Imperatore e Imperatrice Federica).

Incomincio da quest'ospedale, perchè rappresenti nel più ampio senso il tipo di un ospedale per bambini.

Esso fu aperto sei anni or sono, il 1° agosto 1890, pochi giorni prima dell'inaugurazione del X Congresso internazionale medico di Berlino.

È costituito da un grande fabbricato sito a nord della città, alla Reinickendorferstrasse, n. 32, in ottime condizioni di salubrità e di aria.

L'intero edificio è capace di circa 250 letti, dove vengono accolti i bambini dalla nascita al 14° anno incluso, cercando nel miglior modo possibile di ottenere una separazione dei sessi al di là dei 5 anni.

Il fabbricato è diviso in un edificio principale per le malattie mediche e chirurgiche, ma non infettive, cui è annessa una baracca, dove vengono curati a preferenza i morbi cutanei (eczema, scabbia, ecc.), la lue congenita, la vulvovaginite, le fratture, i flemmoni estesi, i furuncoli e l'eresipela; in due padiglioni separati per la scarlattina e per la difteria, ed in una baracca isolata per il morbillo e la pertosse. Infine vi è la policlinica, cui è annessa una stazione di osservazione per i casi sospetti (quarantena) ed un piccolo edificio per laboratorio chimico-batteriologico-microscopico e la stanza per le sezioni anatomiche con la cappella. In un edificio indipendente vi è la stazione per la distribuzione del calore con l'apparecchio di disinfezione; annessa all'altro edificio, destinato ad uso di ufficio di amministrazione e dove esistono anche le sale per il direttore e la biblioteca, vi è la lavanderia e la cucina e quanto occorre per la sterilizzazione del latte.

Manca soltanto una speciale farmacia propria dell'ospedale, ma a ciò si supplisce completamente sia con speciali stipi contenenti i medicinali di uso più necessario annessi ad ogni stazione e sia perchè una farmacia (Italienische Apotheke) in immediata vicinanza dell'ospedale invia parecchie volte al giorno un commesso per ritirare e consegnare le prescrizioni mediche della giornata.

I diversi padiglioni e baracche sono separati tra loro da ampi viali con giardino. Tra il padiglione non infettivo e l'infettivo intercede una distanza di oltre 25 metri e tra i vari padiglioni infettivi fra loro una di 21 metri. Così pure un viale di oltre cinque metri di larghezza chiuso all'esterno da mura divide tutta la costruzione dalle strade circostanti.

Le condizioni assai propizie di ventilazione e di luce dell'ospedale furono accertate da esami eseguiti dal dott. Eugenio Dörnberger (1).

Per la costruzione dell'edificio principale e dei due padiglioni infettivi per la scarlattina e la difteria, dell'edificio di amministrazione, della polyclinica con la quarantena e dell'edificio ad uso delle sezioni necroscopiche e di laboratorio si sono adoperati i semplici mattoni rossi di rivestimento con tetti di cemento di legno. I pavimenti sono eseguiti in terrazzo massiccio. Le volte delle stanze sono arrotondate per evitare i cosiddetti angoli morti e tutte le superficie delle pareti e delle volte sono dipinte con colore a smalto chiaro, donde la possibilità di una completa nettezza e disinfezione senza che si alteri il materiale servito alla costruzione. Il legno è stato evitato per scongiurare la possibilità dello sviluppo di germi. Al centro di ogni sala pendono una o più lampade a luce elettrica protette da un paralume di ferro dipinto in verde.

Edificio principale. — Esso contiene al pianterreno la stazione chirurgica, al piano superiore la stazione interna, capaci ognuna di 52 letti, stazione III-a la prima e III-i la seconda. Le varie stanze di questi due riparti sono costruite in modo da essere fra loro aggruppate; e vi sono per ognuno tre piccole stanze d'isolamento.

Ogni piano ha un atrio aperto e una veranda per il soggiorno dei bambini all'aria libera nel tempo e nella stagione buona; e poi le stanze per le suore di servizio, per gli assistenti, bagni, latrine e stanza di lavaggio.

L'ampia stanza di operazione è illuminata da tre finestre dirette verso nord. Le mura di essa fino all'altezza di m. 1,70 sono ricoperte di quadrelli bianchi verniciati; il resto delle pareti come la volta è dipinto come si è detto precedentemente. Il pavimento è costruito con forte pendio, condizione favorevole per lo sciacquamento e lo scolo dei liquidi, i quali mediante un foro posto nel centro della stanza nell'appiombò del letto di operazione, chiuso da una lamina circolare di metallo perforata ed in connessione con una conduttura, vengono espulsi dalla stanza. I tubi riscaldanti a nervature per mantenere una temperatura uniforme nella sala sono posti sotto i parapetti delle finestre e riparati con vetro smerigliato intelaiato entro cornici di ferro. Gli armadi per gli strumenti sono di ferro e di vetro, i bordi e le tavole delle finestre egualmente di vetro. La tavola di operazione è poi magnificamente illuminata da un gran becco Venham, mentre il resto della sala è così provvisto di apparecchi in porcellana con rubinetti di acqua calda e fredda, sapone e vari antisettici (tra cui sublimato, lisolo) per il lavaggio, che è resa possibile con grande facilità una completa nettezza e disinfezione sia dell'istruentario come delle mani dell'operatore e degli assistenti. Essi prima di ogni operazione indossano vesti sterilizzate nell'apparecchio di sterilizzazione a vapore di cui è provvisto l'ospedale.

I letti sia in questa come in tutte le altre stazioni sono in ferro, per cui facilmente sterilizzabili, e di uno speciale modello (Baginski-Herfordt). Mediante pareti laterali facilmente abbassabili essi permettono al medico di eseguire molto comodamente l'osservazione del bambino. Il fondo del letto per speciali ferri ad uncino è pure sollevabile, e si può portare e mantenere a diverse altezze secondo il bisogno, ciò che è di grande importanza per il cambiamento della fasciatura nei bambini operati ad es. di tracheotomia, come pure per eseguire le applicazioni elettriche. Pur rispondendo a tutti questi importanti vantaggi, essi non costano che 36 marchi l'uno.

(1) *Luftverhältnisse im Kaiser-u. Kaiserin-Friedrich-Kinder-Krankenhaus*. Archiv. f. Kinderhk., 1891, pag. 280.

I materassi sono in crini di cavallo, i cuscini, due a tre secondo il bisogno per ciascun letto, di piume. I materassi sono ricoperti anzitutto da un lenzuolo di lino, sul quale è disteso, avvolto nel lenzuolo piegato a doppio, un pezzo di stoffa impermeabile nei letti dei bambini piccoli per evitare che questi colle loro escrezioni li insudicino. I bambini sono poi ricoperti da una coltre di lana, la quale è essa stessa avvolta in un lenzuolo di lino, acciocchè la lana non venga direttamente in contatto col corpo del bambino. Un fazzoletto, dei pannolini ed altri piccoli ammennicoli completano tutta la suppellettile del bambino infermo giacente a letto.

A capo di ciascun letto vi ha una tabella di ferro dipinta in nero, su cui si scrive con gesso il nome, l'età, la data della ricezione e la malattia del bambino. I tavolini da notte posti accanto ad ogni letto sono in ferro e vetro.

La stazione interna del piano superiore, perfettamente identica a quella chirurgica, gode in più del beneficio di una piccola terrazza, che corrisponde a porzione del corridoio di accesso al piano inferiore.

I bambini nel letto indossano una camiciuola e una giacchetta di lino; quelli convalescenti che possono alzarsi calzoncini e giacche o vesti egualmente di un tessuto di lino, facilmente lavabili e sterilizzabili al bisogno, e scarpine di panno.

In ogni stazione vi sono disposizioni per la ventilazione e il riscaldamento.

Il riscaldamento si effettua per mezzo di sei speciali caldaie cilindriche a vapore a tre atmosfere di pressione, che si trovano a ridosso della lavanderia e dalle quali il vapore mediante tubolature sotterranee vien portato a tutti i singoli edifici. Il vapore mette qui in attività per il riscaldamento delle stanze uno speciale termosifone ad acqua calda. Esso ha però il compito ancora di riscaldare precedentemente per estesi canali praticati nei sotterranei degli edifici l'aria che penetra nelle grandi sale degl'infermi, come pure di riscaldare a mezzo di tubi a nervature sale più piccole. Esso riscalda inoltre i cammini di richiamo dell'aria guasta e mette in funzione la distribuzione di acqua calda che da un bollitore situato nel sotterraneo provvede di acqua calda ogni edificio per ogni suo piano. Sia ancora menzionato che tutti i mantelli che rivestono le stufe a vapore sono chiusi. Dove erano indispensabili questi rivestimenti sono stati costruiti paraventi di ferro fissati con spranghe a guisa di porta. L'aria viziata del padiglione viene guidata nei canali del sotterraneo verso due camini situati sopra il tetto in corrispondenza della porzione più alta dell'edificio riscaldati precedentemente e provvisti di aspiratori. I canali sono così larghi che possono essere puliti e sono costruiti con la maggiore decenza con rivestimenti di pietra concia nelle pareti e con commessure a combaciamento esatto.

Nella stagione calda le ali superiori delle finestre costruite a forma di bascule e a doppia parete rimangono aperte. Di fronte ad esse e sulle porte delle sale esistono delle finestre egualmente a vetri e a bascule, cosicchè non solo tutte le sale sono compenstrate dalla luce, ma può essere dappertutto stabilito un tiraggio di aria in senso trasversale che decorre al di sopra dei letti dei bambini, senza che questi ultimi ne sieno colpiti, ciò che nelle malattie esantematiche potrebb'essere di non lieve danno.

Le ali a bascule superiori delle finestre meritano anche speciale attenzione, perchè impediscono per il tipo di loro costruzione il cadere in giù dell'aria esterna fredda, in quanto che risultano di giunelle laterali formate da parti che a guisa di ventaglio scivolano l'una dentro l'altra.

I closets sono dappertutto provvisti di vestiboli aereabili, come pure lo sono le sale per lavaggio e per versare i liquidi di rifiuto e le sale per i bagni. Così per conservare le scope e tutti gli oggetti destinati alla pulizia sono stati costruiti degli stipi a muro massicci, dipinti in colore bianco smaltato e internamente ventilati.

I closets sono congiunti senza alcuna copertura col tubo di efflusso. Dove essi sono destinati per i bambini esiste di regola annesso, ma separato soltanto da un muro obliquo a guisa di paravento,

uno scarico per i bacinetti degl'infermi e per i vasi da notte con bordo di efflusso di Faenza. In altre parti esiste una vasca dello stesso materiale per il lavaggio delle biancherie sporche con bordo di scolo situato a fianco e scarico di efflusso.

Le vasche da bagno di zinco sono sollevate dal pavimento, e ciò sia per comodità delle suore che debbono bagnare i bambini e sia per potere ben lavare e pulire al disotto delle vasche istesse.

Policlinica. — La policlinica presenta altrettante stanze per quante sono le stazioni. Essa è suddivisa in una camera destinata all'osservazione dei bambini che vengono alla policlinica interna ed esterna. Esiste pure una stanza fornita dei più importanti apparecchi ortopedici di Hoffa, Schede, ecc. destinata agli esercizi ginnastici ed ortopedici. Esistono poi altrettante aule per la policlinica dei bambini affetti da scarlattina, difteria, morbillo, pertosse e loro postumi.

I bambini che arrivano alla consultazione nella policlinica sono ricevuti in una camera speciale di ricezione, dove il medico di guardia appena entra l'infermo divide i casi infettivi dai non infettivi, inviando i primi nelle singole camere della policlinica destinate alla ricezione delle singole malattie infettive, gli ultimi in una sala d'aspetto generale e i casi dubbii nella stazione di quarantena.

L'inventario mobile è stato costruito per quanto era possibile in tutte le stazioni in ferro e vetro, ma ciò specialmente nella policlinica, dove il legno è stato scartato anche per i mobili da sedere e per i tavoli da scrivere. La policlinica è messa in rapporto telefonico sia con tutte le altre stazioni e fabbricati dell'ospedale e sia con la città.

Baracche IV e V. — Alla stazione interna ed esterna è annessa, come dicemmo, una baracca (n. IV) per le malattie infettive chirurgiche e per le dermatosi infettive. Questa baracca fu costruita in epoca posteriore insieme con quella destinata al morbillo e alla pertosse (n. V) in seguito ad un legato di 40 mila marchi che il comitato e il curatorio dell'ospedale destinò al suo presidente, che è il sommo Virchow, per l'uso che a lui piacesse farne.

Siccome queste due baracche hanno molta analogia fra loro per tipo di costruzione, così le descriverò assieme. Ambedue unitamente possono contenere 45 letti. Sono abbastanza alte, tre metri in media, e sono costruite con un materiale fornito dalla « Deutsche Magnesitwerkgesellschaft », la cosiddetta pietra di magnesite, la quale, oltre ad evitare il pericolo d'incendio che offre il cartone verniciato, riunisce in certa guisa i vantaggi della pietra e del legno e si lascia lavorare con la sega ed i perforatori come il legno. Il materiale consiste in lamine fissate in un doppio strato, esterno ed interno, nella maniera più semplice su legname mediante viti, e dipinte in colore a vernice. Tra i due strati di pietra di magnesite ne circola uno d'aria. Questo materiale, oltre ad essere un cattivo conduttore del calore, permette l'immediato uso dei locali per la sua asciuttezza completa. Questa azione viene ancora accresciuta dallo strato di aria isolante interposto. Il pavimento delle baracche è di cemento, che riposa su uno strato di calcestruzzo. La soffitta è stata costruita colle stesse lamine; soltanto è al disopra protetta con cartone incatramato. Poichè la magnesite è impenetrabile dall'umidità, così sotto il pavimento non vi fu bisogno di costruire dei sotterranei, ma essa giace direttamente sul terreno. Questo materiale offre adunque il pregio del minore costo possibile, pur rispondendo la baracca ai precetti più opportuni per l'isolamento degli infermi. L'entrata nella baracca IV avviene per tre porte. Se vi sono infermi di una sola specie, viene usata soltanto una di esse, quella che si trova al lato più stretto della baracca. In caso di bisogno si possono chiudere le porte di comunicazione del primo ambiente con i due di destra e i due di sinistra e l'entrata avviene per le altre porte. Così si viene a dividere la baracca IV in caso di bisogno in tre sezioni, naturalmente con personale distinto. La baracca ha una piccola sala di operazione, ma fornita di tutto l'occorrente, e la quale riceve abbondante luce dall'alto ed è provvista del solito becco a gas Venham. La baracca è fornita di servizio telefonico, condotta di acqua propria, illuminazione a gas e riscaldamento centrale a vapore, il quale si opera mediante le stufe a vapore con tubi a nervatura, situati in ciascuna

stanza, circondati dal loro paravento. Allo scopo di una buona ventilazione, a circa mezzo metro dal pavimento si trova un'apertura chiudibile con una valvola, attraverso cui l'aria fredda si precipita nell'interno, gira intorno al corpo riscaldante dentro il paravento, quivi si riscalda, penetra poi nella stanza e abbandona questa nel lato opposto per dove è entrata, ove trovasi egualmente un'apertura chiudibile con un meccanismo a saracinesca, apertura che sbocca direttamente in un'aspiratore di aria posto al disopra del tetto e protetto quivi contro la pioggia da un riparo di latta. Così ogni stanza ha una ventilazione propria, ed è evitato il possibile trasporto di un'infezione dall'una all'altra stanza per la via aerea, nel caso che nella baracca vi siano infermi di malattie infettive differenti. I letti sono qui secondo il nuovo sistema del Baginski, cioè con pareti laterali che si possono abbassare nel senso direttamente verticale, per cui è evitato l'inconveniente che si lamenta nel primo sistema, dove le pareti laterali sono arrovesciabili descrivendo un semicerchio.

È inutile qui ripetere che tutto quanto concerne l'arredamento interno della baracca è costruito sempre in ferro e in vetro.

La baracca V è divisa nelle due sezioni rispettivamente per il morbillo e la tosse convulsiva mediante un corridoio, lateralmente al quale vi sono gli ambienti ordinari, come esistono anche nella baracca precedente, per bagno, cucina, per le suore e per il medico e la stanza di operazione. In fondo al corridoio ai due lati vi sono due porte che mettono capo nelle due stazioni. Però queste porte restano d'ordinario chiuse, e l'accesso alle due stazioni avviene singolarmente per ciascuna mediante due porte che si trovano ai due lati lunghi della baracca.

L'ispezione dei bambini affidata ad una sola suora di servizio può agevolmente effettuarsi, perchè il muro divisorio che impedisce completamente l'accesso dalle stanze destinate al morbillo a quelle destinate alla pertosse presenta delle lastre murate nelle diverse stanze, che permettono facilmente tale sorveglianza continua. Pel resto questa baracca è costruita unicamente sul tipo della precedente, ed è capace di 10 a 15 letti per ciascun reparto.

Quarantena. — Questa stazione aggregata alla Policlinica, dalla quale vi si accede per una scala speciale, può disporre di 12 letti distribuiti in cinque diverse stanze separate l'una dall'altra completamente e le cui porte d'ingresso sono fornite di una lastra opaca, la quale nel centro presenta una porzione circolare trasparente, attraverso cui si può continuamente sorvegliare il bambino infermo senza essere obbligati ad entrare nella stanza. In ogni stanza vi sono vesti speciali che indossa il direttore, l'assistente o gli assistenti e la suora di servizio e bacinelle con sapone per lavarsi le mani prima che si lasci il malato.

Nel corridoio comune di servizio poi vi sono le soluzioni antisettiche di sublimato e di lisolo.

Nella quarantena vengono ricevuti tutti i casi dubbii, come pure i casi di stomatiti, parotiti epidemiche, ecc., che non potrebbero trovar ricezione negli altri padiglioni infettivi, e tanto meno nella stazione interna. Allorchè l'infezione è dichiarata, i bambini s'invisano alle rispettive stazioni infettive con una carta speciale dell'assistente locale che indica la malattia di cui si tratta e che vien firmata dal direttore dell'ospedale.

In caso di bisogno però per epidemie (come è successo ad es. per una grave epidemia di scarlattina dominata nella stagione estiva del 1895) si possono utilizzare anche dei letti per i casi d'infezione già ben dichiarata. Naturalmente sono aggregate le solite stanze per il medico assistente, la suora di servizio, la cucina, il bagno, ecc. Riscaldamento e ventilazione come sopra.

Padiglione I (Difteria) e II (Scarlattina). — È opportuno descriverli insieme, perchè sono due padiglioni costruiti sull'istesso tipo. In essi vi sono anzitutto due sale, ognuna ad otto letti, per i casi di fresco ricevuti e due altre di sei letti ognuna per i convalescenti, inoltre due sale per quattro e due per due letti ognuna.

Accanto a queste e con luce proveniente da nord giace la stanza di operazione, che nel padiglione difterico è provvista di quanto occorre per l'intubazione e la tracheotomia.

Inoltre nelle prime due sale per i casi recenti, in questo padiglione, esistono sulla parete dei rubinetti situati sulla conduttura di acqua calda, mediante cui sul letto degli infermi di croup può essere polverizzato il vapore di acqua calda. Al rubinetto è annesso anche un apparecchio per poter polverizzare col vapore sostanze medicamentose. Tale polverizzazione si esegue fino a 6 volte al giorno per un'ora alla volta.

Si distinguono tre gradazioni di forma nella difteria: buona, dubbia, grave, designate sulle carte grafiche della temperatura rispettivamente colle iniziali *A, B, C*, e delle forme intermedie *A-B, B-C*.

Come al solito poi vi sono stanze per il medico e le suore, bagni, closets, cilindri a chiusura ermetica per gittare la biancheria sporca, ecc. Il medico indossa una veste di tela e scarpe di gomma.

I cibi vengono apportati senza entrare nel padiglione da una finestra che corrisponde alla cucina del padiglione destinata a mantenere in caldo i cibi. Questa finestra si trova verso il lato del padiglione che guarda le stazioni non infettive, di lato alla porta d'ingresso.

I due padiglioni infettivi come le due baracche sono separati tutto all'interno tra loro e dai viali adiacenti per mezzo di inferriate o di reticolati in ferro.

Servizio medico e prescrizioni per la disinfezione. — Ogni stazione, come si è visto, ha uno speciale medico assistente. Il commercio tra i vari assistenti delle stazioni infettive come di questi con quelli delle non infettive è limitato al minimo possibile.

Ogni assistente ordinario è generalmente coadiuvato da un assistente volontario. Il cambio degli assistenti nelle stazioni infettive avviene per lo più dopo 2 a 3 mesi, nelle stazioni indifferenti (interna e chirurgica) essi rimangono più a lungo. I primi non possono visitare che la rispettiva polyclinica e l'edificio per le sezioni anatomiche e rispettivo laboratorio, sempre dopo avere almeno ben disinfettato le mani prima di uscire dalla propria stazione.

Tutti gli assistenti, inclusi i volontari, nell'abbandonare l'ospedale debbono disinfettarsi mani, viso e testa, ove non preferiscano fare un bagno.

Al servizio serale di guardia sono delegati due assistenti, uno per le stazioni non infettive e l'altro per le infettive.

È calcolata una suora o infermiera su 5 bambini nei padiglioni non infettivi, e negli infettivi, specie difteria, nei periodi soprattutto in cui esistono molti casi di stenosi e la malattia si presenta con carattere maligno, una per ogni 2,5 a 3 bambini infermi.

La separazione del personale di servizio infermiere è ancora più rigorosa di quella dei medici assistenti. Nel servizio notturno le infermiere si alternano ogni 4 settimane.

Le sezioni vengono eseguite da un assistente volontario a ciò destinato. Sarebbe desiderabile una divisione in due stanze, una per le sezioni comuni e l'altra per quelle dei reparti infettivi, perocché non potendosi, per ragioni facili a comprendersi, evitare l'entrata libera a tutti gli assistenti nella sala di sezioni, è possibile da questa un trasporto di germi infettivi nelle rispettive stazioni dell'ospedale.

La biancheria per ogni stazione infettiva ha una speciale marca; essa dopo un inumidimento per 24 ore in una soluzione di lisolo al 3% viene disinfettata nell'apparecchio di disinfezione a vapore prima di arrivare nei locali della lavanderia. Dalle stazioni non infettive invece la biancheria viene direttamente portata dai tini che si trovano nei sotterranei nella stazione destinata alla lavanderia.

I recipienti per il pranzo sono separati per ogni padiglione infettivo. I cibi portati in grandi vasi alle finestre dei padiglioni infettivi e delle baracche vengono vuotati quivi nella cucina speciale del riparto e poscia di nuovo riportati alla cucina principale, senza entrare così nel padiglione.

I materassi, federe, coperte, ecc. vengono disinfettate ogni volta che il bambino esce dal padiglione infettivo. La stanza viene disinfettata anzitutto coll'innaffiare le mura e il pavimento e poi

con soluzione di sapone o di lisolo. In casi speciali (per importazione di difteria, scarlattina, o per sepsi) il pavimento vien lavato con soluzione al 1/2 ‰ di sublimato.

Nella quarantena, rimandando il paziente ad altra stazione, ogni stanza vien sottomessa alla più scrupolosa disinfezione prima che venga adibita per un altro bambino con malattia sospetta.

Il latte, che doveva essere una volta sterilizzato nei singoli padiglioni con l'apparecchio del Soxhlet, oggi viene sterilizzato in una stazione centrale, dove in uno speciale apparecchio a cilindro se ne possono sterilizzare in una volta fino a 64 bottiglie. Le bottiglie sono chiuse da un tappo di ovatta e portano un'etichetta con la designazione della diluzione o della mescolanza del latte che in esse è contenuta (Mescolanza A = latte puro, id. B = 1 parte di acqua + 3 p. di latte, id. C = 1 p. di acqua + 2 p. di latte, ecc.).

La visita dei genitori e dei parenti nei padiglioni non infettivi è permessa due volte la settimana, mercoledì e il sabato, dalle 2-4 pom., sebbene lo stesso Baginski riconosca quanto questa possa contribuire all'importazione di germi dal di fuori. Nei padiglioni infettivi tale visita non è affatto permessa; ma i parenti possono ricevere notizie sulla salute del loro bambino sia dalla suora, come dall'assistente del riparto. In casi eccezionali è permesso ai parenti vedere i bambini attraverso i vetri delle finestre chiuse dei padiglioni, che hanno i letti a pianterreno. Del resto anche nella Policlinica dalle 10-11 a. m. e dalle 2-3 pom. di ogni giorno i parenti possono dal rispettivo assistente prender notizie del loro bambino.

I bambini lattanti sono ovunque pesati ogni settimana, salvo casi speciali che lo richieggano più di frequente.

Il Baginski ha poi per comodo di tutto il personale fatto stampare le norme di condotta di ciascuno, delimitandone le attribuzioni e gli obblighi. È superfluo far rilevare quanto questa precauzione influisca sul buon andamento del servizio dell'ospedale.

L'alimentazione dei bambini viene concordata tutte le settimane dal direttore colla suora superiora; e si fa in modo che avvenga nel maggior modo possibile un'alternativa nei vari cibi. Esiste uno speciale regolamento per l'alimentazione consacrato alle stampe. Or siccome l'alimentazione dei bambini è sempre un problema di grande importanza e di attualità, così mi permetto di stralciare da esso i punti più salienti:

Le norme per la dietetica dei bambini si dividono in quelle stabilite per i lattanti e in quelle per l'età al di sopra dei lattanti.

Per i primi la dieta è esclusivamente latte e vien regolata come segue, secondo i diversi mesi di vita:

A	Età oltre un anno	=	1 1/2 litro di latte al giorno	
B	» 9-12 mesi	=	1 1/8	»
C	» 5-9	=	3/4	»
D	» 4-5	=	1/2	»
E	» 2-4	=	350 ccm.	»
F	» 0-2	=	200 ccm.	»

Quantità totale distribuita, previa sterilizzazione ed eventualmente diluzione con acqua e aggiunta di zucchero nel modo seguente:

A	per giorno	1500 ccm. di latte	} in 6 porzioni a 250 ccm. l'una
		50 gr. di zucchero di latte	
B	»	1125 ccm. di latte	} in 6 porzioni a 250 ccm. l'una
		375 ccm. di acqua	
		50 gr. di zucchero di latte	

C	per giorno	750 ccm. di latte 375 ccm. di acqua 50 gr. di zucchero di latte	} in 6 porzioni	} 3 a 200 ccm. 3 a 180 ccm.
D	»	500 ccm. di latte 500 ccm. di acqua 40 gr. di zucchero di latte		
E	»	350 ccm. di latte 700 ccm. di acqua 35 gr. di zucchero di latte	} in 7 porzioni	} a 150 ccm. l'una
F	»	200 ccm. di latte 600 ccm. di acqua 30 gr. di zucchero di latte		

Aggiunte di mucilagine di avena, di riso, di gomma arabica, di acqua di calce, ecc. s' eseguono soltanto dietro ordinativi del medico.

La dieta per i bambini più adulti si divide poi in 4 formole, di cui la prima e la seconda contengono i cibi per i non febricitanti, i quali richiedono una maggiore attività digerente, la terza e la quarta per i convalescenti e i febricitanti contiene dai cibi più facilmente digeribili a quelli leggerissimi. Inoltre tale dieta si distingue anche secondo le età in tre gradazioni designate con le lettere A, B, C. Per parecchi stati morbosi è necessario prescrivere una cosiddetta dieta *extra*.

I pasti vengono distribuiti 5 volte al giorno, ed il pasto principale cade alle 12 merid.

Il Baginski in un suo lavoro (1) detta le norme che debbono guidare nel formulare l'indirizzo dietetico. Egli divide da questo punto di vista i bambini infermi oltre il periodo della lattazione in 4 categorie:

I. — Per convalescenti di malattie gravi e per quelli senza febbre affetti da malattie chirurgiche:

- a) dai 9-14 anni per giorno 83 gr. di albume,
60 gr. di grasso,
260 gr. di idrati di carbonio;
- b) dai 5-9 anni per giorno 70 gr. di albume,
50 gr. di grasso,
200 gr. di idrati di carbonio;
- c) dai 1 1/2 -4 anni per giorno 60 gr. di albume,
45 gr. di grasso,
150 gr. di idrati di carbonio.

II. — Per ammalati cronici non febricitanti con bisogno ordinario, fisiologico di nutrimento:

albume grasso idrati di C.

- a) rispettivamente 70 + 50 + 200;
- b) id. 60 + 45 + 150;
- c) id. 52 + 40 + 125;

(1) *Ueber den Bau von Kinderkrankenhäusern. Isolierung u. Verhütung der Uebertragung von Infektionskrankheiten, Verpflegung der Kranke.* Archiv f. Kinderheilk. XIII. Bd. 1891, pag. 241.

III. — Per infermi con bisogno di nutrimento inferiore al fisiologico, avuto riguardo specialmente all'attività digerente non ancora funzionante come nello stato normale; cioè per infermi poco febbricitanti o da poco sfebbrati e in principio della convalescenza :

albume grasso idrati di C.

- a) rispettivamente $65 + 50 + 165$;
 b) id. $55 + 45 + 125$;
 c) id. $40 + 40 + 100$;

IV. — Per infermi fortemente febbricitanti; si adatta specialmente la nutrizione liquida :

albume grasso idrati di C.

- a) rispettivamente $60 + 50 + 150$;
 b) id. $50 + 45 + 125$;
 c) id. $42 + 38 + 85$.

Da tutto ciò deriva che II a) = I b) e II b) = I c).

Corrispondentemente a questi principi, ecco come vengono stabiliti i pasti per tali bambini che hanno oltrepassato il periodo dell'allattamento :

PRIMA COLAZIONE (alle 7 a. m.).

I.	II.	III.	IV.
Latte	Latte	Latte	Latte
Pan bianco	Pan bianco	Pan bianco	

SECONDA COLAZIONE (alle 9 a. m.).

I.	II.	III.	IV.
Latte	Id. come I, eccetto	Latte	Latte
Pane di media qualità	il sanguinaccio	Pan bianco	Uova
Prosciutto magro		Uova	
Salsicciotti		Burro	
Salsiccia di fegato			
Sanguinaccio			
Uova			
Arrosti freddi di vitello o di manzo			
Polpette fredde			
Falsa lepre fredda			
Burro			

PRANZO (alle 12 meridiane).

I.	II.	III.	IV.
Brodo o zuppa	Idem I.	Brodo	Brodo
Legumi		Zuppa di latte	Uova
Carne arrosto		Arrosto di carne ben pe-	
Composta o dolce		stata	

VESPERO (4 pom.).

I.	II.	III.	IV.
Latte	Latte	Latte	Latte
Pan bianco	Pan bianco	Pan bianco o biscotti	

CENA.

I.	II.	III.	IV.
Zuppa	Idem I.	Id. I e II.	Zuppa di latte
Grano mondato			
Farina d'avena o avena mon- data			
} cotti con latte			
Pane di media qualità		Pane bianco	

DIETA STRAORDINARIA.

<p>1. Colazione: Farina lattea Zuppa di farina Cacao Racahout.</p> <p>2. Colazione: Carne grattuggiata (soltanto arro- stata) Uova Vino caldo con uova Zuppa di tirra Zuppa di vino Cioccolatta</p> <p>Pranzo: Pollo Colombo</p>	<p>Bistecca Crema di vino Torta di riso Frutta fresche Composte di frutta</p> <p><i>l'espero:</i> Cacao Racahout Farina lattea</p> <p><i>Cena:</i> Uova Salsiccia Prosciutto Cioccolatta</p>
--	--

Preparati di peptone, meat-juice, beeftea, ecc., vengono considerati come medicamenti.

Egualemente i vini sono ritenuti come medicamenti, e possono essere prescritti: vino rosso, vino del Reno, Sherry, acquavite, vino d'Ungheria, Champagne, Cognac.

The e caffè appartengono similmente ai medicamenti.

Le storie cliniche sono scritte sopra fogli speciali, su cui viene anzitutto indicata la stazione ove è ricevuto il bambino, il sesso, il numero e la data di ricezione, l'età, l'ultima abitazione e l'inizio della malattia nel bambino, e poscia la diagnosi, la terapia e l'esito della malattia. Quotidianamente, poi, gli assistenti segnano le osservazioni giornalieri. La curva termometrica è segnata sopra una speciale carta grafica, e accanto ad essa, sulla stessa carta, si segnano il numero dei polsi e delle respirazioni, la dieta e la cura giornaliera.

I bambini nella policlinica sono iscritti in tanti diversi registri per quante sono le sue sottosezioni, e nella policlinica interna e chirurgica vengono tenuti anche due diversi registri per i due sessi.

La quota giornaliera di pagamento fissata per ogni bambino ricevuto nell'ospedale è di marchi 1.25.

Il numero dei bambini che si osservano ambulatoriamente in tutti i reparti ascese nel 1895 a 8831, con un aumento di 1711 sull'anno precedente; quello dei bambini ricoverati nelle diverse stazioni a 2649, con un aumento di 309 sull'anno precedente.

La sieroterapia antidifterica fu inaugurata nel marzo 1894, e, salvo una interruzione nell'agosto e settembre dello stesso anno, per mancanza di siero, è proceduta sempre con i risultati più lusinghieri.

La mortalità per difteria si è abbassata così nei mesi del 1894 in cui vi fu siero a disposizione al 16,63 per cento, e all'11,2 per cento nel 1895. Venne adoperato indifferentemente il siero Behring ed Aronson.

Sia qui detto — per evitare ripetizioni — che tanto da questo ospedale come da tutti gli altri che descriverò in seguito (tranne nella clinica pediatrica della Charité, in cui la statistica degli infermi curati viene pubblicata negli « *Annali della Charité* »), escono regolarmente degli *Annuarii* con la statistica degli infermi osservati e curati sia ambulatoriamente come nei vari reparti.

Il personale medico dell'ospedale è distribuito come segue:

Direttore dell'intero ospedale, della sezione medica e delle infettive: prof. straordinario Adolfo Baginski - gratuito.

Direttore della sezione chirurgica: prof. straordinario Temistocle Gluck - gratuito.

Assistenti ordinari: Primo assistente (al 1° aprile 1896) dott. Alberto Klein.

Altri assistenti ordinari: dott. Salomone Oppenheimer - John Rotschild - Adolfo Neumačik - Riccardo Behrens.

Il primo assistente riceve la paga di marchi 750 l'anno, gli altri quattro 500 marchi l'anno con vitto e alloggio nell'ospedale. Inoltre vi sono parecchi assistenti volontari e un assistente chirurgo, il dott. Paolo Sommerfeld.

Il prof. Baginski detta le sue lezioni di patologia e clinica delle malattie dei bambini nei due semestri, estivo ed invernale, il martedì e il sabato dalle 12-2 pom. Il corso è frequentato per lo più da medici stranieri, come lo sono i due corsi feriali del marzo e dell'ottobre, di un mese di durata ognuno.

Il prof. Gluck fa le sue lezioni di chirurgia infantile il solo sabato dall'1 alle 3 pom.

*
* *

L'ospedale del Baginski, sebbene abbia una esistenza di poco oltre i sei anni, possiede già una abbastanza ricca collezione d'importanti preparati di anatomia patologica dei bambini, la quale raggiunge circa i 200 pezzi ben conservati in formalina all'1 per cento. Io mi permetto qui di menzionare quelli che richiamarono più la mia attenzione:

1. Una cisti dell'esofago.
2. Una ipoplasia congenita del ventricolo destro del cuore con concomitante ipertrofia e dilatazione del sinistro.
3. Diverticolo di Meckel.
4. Idrocefalo interno con vasta dilatazione dei ventricoli ed enorme assottigliamento della sostanza cerebrale.
5. Ulcera tubercolare della trachea con linfoadenite caseosa.

6. Cistosarcoma della colonna vertebrale.
 7. Ascesso subfrenico da peritifite con perforazione nella cavità pleurica - e atrofia renale cistica nello stesso soggetto.
 8. Restringimento congenito della laringe e trachea (per cui si dovè nel bambino in vita eseguire due volte la tracheotomia).
 9. Sei casi di necrosi da decubito della laringe per pressione della cannula d'intubazione.
 10. Aplasia del rene destro con ipertrofia compensatrice del rene sinistro.
 11. Diverticolo esofageo.
 12. Coxite incipiente.
 13. Tumore del ponte di Varolio (tubercolo).
 14. Cisti del duto coledoco.
 15. Stenosi congenita dell'ostio polmonare - Forame ovale aperto.
 16. Aplasia congenita con idronefrosi del rene destro - Atrofia dell'uretere dello stesso lato.
 17. Reni a ferro di cavallo.
 18. Tubercolo solitario nel meato uditivo interno destro.
 19. *Situs cordis inversus* o destrocardia.
 20. Apertura permanente del forame ovale con difetto del setto dei ventricoli.
 21. Distacco epifisario del femore.
 22. Tubercolo solitario nel centro ovale.
 23. Mughetto esofageo.
 24. Aneurisma dell'apice del cuore.
 25. Apertura del duto arterioso di Botallo.
 26. Tre casi di difetto del setto interventricolare.
 27. Diverticolo intestinale.
 28. Lussazione congenita dell'anca.
 29. Lue congenita.
 30. Membrane difteriche varie di cospicue dimensioni con accenno delle ramificazioni bronchiali, espulse colla tosse attraverso la ferita da tracheotomia e la cannula d'intubazione.
 31. Ascesso del cervelletto.
 32. Lue congenita e cisti del lobo occipitale nello stesso soggetto.
 33. Atrofia del cervelletto, opacamento ed iperemia della pia madre corrispondente.
 34. Polipo del seno destro del cuore; nello interno di esso una cavità ascessoidale.
 35. Ascesso del miocardio.
 36. Atrofia e degenerazione cistica del rene destro; il rene sinistro normale pesa 50 gr.
 37. Suppurazione cangrenosa dell'articolazione sterno-clavicolare, mediastinite, pneumonite.
 38. Cuore con aorta a quattro valvole.
- Esiste inoltre una raccolta ordinata di preparati microscopici, che il Baginski utilizza come dimostrazione nel suo corso di lezioni, e che riguardano:
1. *Faringe*: a) difteria dell'ugola; b) tonsille ed epiglottide nella scarlattina; c) tubercolosi della faringe.
 2. *Pulmoni*: a) tubercolosi miliare; b) peribronchite tubercolare; c) pneumonite lobare; d) compressione dei polmoni da empiema; e) carnificazione ed enfisema; f) cangrena polmonare; g) broncopenumonia nel tifo, morbillo, difteria.
 3. *Cuore*: a) trombi; b) cuore nella difteria.
 4. *Fegato*: a) tubercolosi; b) f. nella difterica settica; c) cirrosi diffusa.
 5. *Intestino*: a) enterite difterica; b) enterite catarrale, folicolare, scarlattinosa e tifica.

6. *Reni*: a) scarlattinosi; b) nefrite emorragica; c) difterica; d) nel colera infantile; e) nefrite acuta; f) da piemia; g) sarcoma renale; h) rene raggrinzato; i) uremia; j) nefrite parenchimale, interstiziale, purulenta; k) idronefrosi; l) tubercolosi renale; m) embolia renale.

Vi è poi una quantità di preparati microscopici del sangue allo stato normale, nell'anemia splenica, nel tumore di milza, nella corea, nella nefrite acuta, nella difteria, nello eritema nodoso, nel tifo, morbilli, polmonite, pleurite, tubercolosi polmonare e generale, ittero dei neonati, malaria, anemia perniciososa.

Così pure vi è una raccolta di preparati microscopici degli organi interni nell'anemia perniciososa (cuore, polmoni, milza, reni, capsule surrenali, pancreas, fegato); del pancreas nel diabete, di glandole linfatiche anche con mitosi, di glandole da flemmone scarlattinoso. Esistono poi preparati normali di una gran parte del sistema nervoso centrale e periferico. Infine una serie di preparati microscopici di lesioni chirurgiche nei bambini, es. adenoma del retto, adenofibroma della mammella, angioma orbitale, sarcoma dell'epididimo, del mascellare superiore, periostale, carcinoma delle glandole linfatiche, papilloma linguale, tubercolosi cutanea, dello epididimo, del peritoneo; cisti bronchiali, tumore del cordone spermatico, struma primario e recidivo. Una lunga serie di preparati batteriologici, specialmente di tutti i batterii patogeni noti, chiude questa importante raccolta.

*
**

Dire chi sia il prof. Adolfo Baginski e quanto incremento debba a lui la scienza, di cui rappresenta uno dei più strenui campioni, è un compito abbastanza arduo, giacchè si può dire che nessuno degli argomenti più palpitanti di pediatria abbia trovato un indagatore più scrupoloso ed accurato.

Il prof. A. Baginski fu assistente del celebre clinico prof. Traube, e dopo di esser rimasto per cinque anni nella pratica (1868-73), fondò nel 1873 una policlinica privata per le malattie dei bambini in Berlino. Nel 1882 fu abilitato come privato docente ad insegnare patologia e terapia speciale delle malattie dei bambini e nel 1892 ottenne il titolo di professore straordinario di pediatria, avendo già ricevuto sin dal 1890 la direzione dell'ospedale per i bambini Imperatore e Imperatrice Federico, che egli fondò coi piani stabiliti in unione ed in pieno accordo col celebre anatomo-patologo di Berlino Rodolfo Virchow. L'argomento prediletto degli studi del Baginski, su cui egli ha pubblicato tutta una serie di lavori e di ricerche importanti, sono state le malattie intestinali dei bambini e la difteria.

È del Baginski la dottrina dell'etiologia tossica del colera infantile, opinione che egli espresse sin dal 1875 (1), dimostrando la dipendenza della mortalità per enteriti e gastroenteriti nell'infanzia dall'altezza della temperatura, ed esprimendo l'opinione che esse fossero dovute ad un processo di decomposizione e putrefazione delle materie stagnanti nel tratto intestinale, opinione che egli confortò con la constatazione di una serie di microrganismi nelle feci (*vibrio subtilis* di Cohn, *bacterium termo*, *b. li-neola*, ecc.). Per questa etiologia da lui sostenuta in altri lavori posteriori furono poi gittate le basi più solide nelle sue ricerche batteriologiche e chimiche delle feci prelevate da casi di vero colera infantile e da casi di diarree estive dispeptiche, pubblicate nel 1891 (2).

(1) *Ueber den Durchfall u. den Bruchdurchfall der Kinder*. Jahrb. f. Kinderheilk. VIII. Bd., pagina 310, 1875.

(2) *Ueber Cholera infantum*. Archiv f. Kinderheilk. XII. Bd., 1891.

Il Baginski indicò un metodo pratico e sicuro per espellere le masse fecali accumulate nell'intestino crasso dei lattanti (1), le quali sostengono spesso i disturbi d'arroici nei catarrhi di tale sezione dell'intestino, e la cui espulsione spesso volte riesce difficile stante le molteplici curvature che presenta tale porzione dell'intestino nei bambini. Il metodo da lui indicato consiste nell'introdurre fino a 15 cm. di profondità (in un caso egli arrivò fino a 30-32 cm.) in bambini di appena 6 a 7 settimane un catetere elastico congiunto ad un irrigatore mediante un tubo elastico.

Al Baginski si debbono le prime ricerche accurate sull'istologia normale dello stomaco dei bambini (2), ricerche che furono recentemente riprese ed ampliate dal Fischl della scuola di Praga.

Un lavoro completo sulla rachitide (3) con tutti i fatti accertati fino ai suoi tempi e basato su 627 osservazioni personali è un ampliamento di una sua comunicazione sulla patologia della rachitide tenuta nel Congresso internazionale di Londra del 1881 (4).

Basandosi su 15 osservazioni personali, il Baginski ritenne la tetania dei lattanti (5) indipendente dal rachitismo, come più tardi ammise il Kasowitz (v. pag. 99) e dalla dentizione; invece la mise in dipendenza dei disturbi subacuti e cronici dispeptici dei bambini, perchè il numero maggiore dei casi si verificò nei mesi estivi e in nesso di tali disturbi. L'origine prossima degli accessi di tetania fu ricondotta da lui al difettoso sviluppo dei centri d'inibizione cerebrale nei bambini molto piccoli, come fu dimostrato dal Soltrann (v. pag. 49).

Relativamente al morbo di Barlow il B. è dell'opinione (6) che esso si presenti bensì nei rachitici, ma che non stia in nessun rapporto col rachitismo; invece esso starebbe in dipendenza piuttosto di certi speciali raffinamenti nella nutrizione (latte di albumose, di somatose, vegetale, ecc.), che sono specialmente in uso presso le famiglie agiate, i cui bambini questa malattia suole d'ordinario colpire.

Nel tifo il B. richiamò l'attenzione su di uno speciale aspetto caratteristico della lingua (7) non ancora prima di lui sufficientemente messo in evidenza, ed il quale molte volte permette sin dall'inizio della malattia di assicurare la diagnosi. La lingua secondo B. è ricoperta nei casi più leggeri da una patina spessa bianco-grigiastro fino a due linee di distanza dal margine; questo è poi rosso-chiaro o profondamente rosso-scuro con tendenza al disseccamento, o addirittura asciutto. Nei casi gravi il deposito sarebbe giallo fino al bruno-scuro, la lingua asciutta, solcata, non di rado difficilmente mobile. Solo nella difteria e nella grave angina catarrale, ma giammai nella meningite, con cui il tifo può confondersi, il B. notò un aspetto presso a poco simile.

Nei « Praktische Beiträge zur Kinderheilkunde » il B. ci presentò delle monografie complete sulla pneumonìa, pleurite e le malattie del tubo digerente dei bambini.

In uno studio accurato sulle cause della acetonuria nei bambini (8) egli nota come l'acetone si riscontri in tracce anche nell'urina di bambini in condizioni affatto normali e si trovi aumentato nella pneumonite, nel morbillo, ecc., e negli accessi eclamptici repentini a preferenza.

(1) *Zur localen Behandlung der unteren Darmabschnitte im kindlichen Alter.* Jahrb. f. Kinderheilk. IX. Bd., pag. 395, 1876.

(2) *Untersuchungen über den Darmkanal des menschlichen Kindes.* Virchow's Archiv. 89. Bd., pagina 64, 1882.

(3) *Rachitis.* Tübingen, 1882.

(4) *Archiv. f. Kinderheilk.* Bd. III.

(5) *Ueber Tetanie bei Säuglingen.* Archiv f. Kinderheilk. VII. Bd., 3 Heft; e Berlin. klin. Wochenschr., N. 11, 1886.

(6) *Vorstellung eines Kindes mit Barlow'scher Krankheit.* Berl. klin. Wochenschr., 1895, N. 7.

(7) *Ueber Typhus u. typhoide Meningitis der Kinder.* Berl. klin. Wochenschr., N. 15 e 16, 1873.

(8) *Ueber Acetonurie bei Kindern.* Archiv. f. Kinderheilk., Bd. IX., pag. 1.

Del Baginski esiste anche una pregiata monografia d'igiene infantile (1), un classico libro d'igiene della scuola, che ha avuto due edizioni in Germania, e un lavoro completo sul ricambio materiale (2) nei bambini fuori il periodo della lattazione allo scopo di pervenire a delle formole dietetiche, ed in cui tra l'altro egli ritrae la conseguenza che, ad esempio, i bambini hanno bisogno più di albume e specialmente d'idrati di C di quello che varrebbe da aspettarsi dalle regole dietetiche in uso. Il capitolo sull'igiene della scuola nel celebre trattato del Gerhardt fu compilato da lui.

Rispetto alla questione della patogenesi della pseudo-leucemia (3) egli richiamò nuovamente l'attenzione e sulla coincidenza della rachitide con i tumori di milza e con certe alterazioni dei corpuscoli del sangue appoggiando così le vedute dell'Oertner, il quale poco prima di lui aveva emesso l'opinione della possibilità di un raro passaggio della rachitide nella leucemia nei casi in cui la prima era accompagnata da enorme tumore di milza, tumefazioni glandulari generali e dolori ossei.

Importanti sono le sue ricerche pubblicate in quest'anno sulla chimica della bile infantile (4), in cui egli ebbe a collaboratore il valoroso suo assistente chimico dott. Paolo Sommerfeld, autore di un recentissimo trattatino sull'esame del latte di donna. Essi esaminarono la bile sia nei neonati e nei lattanti e sia in età più adulta, ma in bambini non morti di malattie infettive, come aveva fatto il Jacubowitsch, giacché le notevoli alterazioni che, com'è noto, subisce il fegato nelle malattie infettive, portano per conseguenza un'alterazione del reperto normale della bile, per cui era necessario per dare un giudizio esatto esaminare separatamente la bile dei cadaverini infettivi dai non infettivi.

Il prof. Baginski fu promotore di un « *Festschrift* » per il 70° anniversario del celebre pediatra professor Henoch di Berlino, in cui apparvero tra gli altri importantissimi lavori del Soltmann, Monti, Epstein, Escherich, Jacobi, Ganghofner, Czerny, ecc. Lo stesso Baginski vi pubblicò una segnalata memoria sulla macroglossia congenita, un'affezione fino allora poco studiata nei suoi rapporti col cretinismo e la rachitide congenita.

Il Baginski ha poi lasciato un'orma memorabile nella storia della difteria e della sieroterapia antidifterica. Egli fu il primo ad identificare la cosiddetta rinite fibrinosa con la difteria nasale per la sua ordinaria etiologia da bacillo di Löffler (5), mentre prima si ritenevano come due malattie distinte.

Egli fu il primo ad inaugurare in Berlino la sieroterapia antidifterica col siero Aronson, ed il suo assistente dott. Katz fu tra i primi in Europa a pubblicare una statistica dei risultati ottenuti colla cura del siero nell'ospedale (6), statistica che poscia arricchita di numero e di considerazioni sugli effetti di tale cura lo stesso dott. Katz pubblicò nell'« *Archiv. f. Kinderheilk.* », XVII. Bd. I risultati medesimi formarono l'oggetto di una pubblicazione del Baginski (7), che è un ampliamento della discussione che egli aveva tenuto nella Società medica berlinese lo stesso anno a proposito di una comunicazione del dott. Hansemann.

Ma al Baginski andiamo debitori di un libro sulla difteria e la sua cura col siero antidifterico (8),

(1) *Die Pflege des gesunden u. kranken Kindes*. Stuttgart, 1885.

(2) BAGINSKI v. DRONKE. - *Beiträge zur Ernährung kranker Kinder in den vorgeschrittenen Altersstufen*. Archiv f. Kinderheilk., Bd. XVI.

(3) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. XXXIII, pag. 304.

(4) *Zur Chemie der kindlichen Galle*. Archiv f. Kinderheilk., XIX, Bd., 1896.

(5) *Aetiologie der Diphtherie*. Verhandlungen der Berl. medic. Gesellschaft, 1892, II, 1.

(6) *Berl. klin. Wochenschr.*, N. 29, 1894.

(7) *Zur Serumtherapie der Diphtherie*. Berl. klin. Wochenschr., N. 52, 1894.

(8) *Die Serumtherapie der Diphtherie nach den Beobachtungen im Kaiserin- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenbause in Berlin*. Verlag v. A. HIRSCHWALD. Berlin, 1895.

il primo di tal genere che apparve in Germania e fuori, a cui seguirono poco dopo quelli consimili dell'Heubner, del Soltmann e dell'Escherich.

In questo libro, che riporta in appendice le storie cliniche dettagliate di 525 casi curati nel primo anno d'introduzione del siero nell'ospedale (15 marzo 1894 - 15 marzo 1895), il Baginski, nel mentre riconferma la etiologia della difteria da bacillo di Löffler, ritiene che la semplice constatazione di esso sugli organi della gola non dinota la infezione, ma bisogna che vi sia già il quadro clinico in atto.

Il B. distingue tre forme di difteria: 1. la semplice angina difterica; 2. l'infezione generale difterica; 3. la difteria settica.

Nei volumi XIII a XVI degli « Archiv f. Kinderheilkunde » (1891-93) evvi una serie di lavori e osservazioni cliniche del Baginski, del Gluck e loro scuola sul-materiale ospitaliero. Io mi limiterò qui a citare due importantissime osservazioni fatte dal Baginski. La prima riguarda un modo singolare di comportarsi in taluni casi della curva febbrile della pneumonite croupale dei bambini (1); egli trovò che tale curva al momento della risoluzione può presentare una doppia forte oscillazione invece di cadere per crisi. La crisi è preceduta in tali casi da una procrisi, la quale potrebbe fare illudere per una crisi definitiva, se non si tenesse conto che il numero dei polsi e degli atti respiratorii non serba l'istesso andamento, ma presenta soltanto una leggiera remissione.

La seconda importante osservazione riguarda un criterio di prognosi della difteria dato dall'esame microscopico del sedimento urinario (2). Il B. notò che una difteria leggera per la forma sintomatica si lascia invece caratterizzare tra le più gravi allorchè accanto a poca o financo nessuna quantità di albumina nell'urina esiste invece nel sedimento grande copia di elementi morfologici e chimici.

Infine credo non vi sia chi non conosca in Italia il suo classico trattato delle malattie dei bambini, di cui attualmente è in corso di pubblicazione la 2ª edizione italiana tradotta sulla 5ª tedesca.

Questo trattato di patologia insieme con le classiche lezioni dell'Henoch, delle quali si pubblica or ora la 9ª edizione, non dovrebbero mancare nella biblioteca di nessun medico.

Tra i lavori dei vari assistenti succedutisi, oltre quelli già menzionati del dott. Katz e Sommerfeld, menzionerò solo alcuni del dott. Strelitz e del dott. Eugenio Schlesinger. Dello Strelitz sono degne di nota le ricerche batteriologiche sulla pneumonite che appare nel decorso della difteria (3), fatte allo scopo di apportare un nuovo contributo alla questione ancora irrisolta circa la etiologia di tali pneumoniti, e quelle sul pemfigo acuto o benigno (4), cui egli assegnò come causa un micrococco che aveva tutti i caratteri dello stafilococco piogeno aureo e mercè la cui inoculazione egli ottenne su se stesso delle vere vescicole di pemfigo.

Dello Schlesinger menzioneremo le ricerche sulla leucocitosi nella difteria coll'uso del siero terapeutico, in cui egli riprese le note ricerche consimili fatte dal Gabritschewsky prima dall'era sieroterapica, e quelle sulla tubercolosi delle tonsille nei bambini.

Sotto la direzione del Baginski, Monti e Frühwald esce fin dal 1879 l'*Archiv. f. Kinderheilkunde*, di cui sono apparsi sin oggi già 21 volumi.

(1) *Aus der inneren (mediz.) Abtheilung des K.-u. K.-Friedr. Kinderkrankenhausens. Croupöse (fibrinöse, lobäre) Pneumonie, Fieberverlauf u. antipyretische Therapie.* Archiv. f. Kindh. XIII. Bd., pag. 286, 1891.

(2) *Die klinischen Erscheinungen der diphterischen Nierenkrankungen.* Archiv. f. Kinderheilk. XVI. Bd., 1893, pag. 331.

(3) *Zur Kenntniss der im Verlaufe von Diphterie auftretenden Pneumonien (Bacteriol. Untersuchungen).* Archiv. f. Kinderheilk. XIII. Bd. 1891, pag. 468.

(4) *Beitrag zur Pemphigus-Aetiologie.* Archiv. f. Kinderheilk., XV. Bd., 1892, pag. 101.

Attualmente il Baginski lavora sul suo argomento prediletto delle malattie gastro-intestinali, come lo dimostra la sua recente comunicazione sulla patologia delle diarree infantili alla Società medica berlinese e quella da lui annunciata pel prossimo Congresso di medicina interna da tenersi in Berlino dal 9-12 giugno prossimo sulla patologia e patogenesi delle diarree estive infantili.

CLINICA PEDIATRICA DELLA CHARITÉ.

Questa Clinica costituisce uno dei reparti di quell'immenso ospedale generale di Berlino qual'è la Charité. In questa clinica fino al 1888 erano ricoverati i bambini affetti da malattie interne, come pure i casi infettivi, per i quali la separazione avveniva dapprima soltanto mediante stanze e negli ultimi anni precedenti al 1888 mediante piani.

Fu solo nel 1888 che furono eretti quattro padiglioni per isolare i bambini colpiti da malattie infettive.

Il caseggiato destinato ad accogliere i casi comuni di malattie interne non infettive (non esiste un riparto chirurgico, come nell'ospedale Imperatore e Imperatrice Federico) è di vecchia costruzione e come tale riporta gran parte dei difetti degli ospedali antichi. Sito in un punto piuttosto centrale della città con entrata dal portone principale alla Charitéstrasse e con ingresso secondario alla Luisenstrasse, n. 12, non è però in diretto rapporto con le strade, essendone diviso da viali con giardinaggio.

Stazione interna. — È situata al 1° piano e risulta di n. 6 stanze, le quali possono contenere in tutto circa 70 letti divisi in due reparti separati per mezzo di una sala. Le sale ricevono una luce abbastanza limitata, specialmente una sala rettangolare bislunga contenente 25 letti per non lattanti. La stazione dei lattanti è capace di 12 letti. Questi ultimi sono ancora di antico modello, cioè risultano di un'impalcatura in ferro entro cui riposa una cassa di legno rettangolare dipinta in colore giallo; neppure le spalliere sono sufficientemente alte per prevenire la caduta dei piccoli. I materassi sono ancora di paglia. Sul materasso è disteso il solito pezzo di stoffa impermeabile per evitare che il letto s'imbratti colle feci e colle urine dei piccoli, e al disopra di esso giace il lenzuolo di lino. I cuscini sono di crini di cavallo provvisti di un rivestimento anche di lino. Una coverta di lana ravvolta in un lenzuolo di semilino completa l'addobbatura del letto dei lattanti. Il letto dei più grandicelli è formato da tavole di legno trasversali che si ricongiungono agli estremi dell'impalcatura di ferro del letto, e verso il capezzale presentano una tavola disposta obliquamente, acciocchè il bambino resti il più possibilmente sollevato con la testa. Sul capezzale del letto pende una tavola in legno dipinta in nero sulla quale con gesso vengono segnate le notizie più importanti: nome, età e giorno della ricezione del bambino.

In tre sale separate più piccole contenenti rispettivamente 11, 5 e 3 letti sono ricevuti e curati a preferenza i bambini con malattie oculari ed eczemi. Vien chiamato a curarli oltre al maggiore medico (Stabsarzt), che è il primo assistente dell'ospedale, anche il dott. Burchhardt della sezione oculistica della Charité.

In questo riparto, meglio illuminato dell'altro, le finestre sempre come in tutta la clinica a doppia imposta di vetro, ma che si arrestano secondo il vecchio sistema a circa mezzo metro e più dal livello del soffitto, sono fornite di tendine per evitare l'offesa diretta dei raggi solari, ciò che è di non lieve importanza nelle malattie oculari.

Poichè la clinica manca di una terrazza o di una veranda qualsiasi di svago, i casi di tubercolosi cronica non vengono volentieri accettati in cura. Non esiste difatti che un piuttosto ampio giardino

appartenente a tutta la Charité fornito di alberi, di sedili e di poggiuoli; anch'esso però è confinato in quanto che è chiuso d'ogni intorno da caseggiati.

Non esistono speciali disposizioni nè pel riscaldamento, nè per la ventilazione, il primo effettuandosi per mezzo di ordinarie stufe in ferro o in muratura e la ventilazione per la porzione superiore delle finestre e per fori praticati agli angoli superiori della stanza in corrispondenza del soffitto. Così pure mancano nelle sale degli infermi speciali condutture per l'acqua sia fredda che calda, ciò che sarebbe molto desiderabile.

Le pareti delle stanze sono dipinte a colore ad olio per lo scopo di una più facile disinfezione e il soffitto è in materiale di creta; i pavimenti sono di legno dipinto ad olio di color giallo-marrone.

I bambini prima di entrare in clinica ricevono sempre tutti indistintamente, salvo casi speciali indicati dal medico, un bagno tiepido di nettezza.

Nel letto i bambini indossano una camicia e una giacchetta di lino, fuori letto i convalescenti sono vestiti con calzoncini e giacche di una stoffa di lino molto doppia detta *Pollroche*, e le ragazze hanno inoltre sull'abito un grembiolino della stessa stoffa.

Alla stazione interna è annesso al pianterreno l'ambulatorio, che ha una sala d'aspetto ed una di osservazione; inoltre un laboratorio chimico-batteriologico ed un'aula per le lezioni capace di circa 120 posti, preceduta da un'antisala con attaccapanni. Una cucina e alcune vasche da bagno trovansi anche in questo pianterreno.

In tutta questa stazione interna esiste un solo cilindro con chiusura a tenuta d'aria per gittare la biancheria sporca.

Stazione infettiva. — La stazione infettiva trovasi per largo tratto separata dalla clinica interna. Fondata, come si è detto, nel 1888, risulta di 4 padiglioni, per la cui costruzione si è scelta la forma a croce, oggi in disuso, perchè riconosciuta non corrispondente alle regole più rigorose dell'isolamento e dell'igiene, in quanto che non impedisce che l'aria che circola in un padiglione attraverso il corridoio a croce che li riunisce non penetri nell'altro e quindi sia causa di trasporto di germi di malattie contagiose.

Dirimpetto all'entrata di questi padiglioni infettivi, nel giardino che li circonda, vi è il busto dell'immortale Henschel, il quale, come si sa, da tre anni si è ritirato dall'insegnamento della clinica pediatrica, oggi affidato al prof. Otto von Heubner.

Nel centro dei padiglioni sorge un fabbricato a guisa di torre destinato a ricevere un serbatoio di acqua calda. L'atrio che congiunge i padiglioni è ai lati scoperto completamente e fornito di ringhiera in ferro, e soltanto al disopra è coperto; ciò nella mira di evitare per quanto più era possibile il ristagno dell'aria; ma, come si è detto, lo scopo non è affatto raggiunto. L'edificio si compone di una stazione di osservazione o quarantena (Padiglione N. I) e di tre riparti rispettivamente per gli scarlattinosi (N. II), per i difterici (N. III) e per i morbillosi (N. IV).

La quarantena serve ad accogliere i casi dubbii ed i casi complicati, come pure quelli di tifo, erisipela, ecc., che non potrebbero essere isolati nella stazione interna, la quale, come si è visto, manca di convenienti piccole stanze d'isolamento.

Per dividere adeguatamente la quarantena fu costruito oltre il pianterreno anche un piano superiore, trasferendone verso l'esterno la scala di accesso.

La quarantena perciò contiene al piano inferiore: 1. un'abitazione per il medico della stazione; 2. una camera per la suora; 3. una stanza per la ricezione. Quest'ultima è stata oggi abolita, perchè la ricezione si effettua sempre nella polyclinica aggregata alla stazione interna, ed è invece annessa alle altre tre piccole stanze d'isolamento per i casi dubbii. Inoltre esiste: 4. un vano per gli arredi e per la cucina a gas e due closets, come pure un vano da bagno, in cui v'è un cilindro con chiusura a tenuta d'aria per gittare la biancheria sporca.

Al piano superiore esistono altre tre simili stanze d'isolamento per casi complicati e cogli stessi ambienti descritti per il piano inferiore.

Nel sotterraneo di questo riparto evvi un vano per il ventilatore e per l'apparecchio destinato a raccogliere l'acqua di condensazione, un vano dov'è impiantato l'apparecchio di disinfezione Rietschel-Henneberg, inoltre un vano per conservare la biancheria sporca, un altro per conservare la biancheria e i panni portati dai bambini infermi delle stazioni infettive e quello per l'abitazione di un servitore.

Gli altri tre padiglioni infettivi sono costruiti presso a poco sullo stesso tipo. Quelli per la difteria e la scarlattina, più grandi, offrono 14 letti ognuno, ripartiti così: dieci in una grande sala e due per parte in due stanzette appaite, allo scopo di separare i bambini molto irrequieti o quelli in gravissimo stato. Il padiglione per i morbillosi ha 10 letti.

La luce in queste sale d'infermi, secondo la primitiva costruzione dell'ospedale infettivo, proveniva soltanto dall'alto (per evitare, obbedendo all'antica credenza, l'urto del vento che viene allorchè le luci sono disposte ai lati) e da grandi finestre che si trovano alle porte d'ingresso e di egresso. Oggidì però, riconosciuta non solo falsa tale credenza, ma ancora più l'importanza terapeutica indiscutibile dell'aria e della luce: nelle malattie infettive acute, sono state aperte alcune finestre laterali nelle sale degli infermi, le quali hanno in gran parte rimediato al difetto primitivo.

Naturalmente ad ogni padiglione sono annesse le stanze per le suore infermiere e il personale di servizio, che è completamente separato per ciascuno di essi; poi la cucina a gas, stanza da bagno, closets e tutto l'occorrente per l'espulsione delle biancherie sporche e per pulire le masserizie occorrenti. Inoltre esiste una veranda completamente finestrata, e nel padiglione per i difterici esiste anche una sala di operazioni provvista di luce laterale e dall'alto e fornita di quanto necessita per materiale di medicatura e di operazione, specie per quanto riguarda l'intubazione e la tracheotomia. La veranda degli scarlattinosi serve anche come sala di operazioni, ed è fornita quindi dell'occorrente per le operazioni.

La ventilazione dei padiglioni si opera in modo che l'aria fresca riscaldata nei tubi di riscaldamento e che scorre nelle camere vien portata mediante tubi ascendenti, mentre l'aria guasta viene espulsa mercè tubi che dal pavimento vanno in su fino al di là della tettoia.

L'aria introdotta prima di entrare nelle stanze da riscaldare vien filtrata attraverso un panno destinato a filtrare il pulviscolo (tarpaulina), e così si purifica. La tarpaulina è un tessuto a larghe maglie teso sopra una cornice di legno che si può distaccare.

Il riscaldamento è a circolazione di vapore di acqua, il quale vien prodotto in un edificio a parte da speciali caldaie ed è immesso in una condotta principale ed in una di riserva situate in un canale sotterraneo in muratura, e di qui perviene nel ventilatore posto nel sotterraneo della quarantena e provvisto di valvole d'intercettazione. Mediante una valvola regolatrice destinata a diminuire la pressione, il vapore vien portato a 0,5 atmosfere, essendo la valvola facilmente regolabile, come si può constatare dall'annesso manometro.

Dal ventilatore si dipartono cinque condotte, ciascuna per ciascun padiglione e una verso il serbatoio d'acqua calda. Ognuna di queste condotte si può chiudere per conto proprio.

Dalla condotta principale si dipartono le diramazioni che debbono condurre il vapore nei tubi a nervatura delle varie sale e le quali corrono lungo la volta del sotterraneo, e al pari della condotta principale sono involuppate da masse di ciottoli e poi verniciate. Parallele ad esse condotte decorrono i tubi per l'acqua di condensazione, i quali similmente si riuniscono in cinque tubi principali e sboccano in una caldaia di raccolta situata nello scantinato della quarantena. Da questa caldaia l'acqua di condensazione stante la iperpressione che domina sempre in tutto il sistema di tubi viene spinta verso una fossa situata nella camera delle caldaie. Sulla caldaia di raccolta si trova una valvola di sicurezza, la quale si apre allorchè la pressione del vapore per qualsiasi causa sale troppo

in alto. Allorchè non è in funzione il riscaldamento, tutta l'acqua di condensazione che si trova nei tubi scorre nella caldaia di raccolta.

Nella camera delle caldaie la condotta principale dell'acqua di condensazione è chiusa mediante un derivatore dell'acqua che agisce per proprio conto. Un apparecchio segnalatore lo stesso situato è messo mediante una condotta a tubi sottili in comunicazione con il ventilatore e permette che si conosca la tensione del vapore che si trova nel sistema di tubi. Le sale degl'infermi nei tre padiglioni II, III e IV e le verande ad essi annesse, inoltre le tre stanze d'isolamento a pianterreno del padiglione I ricevono il riscaldamento dal pavimento; esso ha luogo mediante tubi di ferro, i quali decorrono parallelamente tra loro lungo la volta delle camere da riscaldamento situate al disotto delle sale degl'infermi. Secondo il bisogno di calore i tubi sono tra loro connessi in maniera, che in ogni camera da riscaldamento o tutta o $\frac{2}{3}$ o $\frac{1}{3}$ soltanto della superficie riscaldante possa essere utilizzata, ciò che si ottiene mediante valvole disposte all'entrata di ognuna delle camere.

L'espulsione dell'aria dai tubi del pavimento si attua all'apertura delle valvole ad aria che si trovano all'estremo dei tubi di raccolta. Il padiglione I, come pure tutti i vani, tranne le sale degl'infermi e le verande negli altri padiglioni, vengono riscaldati mediante tubi a nervatura di ferro fuso, coperti da mantelli di ferro battuto, internamente rivestiti di cartone isolante. I suddetti mantelli sono provvisti al disopra di una valvola, mediante la cui azione può essere regolata la sottrazione del calore dal corpo riscaldante. Sopra ogni corpo riscaldante esiste una valvola ad aria, mediante cui l'aria in esso contenuta si deve lasciare fuoriuscire non appena il riscaldamento comincia a funzionare. Tutto ciò basta per un riscaldamento sufficiente anche con una temperatura esterna di -20° .

Ritornando alla ventilazione, devo aggiungere che nella camera da riscaldamento del padiglione I si trova un apparecchio speciale e nelle altre camere di riscaldamento due apparecchi speciali per ognuna per mantenere umida l'aria. Essi sono posti in funzione mediante una valvola e lasciano scorrere il vapore finissimamente diviso, il quale poi si scioglie facilmente nell'aria riscaldata della stanza.

Ogni canale ad aria calda ha una valvola mista che si può abolire, e mediante la quale la temperatura dell'aria fresca che vi scorre può essere regolata secondo il bisogno. Se deve penetrare aria calda, la valvola viene abbassata; allora mediante un'apertura giacente immediatamente al disotto della volta della camera da riscaldamento l'aria riscaldata al massimo sale in alto nel canale, mentre esso si chiude in basso mediante la valvola; se la valvola vien tirata in su, si chiude l'apertura superiore, e l'aria raffreddata sale nel canale dal pavimento della camera di riscaldamento, in vicinanza della quale sbocca il canale. Aprendo in parte la valvola, si stabilisce una mescolanza dell'aria calda con la fredda.

Tutti questi canali sono provvisti di valvole di chiusura e sboccano al disopra del tetto, ove sono provvisti di cappe contro l'influenza disturbatrice del vento. Nella stagione calda l'espulsione dell'aria viziata si opera mediante luci dall'alto.

La ventilazione nelle piccole stanze da bagno e in quella da operazione nel padiglione III si opera mediante aperture nelle mura esterne, giacenti dietro i tubi riscaldanti dei rispettivi vani; tali aperture sono chiudibili per mezzo di valvole.

Tutti gli edifici sono in congiunzione con la condotta dell'acqua della città e con la canalizzazione di lavaggio; il drenaggio ha luogo verso i parchi d'irrigazione nordici.

La visita medica in questi padiglioni infettivi viene eseguita dallo stesso Stabsarzt, che sorveglia anche la sezione interna dell'ospedale, in ore diverse. Per tutti i padiglioni infettivi evvi per qualunque urgenza come secondo assistente un Unterarzt, come vi è per la stazione interna. Siccome non vi può essere un medico per ogni stazione infettiva, così l'assistente nel passare da un padiglione infettivo all'altro si lava e si disinfetta le mani e indossa una nuova veste. Le suore infermiere e le

inservienti dei vari padiglioni sono invece perfettamente isolate tra loro, ed il commercio tra di esse è limitato al più stretto possibile e nelle condizioni di massima precauzione.

Le suore che prestano la loro assistenza agli infermi in tutto l'ospedale sono le Kaiserwerther-Diakonissen.

Alla ricezione di un bambino nei padiglioni infettivi gli abiti vengono avvolti in una borsa di lino e spediti immediatamente all'apparecchio di sterilizzazione, dove sono accuratamente disinfettati, e così pervengono nel vano destinato ad accogliere tali vestimenta, che si trova nel sotterraneo del padiglione I.

In ogni padiglione come in ogni piano del padiglione I si trova un cilindro provvisto di un coperchio a chiusura ermetica per gittare la biancheria sporca. Dal cilindro tale biancheria perviene prima in una cassa con ruotelle, situata in una camera chiusa, dove non si può accedere che dall'esterno dell'edificio. Queste casse vengono poi vuotate secondo il bisogno, ed il contenuto viene chiuso in un sacco e sterilizzato con vapore di acqua oltre i 100°, dopo di che il tutto è condotto alla stazione di lavanderia annessa.

Il personale impiegato a ciascun padiglione ha l'obbligo di evitare che persone che visitano bambini infermi passino da un padiglione all'altro.

La sterilizzazione del latte in quest'ospedale si effettua in una grande caldaia di latta, nel cui interno evvi uno speciale sostegno forato per introdurre i fiaschi contenenti il latte secondo la miscela dell'Heubner (su cui appresso ritorneremo). Entro la caldaia si versa l'acqua e si lascia bollire a 105° per due volte e per un quarto d'ora la volta. I fiaschi sono chiusi secondo il modello di Soxhlet. La caldaia viene poscia tolta fuori, rapidamente raffreddata e mantenuta al fresco. Dalla caldaia poi al momento del bisogno vengono prelevati i fiaschi di latte necessari, che si fanno nuovamente riscaldare fino a raggiungere la temperatura normale del corpo.

La quota fissata per ogni giorno di degenza nell'ospedale è di marchi 1 per i lattanti e di marchi 1,50 per tutti gli altri.

La visita dei parenti dei bambini infermi nella stazione interna è concessa tre volte la settimana, il mercoledì, il sabato e la domenica, dalle 2 alle 3 pomeridiane. Tale visita nei padiglioni infettivi è anche concessa, ciò che trova una possibile ragione nel modo com'è costruito l'ospedale infettivo, dove, stante l'elevato livello delle finestre dal viale, i parenti non possono vedere i loro cari attraverso di esse.

Uno speciale regolativo per i cibi non esiste per l'ospedale dei bambini, essendovi solo una tabella per i cibi che vale per tutto l'ospedale della Charité. Su di essa il medico assistente segna giorno per giorno i cibi assegnati a ciascun bambino infermo.

Manca pure un museo anatomico-patologico proprio, giacchè tutti i bambini che muoiono vengono sezionati nell'istituto anatomico-patologico del Virchow, e quindi i preparati importanti vengono conservati nel museo del Virchow.

I diarii clinici usati nella sezione pediatrica interna sono del pari eguali a quelli adoperati in tutta la Charité. Di ogni bambino infermo ricevuto nell'ospedale si scrive il numero sotto cui è registrato, e poi il nome, l'età e la malattia di cui è affetto. Giornalmente si scrivono poi i sintomi clinici e la terapia. La divisione del foglio dove viene redatta la storia clinica non è neppure, come ebbe gentilmente a farmi notare lo Stabsarzt, delle più indovinate, in quanto che riserba un grande spazio per il paragrafo delle *annotazioni*, mentre non vi è spazio sufficiente per uno dei capitoli importanti di qualunque storia clinica, val dire per i dati delle osservazioni giornaliere. Naturalmente questo inconveniente viene evitato col segnare le osservazioni giornaliere in tale capitolo delle annotazioni.

La curva febbrile, il polso e le respirazioni sono segnate nella stazione interna con lapis a diverse tinte sopra una carta grafica. Ordinariamente i tracciati non si confondono, perchè essa è fatta in modo

che il tracciato della respirazione resti più al disotto, quello del polso capiti nel centro e al disopra di tutti venga quello della temperatura.

Nella stazione infettiva il tipo di questa seconda tabella è diverso, essendo quello adoperato nell'Istituto per le malattie infettive, cioè nei padiglioni infettivi del Koch. Esso è fondato sul principio che nelle malattie infettive evvi bisogno di osservare e notare maggiore numero di volte nella giornata la temperatura, gli atti respiratorii e i polsi.

Il prof. Heubner è l'autore di uno dei metodi proposti per la lattazione artificiale e che va sotto il nome di metodo Hoffmann-Heubner-Soxhlet (1). Esso, come gli altri congeneri, ha avuto di mira sempre lo scopo di ottenere nell'alimentazione artificiale un latte, di vacca il quale si approssimasse per valore nutritivo e composizione chimica al latte materno. Tale metodo consiste nell'aggiungere a 213 di latte di vacca un terzo di una soluzione al 12,3 % di zucchero di latte. Questa mescolanza contiene altrettante sostanze albuminoidi e zucchero di latte per quanto ne contiene il latte di donna. Il difetto in grasso, che corrisponde al 13 del contenuto in grasso del latte di donna, resta compensato da un equivalente di zucchero di latte, che per effetto di detta mescolanza viene a trovarsi in un eccesso rispettivamente a quello contenuto nel latte di donna. Questa sostituzione poggia sul dato che tutte le funzioni nutritive spiegate dai corpi grassi possono essere anche spiegate dalle sostanze zuccherine, e rispettivamente dallo zucchero di latte (e la proporzione consiste nel sostituire per ogni 1,32 % di grasso 3,19 % di zucchero di latte).

La caseina del latte di vacca così diluito diventa molto più facilmente coagulabile, per cui viene ad essere quasi completamente identica a quella del latte materno.

Questo metodo dell'Heubner di una mescolanza unica durante tutto il periodo della lattazione è stato attualmente così modificato nella sua clinica della Charité: Egli lascia preparare per tutti i lattanti una mescolanza di 2 parti di latte con una parte di mucilagine di farina di riso ottenuta facendo bollire 50 gr. di riso con un litro di acqua e aggiungendovi la necessaria quantità di zucchero, la quale consiste di due cucchiainate da tavola di zucchero per ogni quarto di litro di acqua. La differenza consiste adunque nella sola quantità della mescolanza da somministrarsi a ciascun bambino, secondo l'età dello stesso.

Sulla bontà di questo metodo dell'Heubner io non so esprimermi meglio che riferendo quanto dice l'Escherich, autore di un altro metodo (V. pag. 100 e seg.) ed il quale ne ha fatto la critica (2): Se aprioristicamente è vero che una determinata quantità di zucchero di latte possa sostituire una determinata quantità di grasso, ciò non è peraltro comprovato dalla clinica. L'importanza del grasso per la digestione ed il valore nutritivo del latte è difatti enormemente grande. Il Voit nella sua Fisiologia della nutrizione così si esprime: « Non è possibile col semplice albume rendere ricco un organismo di albume e di grasso; soltanto con l'aggiunta di grasso si deposita grasso e albume in maggiore quantità ». La natura stessa ha provveduto a questo bisogno, offrendo col latte un alimento eminentemente ricco di grasso e fornendo nel canale digerente del neonato, in quanto al rimanente molto disadatto e debole, un apparecchio già bene preparato alla digestione del grasso, che anzi l'utilizzazione del grasso da parte di esso è maggiore che nell'adulto. Se del resto un latte così diluito e povero di grasso non si può incolpare dei cattivi risultati che la nutrizione artificiale dà nelle prime settimane della vita del bambino, non è però affatto improbabile che il lento ascendere della curva del peso nei bambini nutriti nei primi mesi della vita rispettivamente a quella più rapidamente saliente dei bambini

(1) *Säuglingsmilch in Leipziger Festschrift*. 1891. — *Ueber Kuhmilch als Säuglingsernährung*. Vortrag gehalten auf dem VIII. internat. Hygienecongress in Pest. Berlin. klin. Wochenschr., 1894, n. 37.

(2) *Die Gärtner'sche Fettmilch, eine neue Methode der Säuglingsernährung*. Wien, 1894.

nutriti al seno materno sia almeno dovuto alla circostanza che il latte di vacca venga diluito e con questo metodo ridotto a un terzo e financo ad un quarto del suo contenuto di grasso normale; mentre gli stessi bambini artificialmente nutriti, allorchè la quantità del grasso viene aumentata per la maggiore somministrazione di tale miscela coll'aumentare dell'età del lattante, riprendono quel tanto di peso che la nutrizione così magra non aveva loro permesso di acquistare.

Il numero dei bambini curati nella policlinica dal 1° aprile 1894 al 31 marzo 1895 ascese a 2800; nelle varie stazioni dell'ospedale a 1187. La mortalità per difteria nei 220 primi casi curati col siero fu appena dall' 11,4 per cento.

L'assegno della clinica pediatrica è calcolato insieme con quello di tutti gl'istituti in dipendenza della Charité, per i quali in quest'anno fu destinato un capitale di marchi 1,439,500, cui si aggiunge un supplemento dal fondo generale dello stato di marchi 205,873.25 e di marchi 65,181.25 della cassa universitaria.

Il servizio medico ospedaliero è così ripartito:

Direttore dell'intero ospedale è il prof. Otto von Heubner, il quale riceve dallo stato lo stipendio di professore ordinario (6000 marchi l'anno).

Assistenti:

- 1° Assistente clinico: dott. Lohr, capitano medico (Stabsarzt), che come tale riceve lo stipendio militare di 4030 marchi l'anno con abitazione e vitto gratuiti.
- 2° Assistente scientifico, dott. Finkelstein, con 1200 marchi, senz'altro.
- 3° e 4° Due assistenti della Policlinica, il dott. Keyler con 900 e il dott. Müller con 600 marchi all'anno.

Inoltre vi sono due cosiddetti Unterärzte, uno nella clinica interna e l'altro nell'ospedale infettivo, i quali sono degli ufficiali medici che lo stato mantiene in ogni clinica in Germania a sue spese per completare la loro istruzione.

Il prof. Heubner detta le sue lezioni nei semestri scolastici tutti i giorni, eccetto i festivi, dalle 12-1 pom. sulla clinica e policlinica delle malattie dei bambini con presentazione d'infermi, e il lunedì di ogni settimana dalle 6-8 pom. tiene un corso pubblico di patologia infantile svolgendo per ogni semestre un capitolo a scelta.

Dei suoi assistenti i dott. Finkelstein e Keyler tengono dei corsi feriali mensili per i laureati.

*
*
*

Non vorrei che il lettore fosse ingannato ad attribuire all'Heubner se il suo ospedale non risponde ai concetti moderni della igiene di un ospedale infantile, perchè la fondazione della clinica pediatrica della Charité, come abbiamo notato nel proemio della nostra relazione, rimonta al 1830. È però con compiacimento che vogliamo qui notare come l'Heubner si sia già messo all'opera per dare a Berlino uua clinica pediatrica universitaria modello, e noi siamo fiduciosi che egli vi riuscirà, come vi è già riuscito per Lipsia. Così egli aggiungerà ancora una nuova e fulgida stella alla sua gloria di scienziato sommo e di benefattore instancabile.

*
*
*

L'Heubner fu scolaro del Wunderlich e studiò originariamente medicina interna. Nel 1876, avendo ottenuta la direzione della policlinica distrettuale di Lipsia, incominciò ad occuparsi con predilezione delle malattie dei bambini. Nel 1887 fu nominato professore ordinario onorario in Lipsia e fondò la

poli-clinica pediatrica universitaria; nel 1892 fu aperta la nuova clinica pediatrica da lui fondata e ne ebbe la direzione; nel 1894 assunse la direzione della clinica pediatrica universitaria di Berlino per il collocamento a riposo del celebre professore Henoch. Dopo 6 mesi di straordinario ebbe il titolo di ordinario alla fine dello stesso anno 1894.

La difteria è stato uno degli argomenti prediletti dell'Heubner. Egli per primo mise sullo attenti su di una forma di difteria larvata (1), che si osserva a preferenza negli ospedali in bambini defedati nella nutrizione per malattie croniche (rachitide, tubercolosi) ed i cui sintomi sono rappresentati da febbre, disturbo gastro-intestinale, scarso catarro nasale e bronchiale. Spesso non si suppone l'infezione, quando una stenosi laringea rapidamente insorgente la mette in evidenza, ovvero è soltanto la sezione necroscopica che fa constatare la pseudo-membrana specifica nella faringe o nella laringe. All'occasione di altri casi da lui posteriormente osservati egli mette in guardia per una diagnosi batteriologica precoce di essi, per potere attuare forse efficacemente così la sieroterapia (2).

L'H. è l'autore di un metodo rapido per la ricerca dei bacilli difterici (3), consistente nel prelevare coll'ago di platino un pezzo della membrana difterica dalla gola ed eseguendo collo stesso un preparato a secco sul covrioggetti: tra muco, pus e detrito si trovano dei nidi tipici di bacilli di Löffler se si tratta di difteria. Questo metodo, controllato dall'H. per mezzo delle colture, fu trovato sufficiente e quasi assolutamente sicuro per stabilire la diagnosi di difteria. Per facilitare di apprendere il processo della intubazione l'H. ideò uno speciale fantoma descritto nel « Jahrb. f. Kinderheilk. » XXXVI. Bd., 1893.

Sulla questione del valore della sieroterapia antidifterica l'H. può dirsi il primo che sia stato a parlare nel Congresso medico internazionale di Roma del 1894 riferendo i risultati da lui ottenuti nella clinica pediatrica di Lipsia; ma allora gli esperimenti erano ancora iniziali e incompleti, per cui l'H. dovette esprimersi con abbastanza riserva. Ma sui risultati successivi ottenuti nel riparto difterico della clinica pediatrica della Charité in Berlino egli tenne due comunicazioni, una nel 13° Congresso di Monaco e l'altra nella sezione pediatrica della 67ª Riunione dei naturalisti-medici tedeschi in Lubeca, in cui tale questione vitale fu da lui con vasta larghezza di vedute svolta a fondo insieme col Saltmann. Le importanti osservazioni e deduzioni furono poi da lui raccolte in un libro: « Klinische Studie ueber die Behandlung der Diphtherie mit Behring'schem Heilserum. Leipzig, 1895 », che è un'esposizione ampliata della comunicazione da lui fatta nel Congresso di Monaco. L'H. in questo lavoro ascrive le forme settiche della difteria più ad una speciale virulenza del bacillo difterico anziché ad un'infezione mista con streptococchi. Nel libro sono riferiti i primi 181 casi di difteria osservati nella clinica di Berlino con il 13 % di mortalità.

All'Heubner noi andiamo debitori delle prime ricerche anatomiche sulla difteria scarlattinosa (4), avendo egli dimostrato che nella scarlattina s'incontra più frequentemente che nella difteria la vera necrosi da coagulazione della mucosa. La differenza macroscopicamente consisterebbe che nella difteria le placche si possono più facilmente portar via e sono di una spessore maggiore, mentre nella scarlattina sono più sottili e si possono soltanto asportare sotto forma di tanti piccoli ceci. L'Heubner ha pure descritto una speciale angina a streptococchi (che egli chiamò *difteroide scarlattinosa* (5)), la quale

(1) *Ueber larvirte Diphtherie*. Deutsche mediz. Wochenschr., 1893, N. 50.

(2) Deutsche mediz. Wochenschr., 1894, N. 50.

(3) *Ueber Diphtherie*. Vortrag gehalten in der mediz. Gesellschaft zu Leipzig. Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medizin., CCXXXIV, 1892.

(4) Jahrb. f. Kinderheilk., XIV, Bd., 1871.

(5) *Two cases illustrating an important complication in scarlet fever*. Clinical lecture delivered at the Charité Hospital, Berlin.

costituisce quasi la più grave complicanza della febbre scarlattinosa, ed indicò per essa già sin dal 1881 la cura colle iniezioni di una soluzione di acido fenico al 3 %, con adatta siringa nei pilastri delle fauci, nel velo-pendolo e nelle tonsille invase dal processo. Questo metodo è attualmente adottato con successo da personalità come il Widerhofer e il v. Ziemmsen, il quale ultimo le ha estese recentemente anche alla cura delle tonsilliti acute.

In quanto alla rachitide l' H. la ritenne una malattia generale dell'organismo nel più ampio senso della parola (1) e non come una semplice affezione locale delle ossa; ciò tenendo conto dei sintomi e del fatto che l'organismo in genere è sempre chiamato in partecipazione. L' H. in un lavoro in cui riporta tutta la letteratura dei 50 casi fino allora noti (2) richiamò l'attenzione dei medici tedeschi su quella rara affezione dell'infanzia descritta per i primi da Cheadle, Barlow e Kenting e della quale era stata trascurata la trattazione anche nei libri di pediatria più recenti. Egli notò che la malattia colpisce a preferenza quei bambini nutriti per mesi con preparati di farine lattee, ciò che più tardi ebbe occasione di far notare più ampiamente il Baginski (v. pag. 24).

La nutrizione e le malattie del tubo digerente sono state un altro argomento prediletto degli studi e delle ricerche dell'Heubner. Egli portò la sua spiegazione sul modo di comportarsi degli acidi (acidi volatili, acido lattico e cloridico) nella digestione stomacale dei lattanti (3), un campo ancora poco studiato prima di lui, e sulla digeribilità della farina di amido nell'intestino dei piccoli lattanti (4), per i quali prima di queste sue ricerche chimiche se ne era sostenuta la indigeribilità. L' H. invece constatò che esso era un alimento molto digeribile dallo stomaco dei lattanti sofferenti di disturbi del tubo digerente, e per quanto riguarda le varie specie di farine egli diede la preferenza alla farina di riso su quella di grano, di cui risulta la farina latteata di Kufelke.

Abbiamo già menzionato il metodo per la nutrizione artificiale del lattante che va sotto il nome di Heubner-Hoffman-Soxhlet.

* Nel trattato di Terapia del Penzoldt e Stinzing (Vol. IV) è suo il capitolo sulla cura dei disturbi digestivi dell'età della lattazione, nel quale si rispecchia tutta l'esperienza e il contributo personale dell' Heubner. Nel trattato del Gerhardt è suo il capitolo sulla sifilide dei bambini.

Tra i contributi clinici più importanti menzioneremo i seguenti:

L' H. descrisse una speciale malattia (5) caratterizzata da infiammazione purulenta delle membrane sierose delle cavità del corpo e delle articolazioni con contemporanea localizzazione multipla, malattia che egli ascrisse ad un'infezione generale (avendo rintracciato negli organi interni numerosi micrococchi quasi sempre sotto forma di diplococchi) e che mise in dipendenza dell'alimentazione, in quanto che si trattava nel maggior numero dei casi di bambini che si trovavano nella prima infanzia (fino al 2° anno di vita).

Inoltre l' H. confermò l'esistenza di quella speciale forma morbosa descritta dal Pfeiffer col nome di febbre glandolare (6).

(1) *Allgem. klinisches Bild der Rachitis*. Jahrb. f. Kinderheilk., XXII Bd., pag. 179, 1884.

(2) *Ueber die scorbutartige Erkrankungen rachitischer Säuglinge*. ivi. Bd. 34, Heft 4.

(3) *Ueber das Verhalten der Säuren während der Magendauung des Säuglings*. Vortrag gehalten auf dem X. intern. med. Congress. in Berlin. 1890.

(4) *Ueber die Ausnutzung des Mehls im Darm junger Säuglinge*. Berl. klin. Wochenschr., 1895, N. 10.

(5) *Ueber eine multiple infectiöse Entzündung der serösen Häute im Kindesalter*. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F., XXI Bd., pag. 43.

(6) Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XXIX, 3. Heft, pag. 264.

L'aritmia cardiaca nei bambini (1) fu notata dall' H. che non si osserva soltanto e principalmente nella meningite tubercolare, ma in altre svariatissime affezioni. Con ciò egli corresse l'opinione da lui emessa alcuni anni prima, nel 1886, che l'irregolarità dei battiti cardiaci nei bambini fosse qualche cosa di raro in altri stati morbosi ad eccezione della meningite tubercolare.

L' H. fu il primo a richiamare l'attenzione e a descrivere la endoarterite luetica delle arterie cerebrali nei bambini (2), ed è noto come egli avesse precedentemente dimostrato che i territori corticali del cervello comunicano tra loro mediante piccole arterie, mentre le arterie basali rappresentano vere arterie terminali (3).

Recentemente l' H. descrisse una forma di setticemia dei neonati (4) decorsa coi sintomi della meningite cerebro-spinale in un bambino di 5 settimane, alla sezione del quale nei pus dei ventricoli laterali fu rinvenuto il bacterium coli in cultura pura. Questo caso si collega a quelli consimili descritti dall' Epstein, Sevestre e Czerny. L' H. crede di avere notato che il passaggio dei germi dal canale intestinale nel sangue sia contrassegnato dallo innalzamento della temperatura, per cui i bambini dapprima non febricitanti sono incolti dalla febbre.

La cura della meningite tubercolare e dello idrocefalo congenito colla puntione lombare alla Quincke trovò nell' Heubner un sostenitore; egli la raccomandò (5) sia come mezzo diagnostico e sia per ottenere un alleviamento, sebbene temporaneo, dei sintomi.

L' argomento dell'etiologia della meningite cerebro-spinale epidemica è stato poi studiato fondamentalmente dall' Heubner (6), avendo egli potuto riprodurre sperimentalmente nelle capre coll' iniezione nel sacco della duramadre di una cultura in brodo del diplococco capsulato del Weichselbaum (dimostrato pochi mesi prima dal Jäger come agente di tale infezione nel liquido estratto dalla puntione lombare) il quadro clinico e anatomo-patologico dell' infezione in parola. Il suo assistente dott. Finkelstein era pervenuto precedentemente col semplice esame del liquido di puntione a confermare in due casi la scoperta del Jäger (7).

I volumi 36, 38 e 43 del « Jahrbuch f. Kinderheilkunde » contengono una numerosa serie di lavori della scuola dell' Heubner, i primi due della scuola di Lipsia, l'ultimo di quella di Berlino. Tra i lavori dell' ultimo volume son degni massimamente di nota quello del dott. Lohr sulle ricerche di immunizzazione contro la difteria (tale immunità colle iniezioni preventive di siero avrebbe una durata minima di 2-3 settimane), le ricerche del dott. Bendix sul ricambio materiale dei lattanti e il lavoro del dott. Finkelstein sulla colicistite dei lattanti, in cui riconferma la frequenza relativa di questa affezione in tale età, come aveva pel primo dimostrato l' Escherich (v. pag. 104). Infine lo stesso Finkelstein comunicò recentemente nella società di medicina interna di Berlino (8) di aver trovato come

(1) *Ueber Herzrhythmic im Kindesalter*. *Zeitschr. f. klin. Medicin.*, XXVI. Bd., pag. 5 e 6.

(2) *Die luetiche Erkrankung der Hirnarterien nebst allgem. Erörterungen zur normalen u. pathol. Histologie der Arterien, sowie zur Hirncirculation*. Leipzig, 1874.

(3) *Zur Topographie der Ernährungsgebiete der einzelnen Hirnarterien*. Orig. Mittheil. *Centralbl.*, 1872, pag. 817.

(4) *Ueber septische Infectionen im Säuglingsalter*. *Berl. klin. Wochenschr.*, n. 27, 1895.

(5) *Die Lumbalpunktion nach Quincke*. Vortrag gehalten in der Gesellschaft der Charitéärzte. *Berl. klin. Wochenschr.*, N. 14, 1895.

(6) *Beobachtungen u. Versuchen ueber den Meningococcus intracellularis* (Weichselbaum-Jäger). *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. XLIII, 1896, pag. 1.

(7) *Zur Aetiologie der Meningitis cerebro-spinalis epidemica*. *Charité-Annalen*. XX. Bd.

(8) *Zur Aetiologie der folliculäre Darmentzündungen der Kinder*. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1896, N. 38 e 39.

fattore della enterite follicolare uno speciale bacillo simile al bacterium coli, da cui se ne distingue però sia per caratteri culturali, come per la proprietà negli animali da esperimento di agire come un marcato agente suppurativo, con scarsa tendenza all'infezione generale.

L'Heubner, lo Steffen di Stettino e il Wilderhofer di Vienna sono direttori del *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, che, apparso nel 1858, è giunto attualmente al 43° volume.

ELISABETH - KINDER - KRANKENHAUS.

È il terzo ospedale per i bambini esistenti in Berlino e che sta sotto il protettorato dell'attuale Imperatrice Augusta Vittoria. L'ospedale, situato completamente a sud della città, conta ormai 54 anni circa di esistenza, essendo stato aperto il 14 aprile 1843.

Allorchè fu inaugurato però non disponeva che di sei letti, mentre oggidì ne dispone di ben 92. Esso sorse dapprima in un'abitazione alla Wilhelmstrasse, 133. In seguito e per il numero crescente dei bambini che chiedevano ricovero e perchè nuove e cospicue somme vennero a soddisfare i bisogni crescenti, nell'ottobre dello stesso anno 1843 fu acquistato il primo piano di un edificio situato alla Pionierstrasse in vicinanza dell'Hallesches Thor, e fu soltanto nel 1887 che l'intero l'edificio potè essere acquistato e utilizzato agli scopi di un ospedale infantile. Durante tutto questo periodo di tempo per le richieste sempre crescenti i letti furono aumentati progressivamente a 20, 40 e 60.

Il 21 marzo 1887 venne finalmente inaugurata la sede attuale dell'ospedale alla presenza dell'imperatrice Augusta Vittoria.

Alla fine di giugno 1890 fu poi aggregato all'ospedale come filiale estiva un ospizio in Colberger Deep, un piccolo villaggio situato alla sponda dell'Ostsee, il quale può accogliere trenta bambini convalescenti dai 5 ai 12 anni e 12 a 14 adulti, dove essi restano per cinque settimane. Fino al 1893 vi erano stati ricoverati ben 170 bambini.

L'ospedale attuale situato alla Hasen Heide, a poca distanza dal grandioso ospedale am Urban, è diviso dalla strada mercè una ringhiera in ferro e un ampio viale con giardinaggio. Esso si compone di un edificio principale, al cui lato ovest è annesso un altro piccolo edificio destinato alla policlinica, all'abitazione del medico e del portiere, come pure a contenere alcune stanze per le malattie infettive che si sviluppano nell'ospedale istesso e i vani destinati all'economia domestica. All'estremo limite est vi è la cappella con la stanza per le sezioni.

L'edificio principale, che consta di un pianterreno e due piani superiori, ha un aspetto artistico, ed è costruito con mattoni di rivestimento e pietra arenaria. Entrando al pianterreno per la porta principale si accede nei vani per l'economia domestica, la cucina, la stanza da pranzo e una quantità di stanze da letto per le suore, l'ufficio di ricezione e posteriormente una grande sala da oratorio. Al piano superiore evvi la stanza di operazione al davanti preceduta da una piccola stanza fornita di una vetrina contenente i medicamenti più necessari, e alcune stanze da letto per le suore. All'oratorio del pianterreno corrispondono rivolti verso il lato sud alla libera campagna degli atrii aperti, che vengono nella buona stagione adibiti anche per portarvi i bambini infermi nei propri letti nelle ore alte del giorno.

Le stazioni per gli infermi ben aereate e più che sufficientemente provviste di luce sono in numero di cinque situate al primo e secondo piano, ad ambo gli estremi dell'edificio, con 20 e rispettivamente 16 letti ognuna, cosicchè in tutto vi è posto per 90 a 92 bambini. Ogni stazione risulta di una sala con 14 e di un'altra con 6 letti. Inoltre vi è una stanza di trattenimento (cosidetto Ta-

gesraum) fornita di stipetti con gli utensili necessari alla cura degl'infermi; inoltre una stanza da bagno con cesso, un vano per asciugare la biancheria e una fossa per gettare la biancheria sporca, attraverso la quale essa arriva da tutti i piani del fabbricato in un sotterraneo chiuso.

Per ogni letto si calcolano per un'altezza di 4 metri circa 28 ccm. di aria.

I cibi mercè un ascensore sono condotti su dalla cucina che sta nel sotterraneo del fabbricato ai piani superiori.

Nel caso che insorga una malattia infettiva in queste stazioni, l'isolamento si può stabilire momentaneamente in modo molto semplice, perchè le tre stazioni che giacciono al lato est possono venir separate dalle altre col chiudere una scala speciale che ad esse conduce; oltre che, come vedremo appresso, questi casi possono trovar ricovero nelle stanze che abbiamo già menzionato essere a ciò destinate nell'edificio più piccolo.

Questo secondo edificio è diviso dal principale per mezzo di un viale di circa 10 metri di larghezza ed è anch'esso a due piani; il secondo piano è stato elevato però nel 1891. Vi è un vano per la policlinica con sala di aspetto, l'abitazione del medico assistente, del portiere e del giardiniere, inoltre la lavanderia con apparecchi che funzionano splendidamente, l'abitazione di un inserviente e uno stenditoio per asciugare i panni lavati. Inoltre vi sono al primo piano tre stanze per isolare i casi infettivi che scoppiano nell'ospedale, capaci in tutto di una ventina di letti, ma poco adibite; difatti allorchè visitai l'ospedale non vi erano in cura che due casi di pertosse già in via di guarigione. Esistono poi al secondo piano delle stanze che non sono ancora adibite per mancanza di bisogno. Nelle cantine vi è l'apparecchio per la sterilizzazione a vapore di acqua bollente.

Tutti i mobili nelle stanze degl'infermi sono semplici, di legno di pino verniciato o di quercia ebanizzata. I letti sono di ferro provvisti di elastico a spirale metallica, con spalliere laterali abbassabili. I materassi sono di crini di cavallo. Al disopra di essi è disteso un lenzuolo col solito strato di stoffa impermeabile per i bambini più piccoli. Due coperte, una di lana e una di piume, sono destinate: ad ogni letto ed una coltre per i piedi. I cuscini sono di crini e di piume, e questi ultimi vengono collocati a preferenza sotto il dorso di quei bambini obbligati a restare sempre in posizione supina. A capo del letto vi sono panni per lavarsi, fazzoletti, panni di lana ed una spazzola per i denti.

Le tabelle, su cui sta il nome, età, data della ricezione e malattia del bambino, sono scritte con inchiostro su un cartoncino bianco rettangolare, che sta inquadrato entro una cornice di ferro; ciò per evitare, come spesso ho avuto a constatare altrove, che i bambini si divertano a cancellare lo scritto, come avviene allorchè esso è fatto col gesso su lavagna o su legno dipinto in nero.

Su una delle pareti della stanza è appesa una lampada da notte (Lunholz-Ventilationslampe), molto comoda per qualunque urgenza notturna.

La temperatura si segna sopra una tabella divisa in quadretti, e si suole misurare due a tre volte al giorno; nei casi di tifo ogni tre ore.

Non esiste uno speciale regolativo per i cibi. Ho potuto però sapere dalla suora superiora che i bambini non sofferenti cogli organi digerenti ricevono d'ordinario cinque pasti al giorno così distribuiti: 1° pasto al mattino: caffè di ghiande e latte, pan bianco; 2° pasto, colazione: brodo con uovo, poi una tazza di latte o di cacao di ghiande e per lo più carne di manzo finemente tagliuzzata; 3° alle 12 meridiane, pranzo: zuppa di brodo con grano mondato, zuppe di latte e i più grandi due volte la settimana legumi, birra e vino ungherese; 4° alle 3 pomeridiane: latte e caffè con pane bianco; 5° alle 6 pomeridiane: zuppa di latte con pane bianco.

Il riscaldamento, essendo stato già abolito fin dal 1883; quello con le stufe in ferro, si verifica oggi secondo il sistema ad acqua calda introdotto da David Grove, e fin oggi esso ha reso sempre buoni servigi. La conduttura e lo scarico dell'acqua in tutto l'ospedale è in connessione con il sistema di canalizzazione generale della città.

È degno di menzione l'apparecchio per ottenere i bagni salini introdotto secondo i dati forniti dal dott. Siegmund, mediante cui è reso molto agevole preparare al bambino il bagno salino al momento del bisogno.

Nell'ospedale sono ammessi bambini da 1 1/2 a 12 anni compiuti, di qualunque religione e affetti da malattie sia mediche che chirurgiche, escluse le infettive e i bambini epilettici e dementi. Solo in casi speciali vengono accolti bambini al disotto di 1 1/2 anni, cioè soltanto quando hanno bisogno di una cura chirurgica. I bambini pagano marchi 1,25 al giorno, ma costano all'ospedale 1,75. Naturalmente, non essendovi lattanti, vi è poco bisogno di aver latte sterilizzato; nondimeno necessitando si suole sterilizzarlo un'ora a 100° per i più piccoli e 1 1/2 ora per i più grandi nell'apparecchio di sterilizzazione a vapore e nelle bottiglie di Soxhlet.

Le biancherie sporche vengono sterilizzate nello stesso apparecchio di sterilizzazione a vapore e poscia lavate.

Nell'ospedale abbondano i casi di scrofola, tubercolosi e carie ossea; ciò perchè è canone fondamentale dello statuto dell'ospedale di mantenersi i bambini anche per parecchi anni quando il loro stato è senza speranza.

Questi casi di malattie croniche, lunghe, noiose non offrono interesse per gli altri ospedali della città. Ecco perchè tante di queste povere creature sventurate, le quali hanno bisogno di cure amorevoli e pazienti, trovano in quest'ospedale spesso per lunghi anni quelle cure disinteressate ed affettuose che richiedono la gravità della loro malattia. Che se pure esse per lo più non raggiungono la desiderata guarigione, anzi molto spesso dopo lunghe sofferenze finiscono col perire del loro male incurabile, tuttavia trovano in quest'ospedale quell'alleviamento alle loro sofferenze, quelle premure e quell'affetto che invano spererebbero e nelle case dei loro parenti affranti dalla miseria, e tanto meno in altri ospedali, dove si è solito mandar via dopo un certo tempo gli ammalati cronici, che creano un ristagno nel movimento ospitaliero. Da questo punto di vista l'istituzione non potrebb'essere più benefica e più proficua. Naturalmente da ciò deriva che la cifra annuale degl'infermi curati è molto ristretta relativamente al numero dei letti di cui si dispone. La cifra dei ricoverati dal 1° aprile 1892 al 31 marzo 1893 fu di 368, con una media giornaliera di 78 bambini degenti nell'ospedale. Nella policlinica generale furono curati oltre 4000 bambini e in quella per le malattie d'occhi 1100 bambini. Nel periodo dal 1° aprile 1894 al 31 marzo 1895 furono in cura nell'ospedale 338 bambini con una media giornaliera di 80 degenti nell'ospedale: nella policlinica furono curati 6407 bambini, e la policlinica per le malattie oculari fu frequentata da 917 infermi. Piccole epidemie di morbillo, pertosse, scarlattina e difteria sono state sempre subito domate coll'inviare i bambini nelle stanze d'isolamento annesse all'edificio secondario, ma molti di questi bambini perirono, specie nell'anno 1893-94, in cui dominò una grave epidemia morbillosa (su 21 casi 7 morti).

Uno sguardo complessivo dei bambini curati nei tre diversi edifici dal 1843-93 mostra una cifra di 5025 bambini, di cui guariti il 65 %, migliorati o rilasciati senza alcun miglioramento il 13,5 %, morti il 19,8 %.

Direttore medico dell'ospedale senza stipendio (ricevendo soli 300 marchi l'anno per spese di trasporto) è il dott. Gorges. Vi è in tutto l'ospedale un solo assistente ordinario, che si rinnova ogni anno, con lo stipendio di 500 marchi l'anno, alloggio e vitto compreso, e alcuni assistenti volontari gratuiti. Il direttore fa le visite nell'ospedale dalle 12 all'1 pom. e tiene insieme coll'assistente ordinario e i volontari la policlinica tutti i giorni.

LIP S I A .

NEUES KINDERKRANKENHAUS.

In questa città esiste un unico ospedale per le malattie dei bambini di recente costruzione, la « Neues Kinderkrankenhaus », creato sotto l'iniziativa e con quell'ardore e quella costanza che a questa nobile e santa istituzione seppe dare il prof. Heubner, il quale, come si è già detto, per oltre venti anni fu professore di questa clinica pediatrica, e nel 1894 fu chiamato a reggere la cattedra di Berlino.

L'ospedale fu aperto al pubblico il 6 dicembre 1891. Situato ad est della città, alla Platzmannstrasse, in vicinanza della Eulenburger-Bahnhof, punto della città che adesso comincia ad essere discretamente popolato, misura un'area di circa 9000 mq., è circondato da strade da tutti e quattro i lati, dispone di circa 130 a 140 letti, e rassomiglia molto da vicino per la costruzione, ma in tipo alquanto rimpicciolito, all'ospedale Imperatore e Imperatrice Federico di Berlino.

L'intero ospedale risulta di un edificio principale e di due altri edifici più piccoli destinati l'uno alla scarlattina e l'altro alla difteria. La stazione infettiva non si è potuta separare che per poco spazio dalla non infettiva. Del resto si è ovviato nel miglior modo possibile agli inconvenienti derivanti da questa sfavorevole posizione col fare sì che ambedue le stazioni possano da diversi lati aver accesso nei locali, coi quali ambedue le stazioni debbono necessariamente stare in rapporto (cioè colle sale di ricezione degli infermi e colle stanze destinate all'economia domestica dell'ospedale), evitando così il contatto immediato delle stazioni infettive fra loro e colle non infettive. Un passaggio pensile coperto di tavole e senza porta mena dal riparto destinato alla ricezione a quello per la economia domestica, il che impedisce anche il rapporto delle inservienti delle due specie di stazioni tra loro nel giardino.

Tutti gli edifici sono separati dalle strade adiacenti a mezzo di mura e di giardinaggi, ad eccezione del riparto per la ricezione e per l'economia domestica.

Policlinica. — Dalla strada si accede direttamente in un atrio abbastanza a spazioso ricovero a lastre e provvisto di persiane per la debita aereazione e dove durante l'ora della policlinica possono fermarsi le carrozzine che trasportano i bambini alla consultazione. A destra vi è l'abitazione del portiere e lo ufficio di amministrazione, a sinistra vi sono due piccole sale per esaminare i bambini affetti da morbi infettivi. Dirimpetto e a sinistra esiste la sala di aspetto generale della policlinica, da cui si entra a sinistra nella sala ove si tengono le consultazioni. Una divisione degli infermi si effettua solo mediante la stanza dov'è la cattedra, situata a destra della sala di aspetto, costruita ad anfiteatro e capace di oltre 100 posti. A destra della cattedra vi sono le sale per il direttore dell'ospedale e per le ricerche chimiche e microscopiche degli assistenti alla policlinica.

Il pavimento di questo pianterreno è di terrazzo, i corridoi di linoleum disposto sopra suolo battuto di gesso, le pareti dipinte a colore smaltato.

La ricezione degli infermi si verifica in modo che quelli non affetti da malattie infettive prendano anzitutto un bagno in una piccola stanza annessa all'ufficio di ricezione. Avvolti poscia in un panno vengono condotti, lungo il passaggio di comunicazione coperto già menzionato, all'edificio principale.

I bambini invece affetti da morbi infettivi aspettano in una delle piccole sale di aspetto e per lo stesso passaggio coperto sono condotti nella stazione infettiva a loro destinata.

Vi è altresì una porta speciale dalla strada per l'entrata degli studenti, la quale attraverso il passaggio descritto conduce all'aula delle lezioni.

N.B. *Gran parte delle notizie relative alla descrizione dell'ospedale sono attinte dalla pubblicazione dell'HEUBNER: Das neue Kinderkrankenhaus zu Leipzig. Jahrb. f. Kinderk., XXXVI-Bd., 1893, pag. 1 a 18.*

Quarantena. — In corrispondenza della porzione centrale del reparto destinato a pianterreno alla ricezione trovasi al primo piano la quarantena o stazione di osservazione, la quale offre tre stanze separate da pareti di vetro, come nella corrispondente stazione dell'ospedale infettivo per bambini della Charité di Berlino, ed una stanza da bagno.

Edificio principale. — L'edificio principale destinato ad accogliere i casi di malattie interne o chirurgiche risulta di due ale, una longitudinale e una trasversale ovest, non essendo ancora stata edificata l'ala est stabilita nel progetto, ed è costruito ad un pianterreno e due piani superiori. L'edificio è disposto in modo che ad una costruzione centrale con corridoio si svolge da un lato e dall'altro un'ala laterale senza corridoio. Quest'ultima risulta in tutti i piani di tre sale, una al centro, che è la stanza di trattenimento — *Tagesraum* — e due grandi sale per gl'infermi, ai lati. Tutte le sale sboccano in un corridoio trasversale, che rappresenta la continuazione del corridoio longitudinale della costruzione centrale. Le sale degl'infermi, oltre ad essere così illuminate per bene da tre lati e oltre a stare nella migliore comunicazione con tutto l'edificio, sono però facilmente isolabili ciascuna per proprio conto in caso di scoppio d'infezione in una di esse. I e sale di trattenimento servono per i convalescenti, ed in ogni piano ad esse corrisponde una veranda, dove nell'estate i letti possono essere trasportati per dormirvi; però la disposizione di tali verande è a sud, non a nord, come dovrebbe, per cui sono esposte alle cocenti irradiazioni solari.

Tutto l'edificio principale dispone di 65 a 70 letti, di cui solo nell'ala ovest possono esserne compresi circa 55. La sala a nord a pianterreno è utilizzata come sala di operazione. La sala a nord al 2° piano è utilizzata per la pertosse. La sala a sud a pianterreno e quella corrispondente al 2° piano costituiscono il riparto chirurgico; la sezione medica è formata da ambedue le sale del 1° piano.

La costruzione mediana contiene in tutti e tre i piani piccole e grandi stanze isolate prospicienti al sud sia per l'isolamento di casi sospetti e sia delle stanze a pagamento. È questa una provvida istituzione che ho trovato solo in questo ospedale e nell'ospedale Sant'Anna di Vienna tra tutti quelli da me visitati e che permette dietro il pagamento di marchi 15 al giorno la ricezione in una stanza con due letti del bambino infermo con la madre. Anche altrove, cioè nell'*Hanner's Kinderspital* di Monaco, come diremo a suo tempo, esistono delle stanze a pagamento nelle stazioni infettive, ma per i soli bambini, giacchè si è sperimentato che i bambini sono irrequieti nell'ospedale allorchè hanno presso di loro la propria madre. Quanto in ciò vi sia di esagerato non vogliamo qui entrare a discutere.

Un riparto speciale della stazione interna è destinato per raccogliere i lattanti. Esso è capace di 15 letti in due stanze, in una delle quali vengono ricevuti i casi di pemfigo; in caso di bisogno, allorchè è vuota di lattanti, si utilizza per i casi di vulvovaginite.

L'eresipela e il tifo vengono isolati nella stanza di trattenimento, e così pure la scabbia e le forme impetiginose dell'eczema.

Due stanze al pianterreno sono inoltre destinate alla cura e alla ginnastica ortopedica e son provviste quindi degli apparecchi più importanti.

Ogni piano contiene (oltre le cinque stanze isolabili) due stanze da bagno e una piccola scialletta, che serve in caso di bisogno per isolare una delle grandi sale. Le camere degli assistenti e delle suore sono al 2° piano.

Il pianterreno di questo edificio principale è dappertutto di terrazzo, mentre gli altri due piani hanno pavimento di legno di quercia. I corridoi hanno pavimento battuto di gesso con copertura di linoleum, e le pareti sono dipinte precedentemente con una mano di calce e poi con colore a smalto.

Un sotterraneo corrisponde solo alla costruzione centrale, ed in esso si trova l'apparecchio per riscaldamento centrale dell'edificio principale e del riparto destinato alla ricezione.

Le cucina e la lavanderia si trovano al pianterreno, e al primo piano sonvi le stanze per le inservienti e il vano per asciugare le biancherie.

A nord della cucina vi è una rampa, dove le inservienti delle stazioni infettive vengono a prelevare i cibi. L'edificio principale invece preleva i cibi dal lato sud della stessa cucina.

La quantità di luce sufficiente e la libera circolazione dell'aria vengono oltre che dalla favorevolissima posizione dell'ospedale beneficamente influenzate altresì dal fatto che sulla porzione centrale del reparto destinato alla ricezione è costruito un sol piano, e la porzione centrale del reparto per l'economia domestica è soltanto a pianterreno, essendo elevate le sole ali laterali.

Stazione infettiva. — Alla stazione infettiva, che occupa l'area nordica, appartengono il padiglione per i difterici e quello per gli scarlattinosi; manca ancora quello per i morbillosi, che era stato designato pure nel progetto, ma è conservata l'area per costruirlo non appena vi saranno i fondi necessari. Anche il padiglione della difteria è incompleto, mancandovi un'ala. I due padiglioni sono sempre costruiti sul tipo dello edificio principale adoperando i mattoni rossi, evitando tutti gli angoli morti e quelli in cui non si potesse esplicare nel modo più completo l'azione benefica della luce e dell'aerazione.

Il concetto che ha dominato la distribuzione delle sale è stato il medesimo di quello che ha informato la costruzione dell'edificio principale, esistendo in ciascun padiglione due grandi sale illuminate da tre lati e tra loro una grande e chiara stanza di trattenimento.

A) *Scarlattina.* — Questa stazione è soltanto a pianterreno, cosicchè è costruita piuttosto sullo stile di una baracca. Le due sale per infermi di cui risulta sono capaci ognuna di 10 a 12 letti. La stanza di trattenimento per convalescenti presenta una veranda. In questo padiglione sonvi tre stanze a pagamento per madre e bambino con i gabinetti corrispondenti per bagni, cucina per mantenere in caldo i cibi — cosiddetta Theeküche — e cessi a valvola a sistema inglese.

Il pavimento della stazione è di terrazzo con pareti dipinte a colore smaltato. Le due grandi sale hanno ventilazione dalla tettoia. Nelle singole stanze a pagamento la ventilazione si effettua mediante ventilatori affluenti situati sotto le finestre, mentre i tubi di efflusso sono situati sulle pareti.

Il riscaldamento si opera nelle grandi sale dal pavimento mediante tubi riscaldanti di rinforzo e nelle singole stanze a pagamento mediante tubi a nervatura situati alle pareti delle finestre.

In un periodo di bisogno fu chiusa la porta di comunicazione tra la stanza di trattenimento ed una delle sale e furono aperte due porte al lato corto di ogni sala al sito dove esisteva la finestra per utilizzare una delle sale per i morbillosi, e non si ebbe a constatare nessun trasporto di contagio.

In tutto le due grandi sale e le stanze private possono contenere circa 30 letti. Le inservienti e le suore infermiere di questo padiglione dormono attualmente in esso, ciò che non era prima, in cui tutte dormivano, sebbene in camere perfettamente separate, nel padiglione dei difterici.

B) *Difteria.* — La stazione dei difterici differisce da quella degli scarlattinosi, essendosi voluto per le maggiori possibili richieste creare maggior numero di stanze a pagamento.

È stata fin oggi edificata una sola ala laterale, come si disse, ed una costruzione centrale. Quest'ultima presenta un pianterreno e due piani superiori, mentre l'ala laterale è a solo pianterreno, sicchè esiste in tale stazione la combinazione del padiglione con la baracca.

La sala per i difterici ha spazio sufficiente per 12 a 16 letti, ha similmente pavimento di terrazzo e le pareti dipinte a colore a smalto. Verso il corridoio ove sbocca la sala vi sono due piccoli gabinetti per ammalati di croup, i quali possono mediante rubinetti situati sulla condotta d'acqua calda essere riempiti di vapore d'acqua calda in pochi minuti. Al rubinetto è annesso anche un apparecchio per poter polverizzare insieme col vapore liquidi medicamentosi. La superficie interna delle porte di questi gabinetti è ferrata e smaltata. Queste stanze corrisposero molto bene nei primi tempi del loro funzionamento per mantenere i piccoli tracheotomizzati in un'atmosfera umida a temperatura piuttosto elevata, ma oggidì non sono più in funzione, essendosi smesso l'uso delle fumigazioni nel croup in tale clinica, mentre esse vengono praticate ancora in quasi tutti gli altri ospedali. Se sia

questa la ragione non ultima, cioè il fatto dell'essere la cura locale limitata alle semplici pennellazioni in gola (affidando quasi tutto all'efficacia del siero) che mantiene alquanto elevata la percentuale della mortalità per difteria in quest'ospedale (ancora al 20 per cento nel 1895), mentre dal Baginski si è discesi all'11 per cento nello stesso anno e dall'Heubner all'11,4 per cento, è una domanda che sorge spontanea.

Un inconveniente che esiste al pianterreno di tale padiglione si è che il corridoio sbocca direttamente nella sala e non ha finestre laterali, come ai piani superiori, per cui è poco aereato ed illuminato. Quest'inconveniente si è limitato trasformando in un atrio aperto la stanza di trattenimento che gli è posta di fronte, e che si può facilmente chiudere d'inverno. È vero però che, nei periodi di sovrabbondanza di materiale, questo atrio, che è abbastanza largo, venne utilizzato come sala d'infermi, ed ha corrisposto molto bene.

Ai lati del corridoio si trovano i cessi a valvola, le stanze da bagno e le stanze per il personale di servizio. A destra della scalinata dietro il corridoio vi è una piccola stanza fornita di tutto l'occorrente per eseguire la intubazione e la tracheotomia. A sinistra evvi la stanza per la disinfezione sia dei medici e sia dei visitatori, con le vesti speciali da indossare e i liquidi disinfettanti per le mani, i capelli e la barba. Inoltre esiste tutto l'occorrente per il lavaggio dei vasi da bere e da pranzo dei bambini ricoverati nel padiglione; da ultimo l'apparecchio di sterilizzazione per il materiale di medicatura.

Ai due piani superiori vi sono 10 stanze a pagamento con i letti rispettivi pel bambino e per la madre, inoltre l'abitazione del medico del riparto infettivo e le stanze per le suore infermiere.

Il pavimento è sempre di *terrazzo*, le pareti dipinte a smalto.

Il riscaldamento in tutti i piani avviene mercè i tubi a nervatura collocati al disotto delle finestre. Mediante un canale che attraversa la parete, l'aria esterna circola nel mantello che riveste e circonda i detti tubi, e penetra così riscaldata nella stanza. Invece nella grande sala dei diferici a pianterreno il riscaldamento avviene dal pavimento.

Nella stazione in complesso vi è posto per 30 a 35 letti, compresi quelli delle sale a pagamento, e per circa 50, se includiamo anche la stanza di trattenimento trasformabile in caso di bisogno in sala d'infermeria.

Per la disinfezione e le sezioni necroscopiche è eretto un piccolo edificio all'angolo nord. In esso vi è il vano per l'apparecchio di disinfezione di Buddeberg con la stanza per l'impiegato addetto. Poi vi è la cappella con la cella mortuaria, la camera delle sezioni, due stanze per le ricerche chimico-batterologiche, sotto le quali nel sotterraneo evvi la ghiacciaia.

Da questo edificio si passa in un cortiletto, ov'è un casotto per tenere gli animali da esperimento.

Tutti gli edifici sono costruiti in mattoni rossi con pietre di rivestimento ricoverti di ardesia, e sono tra loro congiunti mediante viali lastricati. Tutto lo spazio esente da costruzione è adibito a giardinaggio.

Il riscaldamento si effettua mediante due stabilimenti centrali, uno collocato nel sotterraneo dell'edificio principale e l'altro nel sotterraneo della stazione difterica, ognuno fornito di quattro grandi caldaie. La cucina e la lavanderia hanno riscaldamento proprio coi focolai e rispettivamente colle stufe.

È stato scelto il sistema di riscaldamento a vapore sotto pressione con regolarizzazione per conto proprio secondo Bechem e Post.

Inoltre in una caldaia più piccola mediante il vapore proveniente da una delle quattro grandi caldaie viene attuata la preparazione dell'acqua calda, la quale mediante uno speciale sistema di tubi circola negli edifici cui è destinato questo stabilimento di riscaldamento centrale. Dalle grandi caldaie si dipartono i grandi tubi protetti dalla dispersione del calore mediante involuppo di argilla messa in opera, le cui ramificazioni laterali arrivano nelle grandi sale ai diversi piani.

Il primo stabilimento centrale provvede di calore l'edificio centrale e il reparto per la ricezione. Le sale degl' infermi ricevono il riscaldamento dal pavimento (secondo la mostra dell' Eppendorfer-Krankenhaus di Amburgo), il quale si opera in tal guisa: Camere riscaldanti completamente chiuse giacciono sotto le lamine di terrazzo del pavimento, in cui decorrono i tubi sotto forma di giri serpentine, entro i quali circola il vapore riscaldante. Inoltre le sale a pianterreno posseggono ancora una stufa sotto forma di un doppio sistema di tubi a nervatura con mantello, al quale mediante uno speciale canale murato a tenuta d'aria vien condotta l'aria esterna pura perchè sia riscaldata e penetri così nelle sale. Ambedue le qualità di riscaldamento (dal pavimento e coi tubi riscaldanti) si possono attuare separatamente l'una dall'altra, ciò che è incondizionatamente necessario nei mesi primaverili e autunnali.

Le grandi sale dei piani superiori vengono riscaldate mediante un sistema a doppia tubulatura, che decorre in giro alle quattro pareti delle sale e al disotto delle finestre ed entro il quale il vapore circola. In ogni sala vi è un rubinetto dove incomincia il sistema di conduttura provvisto di una chiave tenuta dalla suora superiore di ogni sala, che permette di regolare secondo il bisogno l'entrata del vapore che deve circolare nel sistema di tubi.

Le singole stanze dell'edificio principale, come pure tutti i vani del reparto per la ricezione vengono convenientemente riscaldati con tubi a nervatura situati per lo più sotto le finestre e circondati da adattati mantelli. La regolarizzazione del calore si verifica in guisa che i corpi riscaldanti sono chiusi entro i mantelli con casse rivestite di feltro, le quali possono mediante una guida a catena dal difuori essere variabilmente aperte o chiuse, acciocchè l'aria calda che circonda i corpi riscaldanti possa penetrare a volontà ora in maggiore ora in minore quantità nella stanza. In diretta connessione esiste una disposizione per la ventilazione, la quale rende possibile che aria esterna sempre fresca possa circondare i corpi riscaldanti e di là riscaldata penetrare nella stanza.

Il secondo stabilimento di riscaldamento centrale a vapore è destinato alla stazione difterica, alla scarlattina e più tardi servirà anche al morbillo, allorchè sorgerà questa stazione.

Le grandi sale di ambedue le stazioni infettive possiedono il già descritto riscaldamento dal pavimento con tubi a nervatura, mentre tutti gli altri singoli vani sono provvisti di corpi riscaldanti sotto le finestre. La temperatura è abbastanza ben regolata in ciascun edificio centrale dall'impiegato addetto. Un apparecchio a soneria elettrica è adattato all'apparecchio regolatore, e trovasi nella stanza dell'impiegato addetto; ciò per il servizio notturno, avvisando la soneria l'impiegato allorchè la temperatura nelle sale degl' infermi sorpassa i limiti voluti. È una precauzione molto da raccomandarsi.

La ventilazione è stabilita nel modo più semplice: Ad ogni piano si trovano i ventilatori che per mezzo degli ordinarii canali conducono entro le mura, e questi ultimi terminano sopra il tetto. Essi servono a condurre l'aria nelle stanze durante l'estate e a cacciarla via durante l'inverno; in inverno anzi restano d'ordinario chiusi.

La ventilazione si attua principalmente per le finestre, in quanto che basta l'apertura per breve tempo di due o più valvole alle finestre situate l'una di fronte all'altra per introdurre una gran quantità di aria fresca. Poichè inoltre non esistono doppie finestre, così anche a finestre chiuse non manca d'inverno una ventilazione continua sufficiente, come fu potuto constatare da ripetute prove nelle sale degl' infermi e anche in quella dei lattanti.

I due terzi inferiori delle finestre sono costituiti da due ali, le quali sono tenute costantemente chiuse e si possono aprire soltanto con chiavi che tiene in custodia la superiore. Il terzo superiore è invece a valvola, e può mediante una speciale leva essere agevolmente aperto dal basso.

Molto comoda e raccomandabile è la disposizione delle tendine di carovaccio ripiegato, perchè queste non sono affidate alle mura che incorniciano le finestre, ma alla traversa superiore di esse finestre a valvola e decorrono dove queste si ricongiungono con le ali dei 2/3 inferiori delle finestre sopra una

spranga che le guida e che impedisce che esse, nel riversare in dentro le finestre a valvola, si allonmino dalle ali delle finestre inferiori (modello Ronniger di Lipsia); ciò che permette un'accrezione abbondante, pur evitando l'offesa diretta dei raggi solari, il che non sarebbe stato possibile se le tendine fossero state applicate all'angolo delle mura.

Le finestre sono protette al difuori da persiane arrolate nascoste in speciali casse al disopra delle finestre e che possono con una stessa fune essere tirate in su o abbassate.

I letti sono in ferro della fabbrica di Schorndorf nel Württemberg, estremamente pratici perchè a pareti laterali arrovesciabili e costruiti sul modello dei letti adoperati per i bambini infermi a Glasgow. La spranga superiore delle pareti laterali termina ad ambo i lati superiormente con anse ed in basso sotto forma di punte, le quali, allorchè la parete laterale del letto viene nuovamente rialzata, si conficcano in due piccole cavità situate alla base di essa parete a livello dell'altezza dei materassi. Il costo di tale letto è di circa 60 marchi.

A capo di ogni letto sono appesi un tovagliolo, un fazzoletto e un piccolo pannolino, come pure una tabella di cartone duro dipinto in nero con il nome, data di ricezione e diagnosi della malattia del bambino.

I materassi sono della fabbrica Grothoff in Grüne nella Vestfalia, i quali hanno già fatto buona prova in Eppendorf e altrove. Sopra un sottile materasso protettivo di alghè vi sono i comuni materassi imbottiti anch'essi di alghè, molto più a buon mercato dei materassi e dei cuscini di crini di cavallo. Al disopra evvi un lenzuolo e poi la solita tela impermeabile ricoperta da un panno di lino trasversalmente disposto sul letto; infine come copertura superiore una coperta di lana avvolta in lenzuolo di lino o una coperta di piume, quest'ultima specie per i lattanti.

Le sedie, i tavolini, le mensole, ecc., sono in legno di pino, e ciò tanto nei padiglioni non infettivi quanto infettivi e nelle varie policliniche; per cui da questo lato lasciano qualcosa a desiderare.

Come vasi da notte trasportabili hanno fatto brillante prova quelli della firma Guttman di Vienna, che sono in latta smaltata a chiusura ermetica per mezzo di una vite e di un anello di caoutchouc. I lavamani sono dappertutto ad imitazione di marmo, l'apertura di deflusso dell'acqua del bacile provvista di rubinetto, non di catena, la quale è facile a insudiciarsi. I cessi sono dei bacinetti di porcellana aperti. In vicinanza di essi vi sono dei grandi truogoli capaci dai 200 a 220 litri di liquido antisettico destinato a disinfettare le biancherie sia della stazione dei lattanti, ove esiste sempre una notevole quantità di feci da disinfettare, e sia delle stazioni infettive. La soluzione antisettica ond'essi sono costantemente riempiti è quella di lisolo all'1 per cento, la quale si è dimostrata come la più adatta per le biancherie sia per il suo notevole e riconosciuto potere antisettico e sia perchè poco o nulla le danneggia. La soluzione si rinnova nella vasca un paio di volte la settimana. Le biancherie sporche vi restano sei ore prima di essere trasportate in speciali vasi alla lavanderia. L'esame batteriologico ha dimostrato che la soluzione si mantiene sterile per otto giorni consecutivi, ed è per maggiore preveggenza che si cambia due volte per settimana.

Però le biancherie sporche delle stazioni non infettive vengono direttamente consegnate al reparto della lavanderia, salvo quando si tratti di casi di tifo e di lattanti affetti da enteriti infettive.

Secondo una recentissima disposizione del Soltmann le biancherie disinfettate, lavate ed asciugate debbono essere immediatamente restituite ai parenti del bambino infermo, senza metterle in deposito ed aspettare di consegnarle, come si fa presso tutti gli altri ospedali dei bambini da me visitati, all'atto che il bambino esce dall'ospedale.

Sono computate per ogni 40 bambini una suora superiore, tre infermiere e una servente per le stazioni non infettive, in quelle infettive ancora una suora ed un'inserviente in più.

La visita dei parenti nei padiglioni infettivi è strettamente proibita, e, come nell'ospedale del Baginski in Berlino, è solo attraverso le finestre che i parenti possono vedere i proprii bambini infermi.

Nei riparti medico e chirurgico essa è permessa il mercoledì e la domenica dalle 2-3 pom.

Uno stesso assistente è obbligato al servizio serale tanto delle stazioni infettive come delle non infettive.

Tutte le stazioni, non escluso il riparto per la ricezione degl'infermi, sono congiunte colla stazione centrale dei pompieri della città; inoltre in ogni stazione vi sono due secchi di stagno della capacità di 20 a 25 litri ognuno, uno pieno di terreno e l'altro d'acqua, ed una coverta di lana, sempre pronti per i primi soccorsi di in caso d'incendio.

L'ospedale ha una piccola farmacia situata al lato sinistro della sala di aspetto della policlinica provvista dei rimedii più comuni, con due chiavi, una tenuta dal farmacista che viene un paio di volte al giorno per rilevare gli ordinativi rilasciati, e un'altra dal personale dell'ospedale per prendere i rimedii opportuni in caso d'urgenza. Inoltre lo stesso farmacista, che ha la sua farmacia posta in prossimità dell'ospedale, fornisce al bisogno quanto è necessario.

Le carte per le storie cliniche sono stampate con tutte le domande necessarie a farsi e nell'ordine consecutivo con cui debbono rivolgersi, per cui esse facilitano molto il compito del medico per raccogliere dai parenti una buona anamnesi e dall'esame del bambino infermo un esatto stato attuale, senza possibilità di nulla dimenticare.

La temperatura, misurata sempre all'ano, anche nei bambini più grandicelli, due volte al giorno, come pure i polsi e gli atti respiratori vengono segnati sopra tavole grafiche, che sono perfettamente identiche a quelle adoperate nella stazione interna dell'ospedale dei bambini nella Charité di Berlino. Se non che esistono due diverse varietà di tavole, una per i lattanti e l'altra per i più adulti. Sulle prime si segna anche mediante speciali linee significative la qualità delle deiezioni giornaliere. Così il segno — significa deiezioni liquide, acquose, \ normali e rispettivamente cremose dense, / cremose tenui, + mucose, ~ sanguinolente.

I bambini nel letto indossano, come anche altrove abbiamo visto, una camicia e una giacchetta di lino, fuori letto i loro calzoncini e giacchette di lino, vesti di lino, ecc.

La nutrizione dei lattanti in quest'ospedale è composta di una miscela che va da 1 parte di latte con 1 parte di acqua rispettivamente a 1 : 2; non si adopera una diluzione maggiore del latte, ma piuttosto si preferisce di dare una quantità minore di latte alla volta. Nella dispepsia e nei catarri gastro-intestinali si adopera cacao di ghiande, thé di ghiande, thé con cognac, acqua albuminosa, ecc. Di farina lattea si fa poco uso, specie nei primi mesi, nonostante la opinione ultimamente sostenuta dall'Heubner della facile digeribilità della farina lattea anche nei primi mesi della vita del lattante. (v. pag. 35). Così pure è stata abolita la miscela dell'Heubner collo zucchero di latte dopo la di lui uscita dalla clinica.

La sterilizzazione del latte si esegue secondo il metodo di Soltmann, da lui descritto nella pubblicazione « Zur Conservierung der Milch im Haushalt mittels eines Milchkochapparates ». Bresl. ärztl. Zeitung, 1881. Il metodo consiste essenzialmente nello sterilizzare il latte in una pignatta di metallo smaltata provvista di una speciale disposizione perchè esso non venga bollito eccessivamente. Il latte si lascia così bollire per 1/2 ora e poscia si versa nelle adatte bottiglie, cui è innestato un cappuccetto di caoutchouc, eseguendo l'opportuna diluzione o mescolanza. Prima però di versarlo nelle bottiglie si esegue una nuova sterilizzazione di pochi minuti.

L'ambulanza vien tenuta tutti i giorni, ad eccezione della domenica e dei giorni festivi, per le malattie interne dalle 2-3 pom. e per le chirurgiche dalle 3-4 pom. I bambini infermi vengono iscritti nella sala della cattedra in un libro generale, e di li vengono distribuiti alle diverse policliniche ai vari assistenti e scritti qui in serie per data di ricezione e per ordine alfabetico in un *Sonnencken's Krankenbuch*. Poichè vi sono diversi assistenti che fanno contemporaneamente la policlinica interna, così, acciocchè non vi sia confusione e per evitare anche soverchia perdita di tempo, ogni assistente rivede

il proprio inferno, e perciò vi sono speciali carte di presenza, le quali portano ad un angolo una striscia diversamente colorata, e ad esse corrispondono altrettante marche metalliche di uguale colore. Così pure una speciale marca colorata con la corrispondente carta di presenza esiste per la policlinica chirurgica, la quale per mancanza di spazio vien tenuta nella stessa aula ove si eseguono le operazioni. Le sezioni necroscopiche vengono eseguite da uno speciale prosettore a ciò destinato, il dott. Seiffert, scolaro dell'Hirschfeld-Bischoff. Il prosettore ha una stanza a sè accanto al laboratorio chimico-batterologico. Il protocollo delle sezioni è stampato sullo stesso modello delle storie cliniche, per cui assai facile a riempirsi senza nulla dimenticare.

Manca un museo anatomo-patologico, il quale trovasi appena in formazione, anche perchè vi è sempre sufficiente materiale fresco per la dimostrazione nelle lezioni e perchè il Seiffert ritiene, come in gran parte del resto è vero, che i preparati macroscopici vanno soggetti a facile e pronta alterazione, sebbene oggidi ciò avvenga meno presto colla formalina. Il Seiffert mi dimostrò un pezzo di cervello conservato molto bene già da tre mesi nell'alcool dopo essere stato trattato colla formalina e in cui si vedeva con molta chiarezza un'emorragia del cervello e delle meningi verificatasi in un bambino morto di pneumonite. Presso lo stesso dott. Seiffert ebbi agio di presenziare ad un'importante sezione di meningite purulenta diffusa in un bambino che era stato sofferente di pertosse.

Gli assistenti fanno le loro visite nelle rispettive stazioni il mattino alle 8 a m. Alle 10 1/2 - 11 a. m. viene il direttore prof. Soltmann, il quale fa prima la visita nella stazione interna, poi, indossando una veste e un berretto speciale per ciascuna stazione infettiva, va prima alla quarantena, poi indifferente o prima alla scarlattina o prima alla difteria. Il Baginski invece vedemmo come visitasse costantemente: da ultimo la scarlattina, avuto riguardo alla enorme contagiosità e al lungo periodo in cui dura questa possibilità di contagio (essendosene narrati casi in cui esso avvenne fin dopo le dieci settimane dall'inizio dell'infezione). Gli assistenti del Soltmann mi assicuravano però di non aver mai deplorato un trasporto presumibile d'infezione.

Nella clinica interna ebbi agio di osservare un rarissimo caso di sclerosi a placche in un giovanetto di 12 anni, un caso di empiema metapneumonico in una ragazza di otto anni, un caso di pachimeningite emorragica interna in una ragazza dodicenne e nella policlinica un gravissimo caso di racheitide con marcatissimi sintomi di tetania in un bambino di circa due anni.

Il personale medico dell'ospedale è così composto:

Direttore dell'ospedale e della sezione medica ed infettiva: prof. Otto Soltmann, professore ordinario onorario di Pediatria. Riceve lo stipendio dallo Stato come professore, ma nulla come direttore dell'ospedale.

Direttore della sezione chirurgica (gratuito): professore straordinario di chirurgia Robert Hermann Tillmanns, autore di un pregevolissimo trattato di chirurgia generale e speciale, giunto alla 4ª edizione.

Prosettore: dott. Seiffert, con 900 marchi l'anno.

Assistenti:

a) Tre assistenti interni dell'ospedale:

1) Assistente della stazione interna, dott. Hartung;

2) » » chirurgica, dott. Meinel;

3) » delle stazioni infettive, dott. Grahn; tutti con 900 marchi l'anno, alloggio e vitto.

b) Un assistente ordinario della policlinica, il dott. I. Lange, privato docente di pediatria nell'Università di Lipsia, con 1200 marchi l'anno.

Infine diversi assistenti volontari.

Corsi. — Il prof. Soltmann tiene le sue lezioni di clinica pediatrica nel corso invernale dalle 9 1/2 - 10 1/2 ant. il lunedì, martedì e giovedì; nel corso estivo dalle 8 1/2 - 9 1/2 ant. degli stessi giorni.

Il mercoledì dalle 3 - 5 pom. fa lezioni sulla policlinica.

Lezione pubblica il lunedì dalle 6 - 7 pom. su argomenti scelti di pediatria.

Nel corso estivo fa anche un corso privato per studenti sulla dietetica dei lattanti, il venerdì dalle 5 - 6 pom.

Il corso di clinica e policlinica delle malattie dei bambini è frequentato da un numero variabile dai 50 ai 100 studenti.

Il dott. Lange tiene poi dei corsi mensili per i medici.

Il numero dei bambini curati nella clinica interna e stazioni infettive nel 1893 fu di 799, di 204 nel riparto chirurgico. I bambini visitati nella policlinica interna ascensero a 2666, a 1195 nella chirurgia; curati a casa propria furono 255 bambini. Nel 1894 si hanno rispettivamente le cifre di: 829, 225, 3114, 1786; nel 1895 si hanno: 1109, 254, 3999, 2040. Inoltre vennero vaccinati 205 bambini nel 1893 e 99 nel 1895, tutti con buon esito.

Nell'ospedale vengono indistintamente accolti tutti i bambini infermi, con qualunque malattia, ad eccezione dei vaiuolosi e dei dementi.

Bisogna pagare all'atto di ricezione dell'infermo un mese di cura anticipato, salvo ad avere restituito il rimborso nei casi di minor tempo di degenza nell'ospedale, nelle proporzioni qui sotto indicate:

Marchi 0,75 al giorno per bambini fino all'età di 1 anno

» 1,00 » » » 2 - 5 anni

» 1,25 » » » 6 - 10 anni

» 1,50 » » » 11 - 14 anni

» 2,00 » » » stranieri senza distinzione d'età

» 7,50 » per il bambino curato nelle stanze private a pagamento

» » » per la madre o altro parente che desidera assistere il bambino

in tali sale.

La clinica gode un assegno di marchi 20,000 l'anno e di 150 la policlinica.

*
**

Il prof. Otto Soltmann, laureatosi nel 1869, fu assistente volontario del Widerhofer. Nel 1876 fu chiamato in Breslavia come direttore dell'ospedale per i bambini Wilhelm-Augusta; nel 1877 fu abilitato alla libera docenza in clinica medica e pediatrica nell'Università di Breslavia; nel 1882 fu nominato professore straordinario e nel 1894 fu chiamato a reggere la cattedra di pediatria di Lipsia rimasta vuota per la destinazione dell'Heubner a Berlino; nel 1895 ottenne poi il titolo di professore ordinario onorario. In Breslavia il Soltmann fu anche direttore dell'asilo per i lattanti (Kaiserliches Kinderheim) fondato in Gräbschen presso Breslavia in occasione delle nozze del vecchio imperatore Guglielmo coll'imperatrice Augusta. Questo asilo per i lattanti fu secondo i principii più moderni provvisto di nutrici per modo che ciascun lattante avesse la propria. Il Soltmann alternativamente con lo Steffen di Stettino e il Demme di Berna nella sezione pediatrica delle riunioni dei medici e naturalisti tedeschi ha tenuto la presidenza ed ha pubblicato le relazioni dei congressi, contribuendo notevolmente all'organizzazione di tali riunioni.

Le pubblicazioni numerosissime del Soltmann sono in parte uscite per conto proprio e in parte nel *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, nel *Breslauer ärztl. Zeitschrift*, come pure in altri parecchi giornali medici tedeschi. Negli annuari dell'ospedale Wilhelm-Augusta di Breslavia, di cui il Soltmann fu direttore fino al 1894, sono registrate le osservazioni cliniche più importanti fatte in ciascun anno.

Al Soltmann andiamo debitori delle prime importantissime ricerche sulla funzione del cervello nei neonati. Egli, cercando d'indagare una differenza tra il sistema nervoso degli animali adulti e quello dei neonati o alquanto più grandetti, si sforzò in un suo primo lavoro (1) a dimostrare che la funzione dei cosiddetti centri corticali nei neonati non appare ancora sviluppata e che i movimenti dei muscoli striati in tale prima età sieno in gran parte ancora involontarii, automatici, cioè di natura riflessa. Egualmente di natura riflessa sono anche la maggior parte delle forme spastiche, di cui il Soltmann mise in evidenza il carattere spinale. Ciò egli dimostrò per il fatto che, stimolando colla corrente elettrica secondo il metodo dell'Hitzig quei determinati gruppi di circonvoluzioni alla corteccia del cervello deputati ai movimenti, questi ultimi non avevano luogo; come pure dal fatto che all'asportazione di tali circonvoluzioni non si aveva nessun disturbo motorio. Questo fenomeno si verificava costantemente nei primi dieci giorni di vita dell'animale. L'azione inibitrice riflessa della volontà manca nei bambini neonati, e ciò fu affermato dal Soltmann per l'assenza nei cani neonati di quei centri inibitori riflessi esistenti nei lobi anteriori del cervello dimostrati dal Setschenow e Simonoff. Anche i centri inibitori del midollo spinale dimostrati da Goltz, Nothnagel e Lewissan mancano nei neonati, come il Soltmann comprovò con queste sue ricerche. Egli provò inoltre (2) che l'energia o tono del vago nei neonati non è ancora completamente esplicata, fondandosi sul fatto che la recisione del vago non provoca nessun'alterazione dell'atto cardiaco e che una stimolazione elettrica anche forte del vago non è in grado di provocare un arresto di lunga durata del cuore, come negli animali più adulti. Questa opinione fu da lui convalidata in un lavoro successivo (3), in cui stabilì che la stimolazione dei nervi periferici nei neonati non provocava quel rallentamento del polso come negli animali adulti dovuto allo stimolo riflesso del vago. Il Soltmann ha studiato poi per primo le proprietà funzionali del sistema nervoso e muscolare degli animali neonati e più grandicelli (4), rilevandone i punti di differenza con quelle degli adulti. Il risultato di questi studii lo condusse alla conclusione che la scarsa eccitabilità dei nervi sensitivi e motori negli animali aumenta gradatamente dalla nascita in poi quello dei primi fino alla 10^a-12^a settimana di vita e quello dei secondi fino alla 6^a settimana, oltrepassando nei primi, raggiungendo fino talvolta anche ad oltrepassare nei secondi l'eccitabilità nervosa negli animali adulti. In questa scarsa eccitabilità dei nervi sensitivi e motori nei neonati il Soltmann trovò la ragione di una certa difesa che essi offrono agli spasmi riflessi, i quali altrimenti insorgerebbero molto più facilmente a causa della mancanza da lui stesso messa in luce (vedi sopra) dei centri d'inibizione cerebrale in questo primo periodo della vita. Invece essendo questa eccitabilità molto aumentata nei lattanti, mentre sempre ancora non sono sviluppati i centri inibitori del cervello, si spiegherebbe così l'elevata disposizione che quelli presentano ai riflessi, anche per cause minime.

Uno studio anatomico molto interessante del Soltmann fu quello sulle vie di propagazione degli accessi da congestione da spondilite vertebrale (5). In esso il Soltmann indicò sperimentalmente lavorando su 40 cadaveri di bambini le vie per le quali il pus secondo la sede della spondilite si fa strada sia in spazii preesistenti e sia attraverso il connettivo lasco.

(1) *Fuction des Grosshirns. Experimentelle Studien.* 1875. Centralbl. u. Jahrb. f. Kinderheilk. IX, Bd. Naturforscherversammlung zu Graz.

(2) *Ueber das Hemmungsnervensystem der Neugeborenen.* Jahrb. f. Kinderheilk. IX, Bd., 1875.

(3) *Ueber die Erregbarkeit der sensiblen Nerven der Neugeborenen.* ibidem, XIV, Bd., 1879, p. 308.

(4) *Ueber die physiol. Eigenschaften der motorischen Nerven.* *Experim. Studien.* ibid., XII, Bd., 1878, pag. 1, e lavoro precedente.

(5) *Die Ausbreitungsbezirke der Congestionsabscesse bei der Spondylartrorace der Kinder.* Jahrb. f. Kinderheilk., VII, Bd., pag. 267, 1874.

In uno studio su di un'epidemia di parotite in Breslavia (1) il Soltmann annovera fra le parotiti ogni tumefazione insorgente in forma acuta, apparentemente senza causa e la quale sia accompagnata da febbre, nelle glandole sottomascellari e sottolinguali. La mancanza assoluta di metastasi ai testicoli nei bambini fu dal Soltmann spiegata per la mancanza della funzionalità di tali organi nell'infanzia giacchè è risaputo che la ricezione di materiale infettivo è congiunto alla compiutezza anatomica e alla attività della secrezione fisiologica dell'organo glandolare. La quasi immunità dei lattanti nei primi mesi per la parotite fu dal Soltmann ricondotta sia allo sviluppo e funzione difettosi delle glandole salivari e sia alla grande strettezza del dotto stenoniano, per cui la ricezione del contagio dalla cavità orale (in cui secondo il S., che segue in ciò le idee del Virchow, suole precedere sempre un'affezione) è difficoltà.

Le affezioni cerebrali nei bambini sono state oggetto di varie pubblicazioni del Soltmann. Così egli descrisse un importante caso di cisticerco cerebrale in un bambino di un anno (2), che decorse col quadro di un idrocefalo esterno e interno; un raro caso di grosso tubercolo cerebrale nel talamo ottico (3) in una bambina di un anno e tre quarti, la quale annalò sotto il quadro tipico di una emiatrofia sinistra; studiò e dedicò l'attenzione alle alterazioni della scrittura nei disturbi mentali dei bambini (4), essendo le ricerche sull'argomento molto scarse a differenza che negli adulti, ove erano state già precedentemente bene studiate. Infine noteremo un caso molto interessante da lui descritto di anorressia cerebrale (5) indipendente da una lesione gastrica, ribelle a tutti i mezzi terapeutici, e guarito solo coll'elettricità, collocando un elettrodo sulla regione occipitale e nucale e l'altro sulla temporale e parietale. L'anorressia in tale caso fu dal Soltmann attribuita ad un'origine cerebrale, tenendo presente che nella corteccia del cervello risiede il centro della sensazione generale della fame, come quello della coscienza.

Una pagina di semiotica infantile affatto originale il Soltmann ci dipinse nel suo lavoro sulla mimica dei bambini infermi (6), nel quale egli fece notare come questa, non subendo come negli adulti l'influenza della psiche, esprime in modo più naturale le affezioni e le tendenze interne dell'animo.

Una pregevolissima monografia sulle regole che debbono guidare la cura delle malattie gastro-intestinali del lattante ha avuto l'onore di due edizioni (1880-1886).

Nel trattato del Gerhardt il Soltmann compilò il capitolo sulle malattie funzionali del sistema nervoso e nell'Enciclopedia reale dello Eulenburg sono suoi gli articoli sullo sclerema dei neonati, sull'eclampsia, il pavor notturno, la parotite, il penfigo, la flebite, il mughetto e lo spasmo.

Relativamente alla cura della rachitide col fosforo, di cui il S. è uno dei fautori, egli consigliò di ritornare all'antica ricetta proposta dal Kassowitz della emulsione in olio di olive o di mandorle dolci o di fegato di merluzzo (7), rigettando la modifica introdotta e raccomandata specialmente dal Raudnitz dell'acqua fosforica di Hasterlik, nella quale il fosforo va soggetto a precipitazione, oltre che il preparato ha odore penetrante spiacevole e gusto cattivo.

In questi ultimi tempi il Soltmann si è occupato anche specialmente delle quistione della sierote-

(1) *Zur Acumpsepidemie in Breslau*. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. Bd. XII, pag. 409, 1878.

(2) *Bresl. ärztl. Zeitschrift*, N. 20, 1882.

(3) *Beitrag zur Localisation der Hirngeschwülste*. Bresl. ärztl. Zeitschrift, N. 6, pag. 55, 1883.

(4) *Schriftl. u. Spiegelchrift bei gesunden u. kranken Kindern*. Honocit's Jubelschrift. Berlin, 1890.

(5) *Anorexia cerebri u. centrale Nutritionsneurosen*. Jahrb. für Kinderheilk. Band XXXVIII, pag. 1, 1893.

(6) *Ueber das Mienen u. Gebardenspiel kranker Kinder*. Jahrb. für Kinderheilk. Band. XXVI, pag. 206, 1887.

(7) *Der Phosphor und seine Einwirkung*. Breslauer ärztl. Zeitschrift, N. 6, 1887.

rapia antidifterica. I risultati della cura col siero antidifterico nella sua clinica furono esposti nella Deutsche mediz. Wochenschr., N. 4, 1895, nella sezione pediatrica della 67^a Riunione dei medici e naturalisti tedeschi in Lubeca, dove egli insieme coll' Heubner tenne una lunga e splendida conferenza, nel « Jabrb. f. Kinderheilk. » XLII, Bd., pag. 1, 1896, e finalmente in una monografia completa intitolata « Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum. Leipzig, Veit & Co., 1896 ». Presso lo stesso editore apparve l'altro suo pregevolissimo lavoro « Die Beziehungen der physiologischen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Organismus zur Pathol. u. Therapie. 1895. »

Il fascicolo 1° del XLII volume, 1896, del « Jabrb. f. Kinderheilk. » contiene poi una serie di lavori della sua scuola

PRAGA

In questa città, in cui ferve tuttora la lotta tra gli czechi e gli austriaci, esiste una doppia università, essendosi vista la necessità accanto all'università tedesca già datante dal 1348 di crearne una boema nel 1882; e così esistono in Praga due cliniche pediatriche, la tedesca, di cui è direttore il prof. Ganghofner, e la boema, diretta dal prof. Neureutter.

In quanto poi ai pazienti ammessi nelle due cliniche, stante l'enorme preponderanza dello elemento ceco nella popolazione, in ambedue si trovano ricoverati quasi tutti czechi. È naturale adunque che ogni cittadino di Praga un po' colto o dedito al commercio debba conoscere le due lingue, come pure che gli assistenti alle cliniche e i professori stessi debbono conoscere lo ceco per potersi mettere in rapporto colla bassa gente, che non parla se non la propria lingua.

Oltre queste due cliniche pediatriche esiste in Praga un importantissimo brefotrofo, e spetta al prof. Luigi Epstein, che ne è il direttore, tutto il merito di averlo saputo organizzare in modo geniale e proficuo sia per le sorti dei bambini ivi ricoverati e sia ancora per gli scopi dell'insegnamento.

R. BREFOTROFIO BOEMO

Incomincio la descrizione dal brefotrofo, perocchè esso offre un interesse tutto affatto singolare.

Risulta di due fabbricati i quali non hanno nulla di speciale, essendo due vecchi caseggiati. Situati allo estremo nord della città, alla Karlshofergasse, 460, in immediata vicinanza dell'edificio completamente nuovo e grandioso destinato alla clinica ostetrica, offrono condizioni di luce e di aereazione abbastanza soddisfacenti.

Al brefotrofo è annessa una piccola filiale, la Karolinenthaler.

Uno degli edifici, il più grande, rappresenta il reparto boemo, un altro più piccolo il reparto tedesco, ma, stante sempre la forte prevalenza della nazionalità ceca, in questo secondo reparto si trovano ricoverati anche quasi tutti bambini czechi.

In quello boemo vi sono 5 stanze, tre delle quali sboccano in un corridoio comune, dal quale si accede anche in una stanza destinata all'ambulanza delle madri e delle nutrici e per la policlinica pediatrica, che si tiene al giorno dagli assistenti. Da questa sala si passa in due stanze, una di aspetto e l'altra di studio per il direttore, e nella stanza da letto per uno degli assistenti.

Ciascuna delle cinque stanze può contenere 8 a 9 letti per le madri e altrettanti per i bambini lattanti. Le pareti e i soffitti sono semplicemente imbiancati; la luce viene da un sol lato da due ampie finestre per ogni stanza fornite di doppio telaio di vetro, uno inferiore semplice ed uno superiore a doppia imposta di vetro, facilmente apribile e chiudibile mediante cordoni, mentre il telaio inferiore rimane ordinariamente chiuso.

La ventilazione e il riscaldamento di queste stanze non offre nulla di speciale, la prima essendo

affidata semplicemente al telaio superiore delle finestre e il secondo verificandosi mercè comuni stufe in muratura o in ferro.

I pavimenti risultano di comuni tavole di legno di pino dipinte in giallo marrone.

I letti delle madri sono tutti in ferro con rete metallica; i lettini per i lattanti sono anche in bastoni di ferro parallelamente disposti, ma a pareti laterali fisse. Al capezzale vi è una specie di canestro in ferro destinato a contenere tutte le masserizie occorrenti al bambino e alla madre (tovaglioli, fazzoletti, sapone, pettini, spazzole, vestitini, camiciole, corpettini, ecc.). I materassi sono tuttora di paglia, sia per la madre come per il bambino, se non che su quello del lattante è distesa una coverta di lana più volte ripiegata su sè stessa e su questa un lenzuolo di lino e poi due cuscini di piume, uno dei quali adempie l'ufficio di copertina.

Una stanza separata più grande funziona come una piccola clinica per i bambini più grandi ed è capace di 12 a 15 letti. In essa vengono, secondo lo statuto del Brefotrofio, che appresso esporrò, ricoverati quei bambini i quali, mantenuti a spese della provincia nella campagna, cadono ivi ammalati e sono ricondotti al Brefotrofio per le cure opportune. I letti di questo piccolo riparto sono naturalmente più grandi, anche in ferro, a pareti laterali arrovesciabili in giù, con materassi e cuscini di crini di cavallo e coperta di lana. Sul materasso è anche distesa una tela impermeabile.

Nel riparto tedesco vi sono sette stanze più piccole dell'istesso tipo delle già descritte, capaci ognuna di 4 letti per le madri e 4 per i bambini.

I due reparti sono adunque capaci in tutto di 50 letti per le madri e altrettanti per i lattanti. Nel momento in cui io visitai l'ospizio vi era però una sovrabbondanza anormale di materiale, trovandosi nello stesso spazio racchiusi ben 80 letti per le madri e altrettanti per i bambini.

Al riparto boemo è annesso un ambulatorio provvisto di letto per esaminare il bambino infermo, il letto chirurgico di osservazione della madre, bilancia e quanto altro occorre per un'accurata osservazione dei bambini, delle madri e delle nutrici. L'ambulanza vien tenuta dagli assistenti tutti i giorni dalle 3-5 pom. Naturalmente vengono curati ambulatoriamente quei casi che si prestano ad una tale cura, come parecchie malattie interne, le cutanee, ecc.; e si esegue anche la piccola chirurgia. I bambini infermi ricevono d'ordinario nello stesso ambulatorio gratuitamente i medicinali occorrenti, come pure il materiale per le piccole medicature e fasciature chirurgiche. L'ambulanza raggiunge la cifra di 1000 a 1500 bambini l'anno. I bambini per i quali è necessaria la cura nell'ospedale vengono naturalmente rinviiati in uno degli altri ospedali infantili della città.

L'Epstein come professore straordinario di pediatria riceve dallo Stato lo stipendio di 1400 fiorini l'anno e altrettanti come direttore dell'ospizio.

Nel brefotrofio vi sono poi due assistenti ordinarii e alcuni volontari:

1° Assistente ordinario è il dott. G. Toch con 600 fiorini all'anno.

2° Assistente ordinario è il dott. G. Klepetár con 400 fiorini all'anno.

Ambedue hanno vitto e alloggio gratuito.

I due assistenti si dividono indistintamente il servizio.

L'Epstein fa lezione nei due semestri scolastici sulle malattie dei bambini con presentazione d'infermi, a preferenza sui lattanti, ma anche da casi scelti dalla clinica e dalla policlinica, tre volte la settimana dalle 2-3 pom.

Ed ora eccomi ad esporre l'ordinamento interno dell'ospizio, che stralcio in buona parte da due monografie dell'Epstein (1), riferendo le necessarie modifiche indotte dal tempo e dall'esperienza e che mi si fecero notare a voce.

(1) ALOIS EPSTEIN. *Studien zur Frage der Findelanstalten unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Böhmen*. Prag, I. G. Calve, 1882. Lo stesso: *Statistische u. hygienische Erfahrungen aus der k. böhm. Findelanstalt in Prag, im Quinquennium 1880-84*. Prag, med. Wochenschr., 1885, n. 26.

Anzitutto mi corre l'obbligo di dichiarare in precedenza che il prof. Epstein è uno strenuo sostenitore dei brefotrofi, in quanto che essi, egli dice, senza essere il ricettacolo delle colpe dei genitori (ragione per cui furono aboliti in Germania), possono rendere dei grandi benefici al popolo. L'opinione dell'Epstein è fondata sui dati di fatto che verremo in seguito esponendo.

Il brefotrofo di Praga, ben dice l'Epstein, considerato in sé stesso, non è per il maggior numero dei bambini, e cioè per quelli che sono sani, se non una semplice *stazione di passaggio*, anzi molti di essi non toccano la soglia dell'ospizio che per poche ore due volte in tutta la loro vita, cioè all'8°-11° giorno ordinariamente e allorché ritornano per essere restituiti ai parenti o ai municipii dopo una residenza nella campagna a spese della provincia fissata fino al 6° anno di vita incluso.

Per quei bambini invece che vi capitano infermi rappresenta un ospedale per lattanti provvisto di nutrici.

I bambini legittimi o illegittimi che vengono nell'ospizio insieme con la propria madre, d'ordinario all'8° - 11° giorno della nascita, provengono per lo più dall'adiacente clinica ostetrica, e da essa vi arrivano o gratuitamente (dal riparto clinico) o dietro pagamento (dal riparto privato).

Nella clinica ostetrica sono ricevute le partorienti all'8° o 9° mese di gestazione, ed esse vengono rilasciate col bambino neonato ordinariamente tra l'8° e l'11° giorno dopo il parto. Tra le partorienti quelle che pagano la tassa fissa di 30 fiorini entrando in clinica e di 90 kreuzer per ogni giorno di degenza non sono obbligate a passare per il brefotrofo, viceversa vi sono costrette quelle che sono ricoverate gratuitamente. I neonati, che sono per lo più in buono stato di sviluppo e di salute, non restano che un solo giorno in osservazione nel brefotrofo e sono subito rinviiati alle cosiddette *cure esterne* alla campagna affidati a delle nutrici e dove restano a spese della provincia.

Anche le madri che pagano la tassa nella clinica ostetrica possono a loro volontà essere ammesse col neonato nel brefotrofo; però debbono come quelle che non pagano dimostrare il loro nome e cognome e il sito di provenienza. Naturalmente ogni madre può rinunciare a tali cure esterne del bambino dopo essere passata per il brefotrofo, e può riportarlo via con sé.

Come si vede dunque, l'ospizio di Praga non ha neppure la più lontana rassomiglianza con quelli del medio evo, i quali costituivano dei veri ospizi di cura.

Una seconda categoria di bambini neonati che vengono accolti nel brefotrofo, e che costituisce di gran lunga la minoranza, è rappresentata da quei bambini legittimi o illegittimi nati fuori la clinica ostetrica, le cui madri per malattia sono state ricevute nell'ospedale generale, ovvero sono state arrestate per scopo di esame o di pena, inoltre bambini nati in altri ospizi (ospedali, manicomio, case di pena), bambini inviati dalla polizia per mancanza di mezzi di sussistenza dei genitori, infine bambini abbandonati e trovati sulla pubblica via, ai quali soltanto si addice bene il nome usuale di « trovatelli ».

La cura di questa seconda categoria di bambini da parte della provincia è soltanto temporanea, e dura per tutto il tempo in cui esiste la necessità, fino a che siano ripresi dai parenti o dai comuni, i quali debbono garantire le spese di mantenimento.

Concludendo, il concetto precipuo della istituzione del brefotrofo di Praga si è quello di ricevere quei neonati e lattanti, sia legittimi che illegittimi, i quali in istato d'infermità o di prematurità le sono inviati dalla clinica ostetrica, quei bambini che dalle cure esterne le sono restituiti a causa d'infermità e quelli che nelle condizioni esposte nella seconda categoria sono adesso temporaneamente inviati.

L'istituzione ha lo scopo, sotto l'influenza di una nutrizione razionale e di appropriate cure mediche (benefizii che invano potrebbero chiedersi a qualunque altro ospizio od ospedale), di risollevarle le condizioni di salute del bambino e così mantenere in vita una quantità di bambini infermi o nati prematuramente, i quali senza l'aiuto dell'ospizio e delle loro madri sarebbero andati irrimediabilmente perduti. Secondo tale principio questo ospizio più che una casa di trovatelli, come ancora oggi presso noi s'inten-

dono tali istituzioni, rappresenta un vero ospedale per lattanti. Si tratta di un ospedale in diretta dipendenza della clinica ostetrica, il quale sgrava questa clinica dei bambini infermi e accoglie i bambini incapaci di succhiare o quelli di puerpere inferme per le cure ulteriori, ciò che ridonda senza dubbio sia a beneficio della madre come del bambino. Si tratta insomma di una sottosezione di un ospedale per i bambini, ed è indifferente perciò se essa sia aggregata all'ospedale in genere o formi un edificio a parte.

Il problema più importante a risolvere in un'istituzione di simil genere era quello di poter disporre di un numero sufficiente di nutrici, ed a ciò l'ospizio ha provveduto con una saggia disposizione del suo regolamento. Anzitutto ciascuna madre nell'ospizio dà ordinariamente latte al proprio bambino, poichè, come abbiamo detto, le madri sono inviate dalla clinica ostetrica al brefotrofo col proprio bambino. Ma se per una delle tante ragioni sunnotate, non esclusa financo la possibilità della insufficienza o mancanza di latte della madre, della morte della stessa durante o dopo il parto, il bambino si trovi senza la propria madre che gli dia latte, essa vien supplita da altre che si trovano sempre a disposizione dell'ospizio. Il regolamento del brefotrofo difatti dispone che le madri che sono rimaste anche per un giorno ricoverate nell'ospizio insieme col proprio bambino sono obbligate a prestarvi un servizio di quattro mesi come nutrici. È vero però che questo limite non viene mai raggiunto, ma ciò dipende dal fatto che il brefotrofo dispone d'un abbondante materiale di nutrici, per cui le madri non vi restano in tale qualità che per un periodo di 2 a 3 settimane al massimo. Questo rappresenta l'unico servizio che le madri rendono all'istituzione dietro il compenso di 6 anni di mantenimento del loro bambino alla campagna a spese della provincia!

Con questa provvida legge l'ospizio non ha bisogno di balie a pagamento, come accade negli altri di simil genere, ma le stesse madri dei bambini ricoverati funzionano da nutrici senza pagamento. Inoltre si raggiunge con ciò un altro scopo altamente benefico ed umanitario, che cioè ogni bambino abbia la propria nutrice, al contrario di ciò che si vede negli altri brefotrofi, e anche presso noi in Napoli, dove vige il sistema delle nutrici mercenarie, per cui si deve assistere ancora all'inconsueta e dannosa barbarie di vedere due e perfino tre bambini che debbono succhiare dall'istessa mammella; oltre di che quale affetto possono avere tali nutrici assodate per bambini non proprii?

Queste sfavorevoli condizioni sono però la conseguenza di non rendere l'ospizio dei trovatelli la succursale della clinica ostetrica, come ben osserva l'Epstein.

Che poi l'esistenza di ospizii per i trovatelli inciti il popolo alla demoralizzazione, donde il motto che « gli ospizii per i trovatelli fanno i trovatelli, » viene dall'Epstein chiaramente dimostrato falso per il fatto che in Praga, nonostante le vaste reti ferroviarie costruite e i più agevolati mezzi di comunicazione tra la campagna e la città, il numero delle madri che cercano ricovero nella clinica ostetrica è rimasto da decenni sempre costante, per cui anche costante è rimasta la cifra dei bambini ricoverati nel brefotrofo. Ciò dimostra che non è la comodità, nè il pensiero di conservare la propria vita e la salute che spinge le madri non congiunte in matrimonio a cercar ricovero nell'ospedale. A questo si aggiunga che la cifra dei nati illegittimi in Baviera, dove non esistono ospizii per i trovatelli, è superiore a quella della Francia, ove ne esistono in gran numero. Così pure nella stessa Boemia nonostante l'ospizio di Praga il numero delle nascite illegittime va sempre gradatamente diminuendo.

Ecco come avviene la ricezione nel brefotrofo:

I bambini vengono dalla vicina casa delle partorienti inviati con una speciale carta di ricezione, sulla quale viene scritto il numero di provenienza, il nome del bambino, la data della nascita e la data di uscita dalla clinica ostetrica. A questi dati nell'ospizio si aggiungono poi: la data di entrata in esso, se la madre paga o no, se è la madre stessa che dà latte al proprio bambino, ovvero questo vien nutrito da un'altra nutrice sia per ragione d'insufficienza di latte, sia per malattia o per

morte della madre. Su un'altra carta a stampa vengono poi segnati il nome del bambino con tutti i suoi connotati, la diagnosi clinica, il peso giornaliero, la temperatura in caso di bisogno. In altra carta speciale sono poi registrate le osservazioni quotidiane nel periodo di degenza del bambino nell'ospizio, ossia la storia clinica.

A tutte le madri e rispettivamente alle nutrici, oltre a notarne la costituzione generale, vengono scrupolosamente prima dell'ammissione nell'ospizio e rispettivamente prima di affidar loro i bambini alla campagna osservati i genitali, per il sospetto di una lue sifilitica, come pure vengono sottoposte alla ricerca del latte, di cui vien eseguito l'esame specialmente rispetto alla quantità e alla presenza più o meno di colostro in esso. Nel caso di bisogno si procede anche all'esame chimico e microscopico completo. Durante la visita alle 10 del mattino che il direttore esegue cogli assistenti nelle varie sale di ricovero non si trascura di osservare la madre rispetto alla quantità e all'occorrenza alla qualità del latte, alle malattie delle mammelle, ecc.

Per impedire un possibile scambio, a ciascun neonato ammesso nel brefotrofo vien legato un nastro, su cui è scritto il numero di ricezione a livello dell'articolazione del capo destro.

I bambini sani, dopo esser rimasti, come abbiamo già detto, un sol giorno nell'ospizio vengono inviati alla campagna affidati a nutrici assoldate dalla provincia. Il maggior numero di bambini difatti che nasce nella clinica ostetrica appartengono a madri, le quali esercitano il mestiere di serve o sono lavoratrici, e perciò non avendo esse stesse la possibilità di nutrire il proprio bambino, sarebbero sempre costrette ad affidarlo a persone estranee. Ora l'istituzione viene in aiuto di queste madri in doppio modo: anzitutto sgravandole della difficoltà di incaricarsi col proprio danaro a trovare una donna che dia latte al loro bambino (cioè che per lo più non potrebbero neppure fare), e in secondo luogo dando il bambino ad allevare ad una nutrice, la quale prima di riceverlo viene accuratamente esaminata. Questi bambini così affidati alle nutrici sono mantenuti per sei anni a spese della provincia, sono vaccinati anche in campagna e restano sotto la cura dei medici distrettuali e sotto la protezione e sorveglianza del parroco del distretto. Solo nel caso che una malattia richieda il novello ricovero nell'ospizio, vi sono riammessi nella sala grande destinata ai non lattanti, altrimenti ritornano a toccare la soglia dell'ospizio solo al sesto anno di vita compiuto per essere riconsegnati alle madri o ai parenti che vengono a riprenderli, o eventualmente al comune cui compete.

Durante questo periodo di tempo i genitori o i parenti possono sempre visitare il loro bambino alla campagna.

Se il bambino non prospera bene, perchè il latte della nutrice non gli è confacente, ecc., viene da questa nuovamente ricondotto all'ospizio, il quale non si disinteressa mai della sorte dei bambini ad esso affidati, e al bisogno consegnato ad un'altra nutrice dietro il pagamento di una nuova tassa da parte della provincia.

L'età e il periodo di tempo durante il quale la nutrice ha già allattato non viene preso tanto in considerazione nella scelta di essa, quanto piuttosto la quantità e qualità del latte in rapporto alle condizioni normali di prosperità nella nutrizione e nel peso del bambino. Vien presa però in considerazione la presenza o meno di colostro nel latte e di affezioni della mammella che rendano la balia incapace di adempiere alla sua missione. L'ospizio mantiene così a spese della provincia attualmente circa 7.00 bambini alla campagna affidati a balie mercenarie. Queste ricevono come compenso nel primo anno di vita del bambino sei fiorini al mese, nel secondo anno quattro e dal terzo al sesto tre fiorini. Non sono però con ciò interrotti per tutto questo lasso di tempo i legami intangibili che esistono tra la madre e il proprio bambino. Anzitutto la madre, abbandonando l'ospizio, resta sempre avvisata del luogo di permanenza del proprio figliuolo; l'ospizio, dietro desiderio della madre prende conto della nutrice e del suo luogo di abitazione, esamina i lamenti (ben spesso però ingiustificati) delle madri relativamente alla trascuranza di cure ai loro bambini. D'altra parte è sempre riser-

bato in qualunque tempo e in ogni caso, ma soltanto incondizionatamente alle madri, non appena le loro condizioni migliorano, di ritirare con sè il proprio figliuolo, salvo che non esista fondato sospetto di una condotta delittuosa o di un esistente disturbo mentale. Si constata con piacere un aumento sempre crescente di tali madri, che non lasciano trascorrere i sei anni prima di riprendere il loro figliuolo.

Inoltre fu stabilito fin dal 1873 che i bambini potessero essere rilasciati in cura anche alle madri o ai genitori di esse sotto determinate condizioni, dietro un cosiddetto *denaro di sovvenzione*, che rappresenta i due terzi della corrispondente indennità di sostentamento che si dà alle nutrici alla campagna e che vien pagato per soli quattro anni. Le modalità di questa concessione sono: che la madre deve obbligarsi ad allevare da sè stessa il proprio bambino, e non affidarlo a nessuna balia mercenaria; per tutta la durata della sovvenzione la madre sta sotto la sorveglianza dell'ospizio. Questa provvida istituzione, oltre ad aver reso dei benefici per la salute del bambino, è andata sempre estendendosi, cosicchè da sei bambini che nel 1873 furono, dietro questa indennità di sovvenzione, presi dai parenti, si è giunti a 70 nel 1894.

Prima delle 10 del mattino il prof. Epstein riceve le madri che vengono per il danaro di sovvenzione, dalle 10 alle 12 fa le visite insieme con gli assistenti nei due reparti del brefotrofo e poi di nuovo riceve le altre madri che debbono inviare i loro bambini alla campagna ed i quali perciò sono assegnati alle singole nutrici già precedentemente esaminate.

Movimento nell'Ospizio durante l'anno 1894:

	Nutrici	Bambini
Residuo del 1893	79	86
Durante l'anno 1894 sono stati ricevuti	2869	3467
di cui 2796 nutrici e 2957 bambini neonati provenienti dalla prossima casa delle partorienti.		
Nella filiale Karolinenthaler		<i>Bambini</i>
Residuo del 1893		18
Nuovi ammessi nel 1894		245
Affidati alle cure esterne alla campagna alla fine del 1893; residuo di bambini	N.	7088
Ai quali si aggiunsero nel 1894	»	2934
	In uno	N. 10022
Restituiti prima dell'età dei 6 anni o ridati ai parenti per età compiuta di 6 anni bambini		» 2922
Rimasti alla fine del 1894		N. 7100
Fu data la rata di sovvenzione a N. 70 madri o parenti che ripresero con sè i bambini.		

La mortalità generale nell'ospizio raggiunse il 7,15 per cento nel 1894, nel 1895 non scappava il 5 per cento. Invece questa mortalità prima dell'era antisettica raggiungeva la cifra raccapricciante talvolta fin del 60 per cento e più, stante le frequentissime malattie settiche, che minavano profondamente questo primo periodo dell'esistenza.

Le mortalità nei bambini affidati alla campagna fu del 12 per cento nel 1891, e nel primo anno di vita raggiunse il 37,17 per cento, mentre raggiunse solo il 18,79 per cento in quelli che dietro l'indennità di sovvenzione restarono affidati alle cure delle madri o dei genitori di esse. Quest'ultima cifra di mortalità è andata anche gradatamente decrescendo dal 33,82 per cento nel 1890 alla percentuale suaccennata nel 1894.

Si noti qui una diversità nel modo di calcolare la mortalità generale dei bambini in questo ospizio, a differenza dei consimili in Russia, Francia e presso noi. Essa viene stabilita e valutata insieme per i bambini che muoiono nell'ospizio e per quelli che sono affidati alle cure esterne nella

campagna o alle cure della madre o dei genitori di essa. Ciò è molto importante allorchè si vuole una statistica esatta. Imperocchè dipende dalla coscienza del direttore dell'ospizio il rilasciare a sua volontà un bambino che sia ancora infermo e poi calcolare questo bambino come guarito. Seguendo quest'ultimo sistema si va incontro a sottintesi, perocchè, se esso vale ad abbassare artificiosamente la cifra della mortalità dei bambini ricoverati nell'ospizio, non dà però la vera cifra di mortalità degli stessi bambini per un determinato periodo di anni.

La clinica pediatrica del brefotrofo gode un assegno annuo di 150 fiorini.

*
**

Il prof. Epstein, laureatosi in Praga nel 1873, fu assistente e scolaro dal 1873-81 del prof. Ritter von Rittershain, suo predecessore nella direzione del brefotrofo. Dopo un viaggio scientifico per la Germania, l'Inghilterra e la Francia, fu abilitato nel 1880 alla libera docenza in pediatria, nell'istesso anno nominato medico primario del brefotrofo e nel 1884 professore straordinario e direttore della clinica pediatrica nel brefotrofo istesso.

Al prof. Epstein spetta il merito grandissimo di avere introdotto e propugnato per il primo nella pratica infantile la tecnica del lavaggio dello stomaco nelle affezioni gastro-intestinali specialmente dei lattanti, tecnica già introdotta, come si sa, per gli adulti dal Kusmaul; come pure l'uso dell'acqua albuminosa, del the nero e delle zuppe mucilaginose mescolate col latte in proporzioni crescenti nelle stesse affezioni, e delle infusioni sottocutanee (ipodermoclisi) di soluzione fisiologica di cloruro di scodio nei gravi disturbi della digestione e specialmente nel colera infantile.

La tecnica del lavaggio dello stomaco era stata per falsi pregiudizii avversata in questa tenera età, e l'Epstein, che caldamente la raccomandò fin dal 1880 (1), ne dimostrò la facile esecuzione ed innocuità e in pari tempo come essa valeva a salvare dalla morte moltissimi bambini sofferenti di gravi disturbi specialmente acuti dell'apparato digerente.

L'Epstein col Demme e col Widerhofer si associò agli autori francesi per contrastare l'opinione che la gastroectasia nei lattanti non esistesse, perocchè, come si sosteneva, essa non avrebbe avuto il tempo sufficiente di svilupparsi. Insieme col Demme poi confermò l'opinione emessa dal Kundrat che la gastroectasia possa avere per causa in tale età la rachitide.

L'Epstein è stato un energico fautore della teoria della patogenesi ematogena dell'ittero dei neonati (2), teoria che egli confortò coll'aiuto dei sintomi clinici e di alcuni dati propri di anatomia patologica. È certo, egli dice, che la quantità del sangue nei primi giorni della vita subisce delle al-

(1) *Sitzungsbericht des Vereins deutscher Aerzte in Prag*, Prag. mediz. Wochenschrift, 1880, N. 45, pag. 450.

Lo stesso - *Ueber den acuten Brechdurchfall der Säuglinge u. seine Behandlung*. Prag. mediz. Wochenschrift, 1881, N. 33.

Lo stesso - *Ueber Magenausspülungen bei Säuglingen*. Archiv. f. Kinderheilk. IV. Bd.

Lo stesso - *Ueber die Indication der Magenausspülung bei Magen. Darmkrankheiten im Säuglingsalter*. Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XXVII.

Lo stesso - *Ueber das Wesen und die Behandlung der Cholera infantum*. Pädiatr. Arbeiten. Festschr. zu E. Henoch's 70. Geburtstag. Berlin, 1890.

(2) *Ueber die Gelbsucht bei neugeborenen Kindern*. Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann. Leipzig, 1880.

razioni, per cui probabilmente una grande quantità di corpuscoli rossi va distrutta. Di fatti Hofmeier e Silbermann trovarono che nei neonati itterici accade una grande distruzione di corpuscoli rossi. Oltre a ciò il contenuto di emoglobina del sangue nei primi giorni della vita è straordinariamente grande e diminuisce notevolmente a cominciare dalla seconda settimana, per cui l'Epstein ben a ragione dice: « Sembra che il corpo del bambino tenda a liberarsi gradatamente del suo sangue fetale e a sostituirlo con un altro più corrispondente ai suoi mutati bisogni ». In questo stesso lavoro l'Epstein ci ha fornito i dati più ampi sulle urine dei neonati itterici, dimostrando come il maggior numero di esse sia esente da pigmenti biliari.

Il materiale di osservazione di cui dispone l'Epstein gli ha fornito poi la massima opportunità di osservare e descrivere le malattie settiche dei neonati e dei lattanti. Egli sostituì giustamente al titolo di *affezioni puerperali dei neonati*, sotto cui esse an lavano erroneamente (perocchè tale espressione menerebbe al concetto di un'origine da infezione puerperale della madre, mentre d'ordinario tali bambini provengono da madri assolutamente sane) quello più esatto di *setticomia dei neonati*. Egli ritenne (1) che l'infezione settica si manifesta spessissimo dopo la nascita, e che l'ombelico rappresenta la porta principale di entrata dell'infezione, in secondo luogo viene la bocca e raramente la mucosa dei genitali femminili. A processi settici di provenienza specialmente dall'arteria ombelicale egli riferì la patogenesi delle emorragie nei neonati (2) le quali a preferenza accadono dall'ombelico, ma a cui spesso partecipano altri organi.

È dell'Epstein la teoria dell'origine infettiva del colera infantile sostenuta da lui in vari lavori (3) e la quale fu batteriologicamente confermata dal Fischl e dallo Czerny e Moser, suoi scolari.

Importanti sono poi le sue ricerche sull'etiologia di alcune malattie orali dei lattanti e l'influenza talvolta grave che esercitano su tutto l'organismo (4). In esse egli stabilisce la vera patogenesi delle cosiddette afte di Bednar nei neonati, che egli aveva già precedentemente separate da quelle produzioni conosciute col nome di milii del palato da lui studiati anatomo-patologicamente (5) e coi quali erano state confuse dal Bohn. La patogenesi delle afte di Bednar come di tutte le varie altre forme di stomatiti dei neonati (eritema della mucosa boccale, stomatite catarrale, mugghetto) venne dall'E. riferita alle manovre improprie adoperate dalle levatrici e dalle infermiere per pulire la bocca dei neonati, e così egli confutò l'opinione che fossero dovute all'atto fisiologico del succhiare. Ciò gli diede occasione per spezzare ancora una volta una lancia contro le ordinarie brusche e inconsiderate manipolazioni che si usano per nettare il cavo orale dei bambini, specialmente dei neonati.

(1) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XIV, pag. 423.

Lo stesso - *Ueber antiseptische Maassnahmen in der Hygiene des neugeborenen Kindes*. Mediz. Vorträge. Berlin, 1888.

(2) *Zur Aetiologie der Blutungen im frühesten Kindesalter*. Oesterr. Jahrb. f. Pädiatrik - II. Bd., pag. 119, 1876.

(3) *Ueber den acuten Brechdurchfall*, ecc. v. nota a pag. 48.

Id. - *Ueber septische Erkrankungen der Schleimhäute bei Kindern*. Archiv f. Kinderhk., Bd. 1, 1880.

Id. - *Ueber antiseptische Maassnahmen*, ecc., v. nota a pag. 49.

Id. - *Pädiatr. Studien*. Festschrift von Henoch, 1890.

(4) *Zur Aetiologie einiger Mundkrankheiten u. zur Hygiene der Mundhöhle bei neugeborenen Kindern*. Prag. Mediz. Wochenschrift, 1884. N. 13. — Lo stesso lavoro fu riportato nell'Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. V, pag. 292 sotto il titolo: *Zur Hygiene der Mundhöhle neugeborener Kinder*.

(5) *Ueber Epithelperlen in der Mundhöhle neugeborener Kinder*. Prager Zeitschr. f. Heilkunde, I. Bd., pag. 59, 1880.

In un suo lavoro sulla vulvovaginite gonorroica (1) l'Epstein richiama l'attenzione sulla frequenza di tale affezione nei neonati, mentre essa spesso passa in questa tenera età inosservata sia per il bagno quotidiano che suole ad essi darsi e sia perchè tali bambini non sanno ancora esprimere le loro sensazioni. Egli ne distingue due forme, l'una che si presenta nei bambini appena nati, ed è una manifestazione locale di un fatto generale, qual'è il processo di desquamazione, l'altra è la vera gonorroica o catarro gonorroico.

Interessante è un caso di balbuzie descritto dall'Epstein (2), in cui egli poté portare un appoggio inconfutabile alla possibilità della natura ereditaria di questo disturbo della parola.

Recentissimamente poi l'Epstein ha richiamato l'attenzione nella sezione pediatrica del Congresso dei medici e naturalisti tedeschi di Francoforte sul Meno (3) sui fenomeni catalettici che si presentano in bambini esclusivamente rachitici. Questi fenomeni osservati nell'isteria e recentemente nel tifo (Bernheim) non erano stati mai descritti nella rachitide, neppure nel classico trattato recentissimo delle malattie nervose dei bambini del Sachs di New York.

Dallo Epstein e sua scuola furono descritte varie forme di affezioni locali in rapporto ad una setticemia: e così l'Epstein denominò pseudodifteria di origine setticemica (4), un' affezione alla gola del tutto simile clinicamente ed anatomo-patologicamente alla difteria, ma non prodotta dai bacilli di Löffler, sibbene dai cocchi di una setticemia proveniente probabilmente dal tratto intestinale; lo Czerny descrisse un caso di endocardite settica in seguito alla rituale circoncisione (5), ecc.

Tra i tanti lavori della scuola dell'Epstein mi limiterò qui menzionare le ricerche eseguite dallo Szydlowski e dal Toch.

Lo Szydlowski (6) provò che il labenzima nel contenuto dello stomaco dei lattanti esiste anche nelle affezioni più gravi di quest'organo ed in tutti gli stadii della malattia. Il Toch (7) mostrò anche che era riconoscibile dopo un'ora dalla ingestione del cibo l'azione della pepsina nello stomaco in tutte le affezioni leggieri e gravi, acute e croniche dello stomaco del lattante.

Di grande importanza è poi un lavoro del Fischl sulla istologia dello stomaco dei bambini (8), che è una continuazione degli studii al riguardo fatti pel primo dal Baginski.

Il prof. Epstein ha tre valenti discepoli, lo Czerny, che ha ottenuto nel 1894 la cattedra di straordinario di pediatria nell'università di Breslavia, occupandovi il posto lasciato vuoto dal Soltmann, e i dottori Raudnitz e Fischl, entrambi privati docenti di pediatria in Praga.

Tanti lavori e contributi originali dell'Epstein e della sua scuola dimostrano come il materiale che offre un ospizio per i trovatelli possa benissimo utilizzarsi sia per l'insegnamento e sia per le indagini scientifiche, ciò che l'Epstein, fece rilevare in un suo lavoro (9), nel quale egli dimostrò

(1) *Ueber Vulvovaginitis gonorrhoica bei kleinen Mädchen.* Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis. XXIII, Jahrgang 1891.

(2) *Ueber die Vererbung des Stotterns.* Prag. Mediz. Wochenschr., N. 24, 1891.

(3) *Ueber katalleptische Erscheinungen bei rachitischen Kindern.* Prag. med. Wochenschr., 1896, N. 43 e 44.

(4) *Ueber Pseudodiphtheritis septämischen Ursprungs bei Neugeborenen u. Säuglingen.* Jahrb. f. Kinderh. N. F. Bd. XXXIX, 4. Heft.

(5) *Ein Fall von Endocarditis nach rituelier Circumcision.* Prag. med. Wochenschr., 1891, N. 39.

(6) *Beitrag zur Kenntniss des Labenzym nach Beobachtungen an Säuglingen.* Jahrb. f. Kinderh., Bd. XXXIV, 1892, pag. 411.

(7) *Ueber Peptonbildung im Säuglingsmagen.* Archiv f. Kinderh. XVI, Bd.

(8) *Beitrag zur normalen u. pathol. Histologie des Säuglingsmagens.* Zeitschr. f. Heilkunde.

(9) *Ueber Mittel u. Schutzvorrichtungen zur Herabminderung der Kindersterblichkeit.* Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, XIX, Bd., 1895, pag. 334.

ancora all'evidenza di quanta utilità possano essere tali ospizi per *diminuire la mortalità infantile*. Ciò sembra a prima giunta un paradosso, ma pure l'ospizio di Praga (e, bisogna apertamente segnalarlo, per merito esclusivo dell'Epstein) ha dimostrato ad usura e nel modo più eloquente, cioè colle statistiche della mortalità alla mano, come questa in Praga sia una verità, che non va ormai più discussa.

KAISER FRANZ - JOSEPH KINDERSPITAL

(*Ospedale per bambini Imperatore Francesco-Giuseppe*).

Situato ad un estremo della Karlsplatz, la più vasta piazza della città, la fondazione di questo ospedale risale al 1842 per opera del Löschner.

L'intero caseggiato si compone di due edifici, il primo con pianterreno e tre piani superiori e un altro con pianterreno e un piano superiore, che è la stazione infettiva per la scarlattina e il morbillo. I due edifici sono divisi per mezzo di un viale con giardino.

Il primo edificio a pianterreno contiene la policlinica e tutti gli ordinari vani per l'economia domestica dell'ospedale, come pure la stanza per il direttore con un'annessa biblioteca. La policlinica risulta di due sale di aspetto e di una stanza di ricezione per i casi medici non infettivi. I casi infettivi vengono isolati ed osservati in una delle sale di aspetto. La policlinica chirurgica si tiene al secondo piano nella stazione chirurgica.

Al primo piano vi è la stazione interna, capace di 19 letti in quattro stanze, le quali sboccano su di un corridoio comune. Ad esso è aggregato un piccolo laboratorio chimico.

I letti sono in ferro della firma Ignazio Gottwald di Praga con fondo di rete metallica, con spalliere arrovesciabili in giù e materassi di crini di cavallo, per il resto similmente addobbati come quelli visti altrove. Le mensole e le altre masserizie sono tuttora in legno. Al capezzale di ogni letto pende una tabella in ferro dipinta in nero, che porta scritto il nome del bambino, l'età, la data della ricezione e la malattia attuale.

Le pareti delle stanze sia in questo reparto interno come negli altri e anche nella stazione infettiva dell'altro edificio sono dipinte ad olio soltanto fino a due metri circa dal pavimento, il resto è rivestito di parato di carta, come pure il soffitto, per cui è possibile soltanto una disinfezione parziale delle pareti.

Al secondo piano vi è la stazione chirurgica, anch'essa composta di quattro stanze, le quali sboccano in un corridoio comune e capace di contenere 23 a 30 letti, che sono in questo riparto tutti in legno. Sono esclusi d'ordinario dalla ricezione in questa stazione i casi di erisipela, che si curano ambulatoriamente, e in caso di assoluta necessità sono accolti in una stanza separata di osservazione. Annessa al reparto è la sala di operazione piuttosto piccola, preceduta da un'altra che serve da laboratorio fornita di tutto l'occorrente per la medicatura conservata in speciali stipi in ferro e vetro. Le pareti della sala di operazione sono completamente dipinte ad olio e la volta è per metà finestrata e quivi provvista di tendine per riparare dal sole; così pure è completamente finestrata la parete prospiciente verso la piazza. In questa sala si tiene anche la policlinica chirurgica, e i bambini infermi attendono nel corridoio ove sono dei sedili di legno incassati nel muro.

Al terzo piano vi è poi il reparto per i difterici, il quale ha in due stanze dieci letti, ancora in legno.

In una piccola stanza annessa vi sono anche due letti per i casi d'infezione mista, e inoltre vi sono due altre piccole stanze che fungono da laboratorio chimico-batterologico e una stanza per la farmacia.

Dappertutto le suore e le inservienti debbono dormire nelle sale degl'infermi, non essendovi speciali stanze per esse. Non esiste neppure una sala speciale per la cattedra, per cui il prof. Ganghofner, direttore dell'ospedale, è obbligato ad utilizzare per le lezioni una delle stanze al primo piano, procacciandosi lo spazio necessario col fare accostare i letti alle pareti durante il tempo della lezione.

La ventilazione e il riscaldamento in tutto questo edificio non offrono nulla di speciale, la prima attuandosi per il terzo superiore delle finestre e la seconda mediante ordinarie stufe.

L'edificio per i morbillosi e gli scarlattinosi era precedentemente quello destinato all'economia domestica ed è stato da poco trasformato in stazione infettiva. I due reparti, separati tra loro mediante un muro che s'innalza fino al tetto, hanno entrata distinta. A pianterreno posseggono una stanza da bagno e al piano superiore un'antisala provvista dell'occorrente per lavarsi e disinfettarsi le mani e delle vesti speciali da indossare. Da quest'antisala mediante porta che resta sempre d'ordinario chiusa si entra nella stazione. Nel reparto per il morbillo esistono dodici letti in due stanze, ancora in legno. Egualmente nove letti in legno esistono nelle due stanze del reparto per la scarlattina.

Questo secondo edificio è fornito di riscaldamento centrale a vapore proprio. Nel sotterraneo esistono le caldaie destinate alla produzione del vapore di acqua calda, che circola attraverso la tubulatura, che va nelle stanze a terminare nei tubi riscaldanti a nervatura collocati al disotto delle finestre. Evvi pure per gli scopi della ventilazione, oltre che questa può effettuarsi dal terzo superiore delle finestre a valvola, una speciale disposizione a valvola per aspirare l'aria guasta dalle stanze.

È permessa in questo reparto infettivo la visita dei parenti ai bambini, ciò che trova una ragione plausibile nel tipo di costruzione di esso.

Un piccolo edificio separato esistente nel giardino serve per uso di lavanderia ed ha il vano destinato all'apparecchio di sterilizzazione.

Le sezioni vengono eseguite in una stanza che resta a destra del pianterreno del primo edificio di regola da un assistente del prof. Chiari, professore ordinario di anatomia patologica nell'università tedesca di Praga; questi vien chiamato solo quando si tratta di sezioni importanti.

Nella stazione chirurgica il prof. Bayer, che ne è il direttore, volle gentilmente mostrarmi un caso molto interessante di difetto delle ossa dell'antibraccio con difetto anche delle ossa della colonna vertebrale e cifosi consecutiva non tubercolare, e un caso di angioma cavernoso che aveva invaso tutta la guancia destra curato con la legatura della carotide corrispondente, ma ciononostante non ancora sufficientemente ridotto.

Il latte viene sterilizzato a 100° nell'apparecchio di Thursfield a vapore corrente (le bottiglie sono inviluppate in sacchi umidi) per 3,4 d'ora.

Per le storie cliniche esistono dei moduli speciali, su cui sono distribuite convenientemente le domande necessarie a farsi per raccogliere una buona storia. Per la temperatura non esistono speciali carte grafiche, ma sia sulla storia clinica e sia su una carta speciale vengono segnati il grado di temperatura, come pure il numero dei polsi e delle respirazioni, dati che si raccolgono d'ordinario due volte al giorno, mattina e sera.

Vi è una speciale norma relativamente alla qualità dei cibi, in quanto che si distingue una dieta I, II, IIIa e IIIb e una dieta extra. La dieta I comprende una zuppa ordinaria a brodo; la dieta IIa, ancora zuppa di riso o di frumento; la dieta IIIa in più carne tagliuzzata nella zuppa, e la dieta IIIb comprende tutti i cibi.

La dieta-extra comprende la birra, il latte, le uova, il vino, il prosciutto e il pan bianco.

È stabilito nel regolamento dell'ospedale che 6000 giorni di cura all'anno sono gratuiti; quelli in più sono pagati col corrispettivo di fiorini 1,50 al giorno per bambini ammessi nella stazione diiferica e chirurgica e fiorini 1 al giorno per quelli ricevuti negli altri reparti.

Il servizio medico dell'ospedale è così ripartito :

1° Direttore dell'ospedale e delle stazioni interna ed infettiva : Professor Federico Ganghofner, il quale come straordinario di pediatria nell'Università tedesca di Praga riceve 1420 fiorini l'anno e 1000 fiorini come direttore dell'ospedale.

2° Direttore della sezione chirurgica : Prof. Carlo Bayer, che riceve 800 fiorini l'anno per la direzione di tale stazione.

3° Assistenti :

1° Assistente dottor Hans Goppold, addetto alla sezione medica, con 600 fiorini l'anno, vitto e alloggio gratuito;

2° Id. dottor Wilhelm Bittner, addetto alla sezione chirurgica, con 500 fiorini l'anno; id. id. id.;

3° Id. Secondario o Haushilfsarzt, dottor Anton Treschl, con 20 fiorini al mese senz'altro.

I primi due assistenti pagano però 10 fiorini al mese per il pranzo nell'ospedale.

La policlinica interna vien tenuta tutti i giorni dalle 9-10 a. m. e al giorno dalle 2-3 1/2 pom., la domenica e i festivi dalle 2-4 pom.

L'ambulanza chirurgica si tiene all'istessa ora del mattino nella sala di operazioni chirurgiche.

Il Prof. Ganghofner fa le sue visite al mattino dalle 8-9 a. m. nei suoi reparti e poscia assiste all'ambulanza interna.

Nel 1895 furono curati ambulatoriamente 11,432 bambini, ricevuti e curati nell'ospedale 1073, vaccinati 272.

La statistica della mortalità per difteria nello stesso anno è del 16,54 %, ma, se non si tiene conto di quelli entrati moribondi nell'ospedale, si ha una ~~statistica~~ ^{percentuale} del 12,08 %.

La clinica gode di un assegno annuo di fiorini 2500.

Corsi: — Il Prof. Ganghofner detta il suo corso di lezioni sulle malattie dei bambini nei semestri scolastici i giorni dispari, dalle 2-3 pom.

Il Prof. Bayer detta le sue lezioni sulla diagnostica chirurgica con speciale riguardo alle malattie chirurgiche dei bambini, il martedì e il giovedì dalle 4-5 pom.

I corsi sono frequentati da un numero ordinario di 12 a 15 uditeri.

Museo anatomico patologico. — Importantissimo in questo ospedale è il ricco museo anatomico-patologico che possiede e che gareggia con l'altro posseduto dall'ospedale per i bambini S. Anna di Vienna.

Esso racchiude una serie di oltre 800 preparati, frutto di una paziente raccolta iniziata fin dal 1855.

Anzitutto evvi una lunga serie di crani normali di bambini nelle varie età e di crani di bambini in arresto di sviluppo (difetti di ossificazione, microcefalia). Seguono i crani idrocefalici, anche d'idrocefalo congenito; in uno di essi tutta la scatola cranica enormemente grande è assottigliata talmente da essere ridotta ad una lamina papiracea trasparente, mentre di tessuto osseo non rimangono che poche tracce qua e là. Si tratta di un caso registrato nel catalogo il 19 marzo 1860 e che fu oggetto di una pubblicazione dell'epoca del dottor Lambe nelle « Mittheil. d. Kaiser Franz Joseph Kinderspitales in Prag ».

Vengono poscia i crani con persistenza della sutura frontale, i crani trigonocefalici, brachicelalici, rombocefalici, dolicocefalici, clinoccefalici e una numerosa serie di crani rachitici, crani con frattura ed usura da neoplasmii, con cefaloematoma, ecc.

Segue una copiosa raccolta di bacini normali e rachitici. Diversi bambini con rachitide fetale sono conservati in alcool. Esistono esemplari delle diverse affezioni rachitiche e tubercolari delle vertebre, di neoplasmii, infiammazioni, fratture delle ossa, d'infrazione rachitica del femore; un voluminoso sar-

coma della tibia, uno voluminosissimo della cavità toracica, un carcinoma della tibia in una bambina di anni 3 $\frac{1}{2}$.

Degli altri preparati riguardanti i più svariati organi e che sono tutti di un'importanza segnalata menzionerò qui quelli che maggiormente mi colpirono, giacchè sarebbe troppo lungo enumerarli tutti:

- 1° Struma in un neonato morto all'8° giorno di vita.
- 2° Diversi preparati di vizi congeniti del cuore (stenosi del cono arterioso, assenza del setto interventricolare, valvole pulmonari dell'aorta e dell'arteria pulmonare fenestrate, atresia degli ostii venosi ed arteriosi, persistenza del forame ovale e del duto di Botallo).
- 3° Diversi casi di noma della faccia e delle labbra.
- 4° Tre casi di perforazione dell'arteria anonima per compressione della cannula da tracheotomia.
- 5° Un caso di tubercolosi cronica del cuore in un bambino di tre anni morto di tubercolosi cronica generale.
- 6° Cervelletto deforme e deformità del processo falciforme minore.
- 7° Mioma del cuore in una bambina di 11 anni.
- 8° Perforazione dell'esofago da carie vertebrale in un bambino a 3 anni.
- 9° Sarcoma globocellulare dei reni e tumori sarcomatosi del fegato in seguito ad un sarcoma multiplo periostale in un bambino ad anni 2 $\frac{1}{2}$.
- 10° Ciclopia.
- 11° Tubercolosi cronica del midollo spinale in una bambina ad anni 1 $\frac{1}{2}$ con tubercolosi cronica generale. Il tubercolo del midollo della grandezza di circa una nocciuola esisteva nel confine tra il midollo lombare e dorsale, facendo protuberanza nel segmento posteriore di esso.
- 12° Idromielocoele e meningocoele spinale estirpato dalla regione sacrale di una ragazza a 10 mesi. Caso pubblicato dal Prof. Bayer nella « Prag. mediz. Wochenschr. », 1889, N. 20.
- 13° Glandola soprarrenale accessoria nella sostanza corticale del rene di un bambino morto ad anni 6 $\frac{1}{2}$ di meningite tubercolare.
- 14° Sclerosi atrofica dei lobi occipitali in un bambino ad anni 5 $\frac{1}{2}$.
- 15° Otto casi di decubito della laringe e trachea da intubazione alla D'wyer.
- 16° Glioma dell'emisfero sinistro del cervelletto.
- 17° Noma della laringe in un bambino a 4 anni, il quale dopo il morbillo ebbe noma della guancia destra; nonostante l'estirpazione sopraggiunse l'esito letale dopo 12 ore.
- 18° Cheilo-gnato-palatoschisi bilaterale in un bambino a 3 mesi morto per gastroenterite acuta.
- 19° Enterocistoma dell'ileo 45 cm. sopra la valvola ileo-cecale, della grandezza di una noce, in una bambina morta per difteria.
- 20° Sclerosi circoscritta profonda e rammollimento superficiale di ambo gli emisferi cerebrali con atrofia del destro in una bambina ad un anno con rachitide florida.
- 21° Mielo-meningocoele lombare con diastematomielia in un bambino con idrocefalo cronico.
- 22° Diversi casi di perforazione bronchiale da compressione di glandole linfatiche tubercolari peribronchiali.
- 23° Diprosopus triopus, emicefalia, spina bifida totale, labbro leporino doppio in uno stesso soggetto.
- 24° Situs abnormis viscerum, ciclopia ed ernia diaframmatica congenita in un feto ad 8 mesi.
- 25° Due casi di dislocazione delle tonsille, dell'ugola e del nodulo del cervelletto e della midolla allungata con prolungamento del 4° ventricolo nel canale vertebrale, prodotti da idrocefalo interno congenito — idromielia — uno dei quali in neonato di 60 giorni. Caso pubblicato dal Professore

Chiari nelle « D. d. k. Akad. der Wissenschaft in Wien », 1895. Nell'altro di essi esisteva idromielocoele lombo-sacrale.

26° Aneurisma parziale cronico dell'apice del ventricolo sinistro, miomalacia del cuore multipla recente in un bambino di 4 anni.

27° Alcuni casi di ulcerazione delle tonsille, della faringe e dell'estremità superiore dell'esofago in seguito a scarlattina.

28° Carie tuberculare del processo odontoideo dell'epistrotico con caverna tuberculare nel midollo allungato in un bambino di anni 12 $\frac{1}{2}$.

29° Emangiomi multipli del fegato in una bambina di 15 settimane — parecchi emangiomi cutanei simili e simile tumore grosso quanto una fava sulla pleura costale sinistra. I tumori cutanei offrivano l'aspetto di un angioma lipomatoso.

30° Ulcere d'iferiche della vulva e dell'ano in una ragazza di un anno e mezzo morta di d'iferi-faringea; bacilli d'iferici ripetutamente constatati sull'ulcere.

31° Porencefalia di ambo i lobi frontali.

32° Porencefalia di ambo gli emisferi cerebrali soltanto a destra aprentesi nel ventricolo laterale. In vicinanza dei pori da ambo i lati le circonvoluzioni sono atipiche ed esiste anche microgiria (cioè disposizione raggiata dei solchi tra le circonvoluzioni intorno al poro).

33° Atresia congenita dell'esofago in un neonato di due giorni. Il restringimento comincia a 4 cm. al disotto dell'estremo faringeo dell'esofago, ed esisteva pervio soltanto l'ultimo centimetro da esso, mentre il resto del tubo era completamente cieco. Nell'istesso caso esisteva atresia del retto e dell'uretra ed assenza dell'ano, assenza del rene e del vaso deferente di destra e criptorchismo a destra.

*
*
*

Il Prof. Ganghofner, laureatosi in Praga nel 1868, fu per alcuni mesi 2° assistente di anatomia presso il Prof. Bokdalek, poi per sette mesi medico secondario nel brefotrofio sotto il Prof. Ritter von Rittershain, poscia medico secondario nell'ospedale generale dal 1871-75 ed assistente nella clinica interna del Prof. Halla in Praga.

Nel 1876 fu nominato privato docente di medicina interna e si occupò a preferenza di laringologia, e a quest'epoca rimontano i suoi lavori sulla tonsilla e borsa faringea e i contributi sull'embriologia della laringe e parecchie pubblicazioni di natura clinica.

Nel 1882 fu nominato professore straordinario di medicina interna e direttore della relativa pol-clinica in Praga, e vi rimise fino al 1887.

Nell'autunno del 1886 ebbe la supplenza dell'insegnamento della pediatria nel Kaiser Franz-Joseph-Kinderspital, e nel maggio 1887 fu definitivamente nominato professore straordinario di pediatria e direttore dell'ospedale, succedendo al Löschner, che ne fu, come si è detto, il fondatore.

Il Ganghofner si occupa perciò esclusivamente di pediatria da 10 anni, mentre nei primi 17 anni della sua carriera si dedicò alla medicina interna e alla laringologia.

In questi dieci anni il Ganghofner ha portato parecchi importanti contributi allo studio delle malattie dei bambini.

Egli descrisse un caso rarissimo di carcinoma dell'utero (1), verificato anatomico-patologicamente, in una ragazza ad 8 anni, due nuovi casi di emorragia mortale per erosione dell'arteria anonima in

(1) Ein Fall von Carcinoma uteri bei einem 8 jährigen Mädchen. Prag. Zeitschr. f. Heilkunde, 1838, Bd. IX.

seguito alla tracheotomia (1), in cui accenna alla scarsa letteratura sull'argomento e ai mezzi preventivi per evitare tale gravissimo accidente; apportò il proprio contributo sui risultati ottenuti nella cura della stenosi laringea coll'intubazione (2), come pure recentemente comunicò i risultati ottenuti nell'ospedale della cura colla difteria col siero antidifterico Behring (3) i quali concordano con tutti quelli ottenuti in tutti gli altri ospedali pediatrici.

Nel suo studio sulla tetania (4) il Ganghofner confermò l'opinione pel primo emessa dall'Escherich (v. pag. 104) della dipendenza del laringospasmo dalla tetania, però egli ritiene che entrambi questi stati morbosi sieno d'ordinario in rapporto di effetto da una causa unica, qual'è la rachitide.

Nel Festschrift di Henoch (5) pubblicò i risultati della cura della pertosse coll'antipirina, ed ebbe a constatare come questo rimedio avesse un'efficacia eguale se non inferiore a quella degli altri medicamenti raccomandati nella cura di tale affezione.

Sulla patogenesi della corea cronica (6) e delle paralisi cerebrali spastiche nell'infanzia (7) ha poi il Ganghofner scritto delle memorie molto particolareggiate. Per quanto riguarda le paralisi cerebrali spastiche, poichè il reperto microscopico del midollo spinale non lasciò rintracciare alcuna degenerazione della via piramidale, così il Ganghofner nella sua prima memoria ammise un arresto delle inibizioni cerebrali sui riflessi spinali, presumibilmente provocato da disturbi corticali. Nella seconda pubblicazione sull'istesso argomento sull'appoggio di 13 casi clinici con consecutiva autopsia egli ha ammesso invece che tali paralisi spastiche provengano in buona parte dei casi da un'agenesia delle vie piramidali, consistente in una diminuzione delle fibre nervose, forse in sottigliezza abnorme di esse fibre, o in un'insufficienza funzionale delle stesse vie piramidali, allorchè nessuna lesione è microscopicamente in esse riscontrabile in dipendenza di lesioni cerebrali, specie della corteccia. In altra parte dei casi le paralisi sarebbero effetto di un'agenesia delle vie piramidali in dipendenza di un'anomalia funzionale del cervello allorchè questo si trova intatto, per la indiscussa inseparabilità delle fibre piramidali dai loro centri trofici, cioè dalle cellule piramidali della corteccia. Infine nel trattato di Terapia del Penzoldt e Stinzing sono suoi i capitoli sulla cura della difteria, della pertosse e della parotite.

BÖHMISCHES KINDERKRANKENHAUS

(Ospedale infantile boemo).

È un vecchio edificio adattato nel 1891 ad ospedale per i bambini. Ne è direttore il prof. Bodhan Neureutter, straordinario di pediatria nella Università ceca di Praga.

L'ospedale dispone di 35 letti in complesso.

A pianterreno vi è una sala, dove vien tenuta la polyclinica tutti i giorni dalle 9-10 antim. e dalle 2-3 pom., ad eccezione della domenica e dei giorni festivi. Al primo piano vi è la stazione interna con 9 letti, la sala di operazione fornita di una piccola farmacia e la stazione per morbillosi.

(1) *Ueber wädlche Blutungen durch Arresion der Arteria anonyma nach der Tracheotomie.* Prag. mediz. Wochenschr., 1889, n. 16 e 17.

(2) *Ueber die Behandlung der croupös-diphtheritischen Larynxstenose mittelst der O'Dwyer'schen Intubationsmethode.* Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XXX, 1890.

(3) *Erfahrungen über die Blutserumtherapie der Diphtherie.* Prag. mediz. Wochenschr., 1895, n. 1-3.

(4) *Ueber Tetanie im Kindesalter.* Prag. Zeitschr. f. Heilk., 1890, Bd. 12.

(5) *Ueber die Behandlung des Keuchstussens mit Antipyrin.* Festschr. v. Henoch, 1890, pag. 87.

(6) *Ueber Chorea chronica.* Prag. mediz. Wochenschr. 1895.

(7) *Ueber cerebrale spastische Lähmungen im Kindesalter.* Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XL, 1895.

Id. *Weitere Mittheilungen ueber cerebrale spastische Lähmungen im Kindesalter.* Prag. Zeitschr. f. Heilk., Bd. XVII, 1896.

con 4 letti, divisa dagli altri locali mediante un corridoio. I letti sono in ferro come nella stazione interna del Kaiser Franz-Joseph Kinderspital e le mensole sono anch'esse in ferro dipinto, per cui facilmente sterilizzabili. Anche le pareti delle stanze sono dipinte a colore per cui ne è facile la sterilizzazione. Siccome manca la capacità per i casi di pertosse, così le stesse stanze sono utilizzate in caso di bisogno e dopo una fondamentale disinfezione per i bambini sofferenti di tale malattia. Al secondo piano separate tra loro da un corridoio e da un'antisala vi sono le due stazioni per i difterici con 6 letti e per gli scarlattinosi con 9 letti. I casi chirurgici sono ricevuti anch'essi in questo piano in due altre stanze separate con 10 letti.

Nell'ospedale vengono ammessi i bambini dal 1° al 14° anno incluso; sono esclusi i casi di vaiuolo e i lattanti, salvo il caso che questi non sieno già svezzati. L'ospedale è fornito di cucina e lavanderia propria, come pure ha un vano per l'apparecchio di sterilizzazione. Il servizio è disimpegnato dalle monache, ed è soprattutto da lodarsi la nettezza e l'ordine scrupoloso che da esse vengono mantenuti.

Le sezioni vengono eseguite nell'istituto anatomico-patologico universitario, che è un grandioso edificio in vicinanza immediata dell'ospedale.

I bambini ricevuti nella clinica sono divisi in tre classi: 1° quelli che pagano un fiorino al giorno; 2° quelli mantenuti a spese della provincia e 3° quelli curati gratuitamente.

Il prof. Neureutter fa lezione tre volte la settimana dalle 2-3 pom., il martedì, il giovedì e il venerdì, e fa la visita nelle varie stazioni dell'ospedale la mattina dalle 8-9 a. m.

Egli riceve lo stipendio dallo Stato di professore straordinario (1600 fiorini l'anno).

Il chirurgo prof. Frant Michl e l'oculista prof. Jan Deyl prestano il loro servizio gratuitamente. L'assistente clinico, il dott. Antonin Haasz, riceve 600 fiorini l'anno con alloggio gratuito, l'assistente secondario, dott. Vilém Hüttel, 300 fiorini l'anno e alloggio gratuito.

Nel 1895 furono curati ambulatoriamente 5893 bambini e nei vari riparti dell'ospedale 395 bambini. L'assegno annuo di cui dispone la clinica è di fiorini 200.

Da quest'ospedale, stante l'epoca recente della sua fondazione, ma soprattutto per la mancanza di un laboratorio chimico-batteriologico per le ricerche, non sono usciti che alcuni contributi clinici nella Gazzetta dei medici boemi oltre alle osservazioni eseguite durante l'anno registrate negli annuari dell'ospedale.

**

Il prof. Neureutter è noto specialmente per i suoi lavori sui tumori e sulla tubercolosi dello stomaco (1), per un lavoro completo sulla cirrosi del fegato (2) e per un altro sulla degenerazione grassa ed amiloidea dello stesso nei bambini (3).

Numerosissimi altri contributi di natura clinica del Neureutter trovansi nelle « Pädiatrische Mittheilungen aus dem Prager Franz-Joseph Kinderspitale » fatti da solo o in collaborazione col professore Steiner, col dott. Salomon ed altri.

(1) STEINER e NEUREUTTER. *Tuberkulose im Kindesalter*. Prager Vierteljahresschrift, 1865, 22. Jahrgang, 2. Bd.

NEUREUTTER e SALOMON, Oesterreich. Jahrb. f. Pädiatrik. VII. Jahrg. 1876, 1. Bd.

(2) NEUREUTTER, Oesterr. Jahrb. f. Pädiatrik. VIII, 1887.

(3) STEINER e NEUREUTTER, *Die fetige u. amyloide Entartung der Leber im Kindesalter* Jahrb. f. Kinderheilk., III. Bd., 1865.

**

Debbo con vero compiacimento segnalare che tanto il brefotrofo come i due ospedali infantili di Praga saranno fra non molto trasferiti in nuovi locali, ciò che dimostra ancora una volta quanto siano tenuti a cuore il benessere e la salute della infanzia all'estero.

V I E N N A .

Vienna è la città più ricca di ospedali per i bambini. Se ne contano ben sei: il St. Annen — il St. Joseph — il Leopoldstädter — il Kronprinz-Rudolph — il Karolinenkinderspital e la sezione pediatrica della Policlinica generale; oltre a questi esiste il primo istituto pediatrico viennese, di cui è direttore il prof. Kassowitz, e finanche un ospedale per la cura omeopatica dei bambini infermi, i Tauber-Lebenswarth'sche Kinderspital, che io trasalciai naturalmente di visitare.

Le notizie relative alla costruzione di questi ospedali ho attinto in gran parte dal « Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, III, 1894. Wien u. Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1896 ».

St. ANNEN - KINDERSPITAL.

(Ospedale per bambini S. Anna).

È il più antico, ma sempre il più importante ospedale infantile di Vienna. Quarto per ordine di fondazione in Europa, fu aperto il 26 agosto 1837 dal dott. Ludovico Guglielmo Mauthner con uno spazio capace di soli 12 letti per bambini dai 4 ai 12 anni, mentre oggi dispone di 131 letti.

Situato nel IX distretto della città, alla Kinderspitalgasse, n. 6, rappresenta un fabbricato costituito da due grandi edifici separati tra loro da un intervallo messo a giardino di circa 12 metri. Entrambi gli edifici poi sono separati dalle strade adiacenti per mezzo di viali di 4 a 5 metri di larghezza.

L'edificio posto a sud è il più antico. Costruito negli anni 1847-49 ed ampliato nel 1876, mostra un disegno a ferro di cavallo con un lungo prospetto sulla Kinderspitalgasse e due brevi sezioni laterali, il tutto ad un piano.

Originariamente l'ospedale era in una posizione completamente aperta e godeva di aria e di luce esuberante; oggi invece è circondato da case e da caserme a tre o quattro piani, che hanno in parte limitato l'arrivo sufficiente di aria e di luce. Nell'ospedale sono ammessi i bambini fino ai 14 anni, ad eccezione dei lattanti, i quali vengono ricevuti soltanto per scopo di lezione; e l'ospedale per essi ha diritto a due nutrici gratuite dal prossimo brefotrofo. Naturalmente, nei casi frequenti di bisogno, il latte si sterilizza con l'apparecchio del Soxhlet.

All'edificio sud si accede da un ingresso principale situato alla Kinderspitalgasse, n. 6., donde si passa in un vestibolo che presenta a destra l'abitazione del portiere e a sinistra conduce nelle stanze ove si tiene la policlinica. Dallo stesso vestibolo si accede per una porta situata di fronte all'ingresso in un lunghissimo corridoio, nel cui centro corrisponde la scala di accesso al piano superiore. All'abitazione del portiere fa seguito il locale destinato a conservare le biancherie dell'ospedale, e ad esso quello dell'amministrazione dell'ospedale. Dal corridoio si può dal lato sinistro dell'ingresso accedere nei locali della policlinica, ma quest'ingresso è destinato per i soli medici, mentre gl'infermieri entrano dalla porta che sta a sinistra del vestibolo.

La policlinica consiste in una sala di aspetto e di due stanze di ordinazione, e ad essa segue a sinistra l'ufficio di amministrazione.

Separata dal corridoio, trovasi nell'ala est la farmacia, la cucina e la lavanderia ed una scala a due braccia che mena al primo piano; all'ala ovest del corridoio esistono invece le abitazioni per un medico ed un inserviente, un piccolo ufficio di registratura, un vano di deposito dei cadaveri, una sala per le sezioni, un vano per la disinfezione, due camere ancora pei cadaveri e un'altra per la benedizione di essi.

Al primo piano è situato il riparto interno, il riparto chirurgico e la stazione di osservazione dei casi dubbii, mentre al pianterreno all'estremo dell'ala est del corridoio trovasi la stazione per i morbillosi. Allo stesso piano superiore vi è la cattedra e un museo anatomico-patologico interessantissimo. In questo piano superiore evvi la medesima distribuzione, cioè un lunghissimo corridoio ove sboccano tutte le sale degl'infermi, illuminato da finestre che guardano verso il nord sul giardino che separa questo edificio dall'altro a nord, che è la nuova stazione infettiva. Sotto le nicchie delle finestre del corridoio esistono delle casse per deposito di materiale da bruciare e di altre masserizie.

La stazione interna comprende tre sale con 25 letti. Le sale sono abbastanza oscure, non ricevendo ciascuna di esse luce che da una sola finestra posta al lato sud e la quale secondo l'antico modello si arresta a circa mezzo metro e più dal soffitto. Le pareti delle stanze sono dipinte ad olio grigio fino a due metri di altezza e sono biancheggiate nel resto, come pure il soffitto; i pavimenti in legno di pino dipinto in giallo-marrone. I letti sono ancor essi in legno, con spalliere amovibili, materassi e cuscini di alghè, coperti di lana; sul materasso è disteso un lenzuolo e su questo una stoffa impermeabile ravvolta in un altro lenzuolo. I tavolini da notte sono anche in legno. Al capezzale del letto pendono le solite tabelle in ferro dipinte in nero, su cui è scritto il nome del bambino, l'età, la data della ricezione in clinica, la diagnosi clinica e la cura e la dietetica giornaliera del bambino infermo. Il riscaldamento delle stanze si effettua mercè stufe in ferro, e la ventilazione ha luogo dal terzo superiore delle finestre e da fori praticati sulla soffitta per scacciare l'aria guasta. Dal centro di ogni sala pende una grossa lampada a luce Auer.

Stante la scarsezza della luce, allorchè al mattino l'assistente passa la consueta visita giornaliera i bambini vengono portati uno per volta dal proprio letto sopra un tavolo di osservazione ricoverato di una stoffa nera impermeabile, il quale trovasi in vicinanza della finestra della sala. Sul tavolo si distende un lenzuolo e su questo si fa giacere il bambino.

La stazione chirurgica presenta colla stessa distribuzione 16 letti in due stanze; una terza stanza è adibita a sala di operazione, stanza che risente ancora molto dell'antico, essendo uguale alle altre già descritte; se non che ha una finestra in più verso lo stesso lato sud.

Il professor Weinlechner, direttore di questo reparto, viene a passare la visita tre volte la settimana ed esegue i necessari atti chirurgici.

Separata da una piccola antisala e da una porta sempre chiusa e all'estremo destro del corridoio trovasi in questo primo piano la stazione quarantena, costituita di altre due stanze con 7 letti per i casi sospetti. I letti e le tabelle situate sul capezzale di ogni letto sono in questo riparto di nuovo modello e perfettamente identiche a quelle che descriveremo parlando del padiglione dei difterici.

A pianterreno trovasi, come abbiamo detto, la stazione pei morbillosi con 9 letti in 4 stanze; essa non offre nulla degno di menzione, perchè è tutta costruita sul tipo del vecchio edificio; soltanto ciascuna stanza possiede due a tre finestre, sicchè questo riparto appare discretamente illuminato.

Tutti i vani esistenti al pianterreno hanno le soffitte arcuate.

Nel centro del corridoio del piano superiore, allo sbocco della scala, vi è la cappella e un piccolo vano laterale per deposito di masserizie inutili.

Nuovo padiglione infettivo. — A nord di questo edificio fu costruito in due diverse epoche, cioè nel 1891-93 e nel 1894-95 un padiglione infettivo, che presenta una costruzione oblunga trasversale e

due ali più brevi dirette a nord e a sud d'inequale disposizione; cioè mentre quello ad ovest è a due piani e con l'entrata e la scalinata al lato ovest, l'ala est è invece come la costruzione mediana ad un piano e possiede l'entrata al lato sud e la scalinata alla fronte nord. L'intero padiglione è diviso mediante un muro che dallo scantinato giunge fino al tetto, e diretto da nord a sud in due riparti, di cui quello situato ad est è destinato ai difterici, quello ad ovest agli scarlattinosi.

Il riparto per i difterici fu inaugurato sin dal 12 luglio 1893, quello per la scarlattina soltanto il 26 gennaio di questo anno.

Precedentemente i bambini affetti da scarlattina erano ricevuti in due stanze poste a pianterreno dell'antico edificio al nord-ovest presso il bureau di amministrazione, con una capacità di nove a dieci letti.

La stazione destinata ai difterici ha al pianterreno come al primo piano della costruzione mediana per ognuno due sale per infermi capaci ognuna di 5 a 7 letti; a pianterreno ed all'ala est 2 stanze per il personale medico, una stanza di operazione, un gabinetto per le inalazioni secondo il sistema del Dott. Clar, una stanza da bagno, una cucina per mantenere in caldo i cibi (Theeküche), l'abitazione del servo e un cesso a valvola: infine a fianco alla scala di accesso al piano superiore vi è una scala per discendere nello scantinato del padiglione.

Al primo piano, oltre le due sale più grandi per infermi corrispondenti nell'appiombio di quelle del pianterreno, esistono altre cinque piccole stanze con due letti ognuna nell'ala est, tutte sboccanti in un corridoio comune.

Queste stanze sono destinate anche allo scopo della cura di bambini, le cui madri volessero assisterli nell'ospedale; possono quindi anche fungere da gabinetti separati a pagamento. Inoltre allo stesso piano superiore vi è il laboratorio per le ricerche batteriologiche, microscopiche e chimiche, l'abitazione per le suore, una cucina, una stanza da bagno, un cesso e la scala per salire sul tetto.

In complesso adunque la stazione difterica dispone di 38 letti per infermi.

Superfluo è qui parlare della decenza e della nettezza scrupolosa congiunte ad un lusso non soverchio sia di questo riparto come e ancora più di quello degli scarlattinosi di più recente costruzione, per cui il visitatore riceve l'impressione più gradita, senza che l'occhio si stanchi per soverchia tinta di colori od eccessiva smaglianza di essi.

Ogni stanza all'epoca dell'inaugurazione del padiglione aveva le pareti dipinte in colore grigio lapideo facilmente sterilizzabili, e dopo due anni furono dipinte a colore smaltato. Il soffitto è imbiancato e sono stati evitati gli angoli morti. Le finestre nelle due stanze più grandi, in numero di tre per ognuna, sono collocate rispettivamente a nord e a sud, e nelle più piccole sono disposte a sud, una per ogni stanza.

Esse sono alte fino al soffitto e permettono la maggiore luce ed areazione desiderabile.

Sono state evitate sulle finestre e sulle porte le palette di legno, e soltanto gli spigoli vennero arrotondati con angoli di ferro. Le ali superiori delle finestre sono state costruite assolutamente a valvola per gli scopi della ventilazione. Nel mezzo di ogni sala pendono una o due lampade a luce elettrica protette da un paralume di ferro dipinto a olio verde. I pavimenti di tutti i vani, ad eccezione delle stanze per i medici e per il personale di guardia, sono di terrazzo, mentre gli altri sono di piattabanda di quercia. I letti sono in ferro massiccio dipinti in rosso o in verde; le spalliere laterali sono abbassabili fino all'altezza dei materassi, ma possono mediante uno speciale uncino di arredo essere soffermate anche ad un'altezza intermedia; inoltre i letti sono facilmente trasportabili, essendo forniti di rotelle. Il fondo del letto è un materasso di fili d'acciaio fuso, facile a togliersi via. I materassi come i due cuscini spettanti a ciascun letto sono di alghe, le coperte di lana. Sul materasso è, come al solito, disteso un pezzo di stoffa impermeabile ricoverta da un lenzuolo di lino.

Di modello affatto speciale sono le tabelle di lavagna collocate sul capezzale di ogni letto che qui riportiamo:

Nome		N°	Età
Inizio della malattia		Data della ricezione	
Diagnosi			
Terapia		Dieta	Osservazioni
Interna	esterna		
Malattie infettive sofferte			Vaccinato o non

Tutte le masserizie del padiglione rispondono perfettamente alle vedute scientifiche moderne, essendo state costruite per quanto più è stato possibile in ferro e in vetro, a cominciare dalle sedie e dalle poltrone, dai tavolini da notte alle mensole ove si depositano le vasche con i liquidi disinfettanti per contenere gli strumenti, agli stipetti a muro e a quanto occorre per conservare le medicine, i liquidi antisettici e i materiali di medicatura. Inoltre tutti questi pezzi (ad eccezione naturalmente degli stipetti appesi al muro) sono facilmente trasportabili, perchè provvisti di rotelle.

I bacinetti, i tini, le vasche sono di porcellana, i vasi da notte di ferro smaltato.

Nelle sale degl' inferni sono adattati alla speciale condotta per l'acqua calda i nebulizzatori a vapore per i casi di stenosi laringea. Inoltre il medico osserva i bambini difterici con una speciale lampada elettrica fornita di uno schermo di vetro circolare per evitare che membrane difteriche o altro possano direttamente colpirlo negli sforzi di tosse del bambino.

Ciascun bambino ha la propria spatola abbassa-lingua di legno. Alle vasche da lavaggio che si trovano in ogni sala arriva soltanto la condotta ad acqua fredda. Però l'acqua calda può sempre ad ogni momento ottenersi, perchè ad ogni rubinetto nelle grandi sale è annesso il serpentino con riscaldamento a gas del Lautenschläger di Berlino, che permette riscaldare prontamente l'acqua; oltre di che nel laboratorio della stazione le vasche da lavaggio hanno sempre la doppia condotta ad acqua calda e fredda.

La ventilazione, oltre che dalle ali superiori delle finestre, si effettua secondo il principio della ventilazione naturale mediante gelosie collocate verso il soffitto e chiusini al pavimento della stanza, combinati col riscaldamento a vapore sotto pressione, i cui tubi riscaldanti sono provvisti di valvole. Allorchè si attua il riscaldamento le gelosie si tengono chiuse e l'aspirazione dell'aria vien regolata secondo il bisogno dall'apertura del chiusino.

Il riscaldamento della stazione è centrale, e nelle sale si opera mediante i soliti tubi riscaldanti collocati sotto le finestre.

In ogni piano in caso di scoppio d'incendio è stato provveduto, oltre che col mettere l'edificio in comunicazione diretta colla caserma dei pompieri della città, anche con un mezzo per soffocare possibilmente prontamente l'incendio; esiste cioè una bocca d'incendio fornita di lunghi tubi di canape.

Nei piccoli gabinetti ove si trovano i cessi a valvola esistono dei cilindri a chiusura ermetica per buttare la biancheria sporca della stazione. Questa arriva nel sotterraneo e di qui viene prelevata.

Gli abiti del bambino vengono sterilizzati nell'apparecchio di disinfezione a vapore corrente del

Thursfield; le biancherie vengono messe prima in una soluzione di lisolo al 5 ojo per 24 ore, poi lavate fuori l'ospedale (che non possiede una lavanderia propria), e infine vengono sterilizzate nello stesso apparecchio del Thursfield.

Il padiglione difterico ha un sotterraneo soltanto nell'ala est. In ogni sezione del sotterraneo si trovano: una stanza per le caldaie, un magazzino di deposito del materiale da bruciare, un vano per l'uscita delle biancherie sporche, un magazzino di deposito per gli abiti dei bambini ricoverati nella stazione, un apparecchio di disinfezione Thursfield con due separati accessi e una vasca contenente il 5 ojo di soluzione di lisolo per la raccolta delle biancherie sporche gittate dai cilindri. Inoltre si trova una speciale pompa ad aria messa in attività da un motore elettrico per la camera da inalazione al piano superiore. La corrente per mettere in azione questa macchina, come pure per la illuminazione elettrica dell'edificio vien fornita dalla società austriaca per la illuminazione elettrica.

L'accesso al sotterraneo è fatto in modo da giungervi senza passare per il vestibolo e la scalinata messa a pianterreno della stazione. Una speciale caldaia fornisce vapore, che può far pervenire l'aria nelle sale degl'infermi fino all'80-90 ojo di umidità ed in modo che possa aver luogo insieme con la corrente del vapore una polverizzazione di sostanze medicamentose.

Stanze per bagni furono costruite soltanto a pianterreno; al piano superiore esistono solo vasche da bagno in zinco trasportabili, le quali vengono alimentate da stufe di acqua di gassometro, le quali sono collocate in parte nella cucina per riscaldare i cibi e in parte nel corridoio. Nelle cucine destinate a tenere in caldo i cibi (Theeküche) si trovano stufe di acqua di gassometro, truogoli per lo sciacquamento e vasche per prendere l'acqua fredda e calda, in quella a pianterreno anche stipi con becchi a gas per mantenere in caldo i cibi.

La stanza da tracheotomia è provvista di due tavole da lavaggio, una grande vasca di porcellana per l'acqua e una stufa di acqua di gassometro, dalla quale ultima vien condotta acqua calda. La grande finestra della sala è costruita in ferro lavorato. Tutti gli scarichi d'acqua sono provvisti di sifoni nei relativi tubi aspiratori che si prolungano fin sopra il tetto. I liquidi di rifiuto vengono riportati via dai canali vuoti, i quali nell'interno dell'edificio risultano di tubi pesanti di ferro fuso e all'esterno di tubi in materiali di pietra.

La stazione per gli scarlattinosi, situata, come abbiamo detto ad ovest della precedente, è composta di un pianterreno e di due piani superiori, con tre finestre su ciascuna fronte, nord e sud, e l'ingresso come la scala di accesso ai piani superiori al lato ovest.

L'intera stazione dispone di 36 letti. Ad ogni piano è una grande stanza, a pianterreno capace di 11 letti, al 1° piano di 10 e al 2° di 6; inoltre al 1° piano vi sono due stanze più piccole rispettivamente per 2 e per 5 letti e al 2° piano una sola per 2 letti. Al pianterreno esistono poi la stanza per il medico, quella da bagno, per il cameriere, per la cucina e i cessi a valvola con i soliti cilindri. Al 2° piano evvi la stanza per la suora, il magazzino di deposito, una cucina e un cesso. Le vasche da bagno facilmente trasportabili si trovano nei due piani superiori sui pianerottoli della scalinata.

Il padiglione nel resto, come tipo di costruzione e come arredamento interno, è del tutto simile al precedente già descritto; soltanto alla ventilazione estiva è stato meglio provveduto mediante i cosiddetti ventilatori della patente Vittoria. Inoltre tutto il padiglione è fornito di scantinati, i quali hanno gli stessi vani descritti per quello del padiglione difterico. Le pareti delle sale sono momentaneamente dipinte in colore di colla e saranno due anni dopo la costruzione dipinte anche a colore ad olio smaltato, come già è stato fatto per quelle del padiglione difterico.

Nella stazione per la scarlattina s'immunizzano, senza eccezione, tutti i bambini con 100 unità immunizzanti di siero antidifterico; ciò sia per la ragione che in questa stazione si trova sempre qualcuno o parecchi casi d'infezione mista scarlattinoso-difterica e sia per la innocuità di tali immunizzazioni per sè stesse.

Non esistendo una speciale stanza di operazione, queste si eseguono in una delle grandi sale dei tre piani, nel centro delle quali sono collocati dei letti speciali di operazione in vetro e ferro, i quali al disotto hanno uno stipo costruito similmente in vetro e ferro per conservare tutta la biancheria pulita e sterilizzata e il materiale di medicatura occorrente nelle operazioni.

La temperatura in queste stazioni infettive vien misurata 5 volte al giorno, ogni 2 o 3 ore, nei casi in cui v'è poca febbre, ogni ora nei bambini fortemente febbricitanti. Si calcola una suora infermiera per ogni cinque bambini, mentre nelle stazioni non infettive evvi una suora per ogni otto bambini.

La temperatura si segna sopra una carta speciale, non grafica.

La visita dei parenti ad entrambi i padiglioni infettivi non è permessa che molto eccezionalmente; però essi possono informarsi della salute dei loro bambini dalle 2-3 pom. di ogni giorno. Invece nei reparti non infettivi è concesso ai parenti visitare gl'infermi dalle 10-11 e dalle 3-4 pom. di tutti i giorni. Le visite mediche degli assistenti nelle sale hanno luogo al mattino dalle 8-10 a. m.

Ogni bambino riceve sempre d'ordinario il solito bagno di nettezza prima di entrare in clinica.

Si distinguono, come nell'ospedale Imperatore e Imperatrice Federico di Berlino, anche qui tre diverse gradazioni di forma nella difteria: buona, dubbia e grave, designate rispettivamente con le iniziali *A, B, C*.

Il servizio medico dell'ospedale è così distribuito:

1) Direttore dell'ospedale e delle sezioni medica e infettive: Prof. Herrmann Freiherr v. Widerhofer, ordinario di Pediatria nell'Università di Vienna. Riceve il solo stipendio di professore dallo Stato, e nulla come direttore dell'ospedale.

2) Direttore della sezione Chirurgica: Prof. Josef Weinlechner, straordinario di Chirurgia nell'Università. - Gratuito.

3) Oculista dell'ospedale: Dott. Ludwig Herz v. Hertenried. - Gratuito.

4) Assistenti:

a) Assistente clinico Dott. Emilio Frenz;

b) Assistente clinico di 1^a classe Dott. Giovanni Fiala; } 25 fiorini al mese, vitto e allog-

c) Assistente della stazione difterica Dott. Carlo Folger; } gio compreso.

d) Assistente di 1^a classe per la stazione scarlattina Dott. Dionisio Pospischill con 35 fiorini al mese, colazione, pranzo e alloggio gratuiti (senza diritto a cena);

e) Assistente batteriologico Dott. Jacob Bernheim.

Il prof. Widerhofer detta le sue lezioni di clinica pediatrica dalle 11-12 m. nel semestre estivo, e dalle 12-1 nel semestre invernale, nei giorni di lunedì, martedì, venerdì e sabato; il prof. Weinlechner dà lezioni di chirurgia dei bambini all'istessa ora il solo mercoledì.

L'ambulatorio medico ha luogo ogni giorno dalle 11 in poi, e dura quasi sempre da tre a quattro ore, stante l'enorme affluenza di bambini infermi. Esso è tenuto indistintamente dai tre assistenti, Dottori Frenz, Folger e Pospischill. L'ambulatorio chirurgico ha luogo tutti i giorni dalle 11 1/2-12 1/2 e vien tenuto dal Dott. Fiala; l'ambulatorio oculistico è tenuto dal Dott. Herz tutti i giorni, eccetto la domenica ed i festivi, dalle 10-11 a. m.

La vaccinazione si esegue il martedì e il mercoledì dalle 3-4 pom.

Il movimento dei bambini infermi osservati e curati nei tre anni 1892-93-94 va così ripartito:

Nel 1892 curati ambulatoriamente e provvisti gratuitamente dei necessari		
medicamenti	N.	28,902 bambini
Vaccinati	»	431 »
Accolti e curati in clinica	»	1,411 »
In tutto	N.	<u>30,749 bambini</u>

Nel 1893 curati ambulatoriamente	N.	29,678	bambini
Vaccinati	»	412	»
Accolti e curati in clinica	»	1,555	»
	In uno	<u>31,645</u>	bambini
Nel 1894 curati ambulatoriamente	N.	29,864	bambini
Vaccinati	»	295	»
Accolti e curati in clinica	»	1,723	»
	In uno	<u>31,882</u>	bambini

Come si vede, un numero così cospicuo di bambini non vien raggiunto da nessuno degli altri ospedali infantili da me visitati.

La sieroterapia antidifterica fu inaugurata il 5 ottobre 1894.

La mortalità per difteria discese nel primo semestre del 1895 al 19,1 o/0 colla cura del siero.

L'assegno della clinica è di fiorini 250 annui.

Museo anatomo-patologico - Quest' importantissimo ospedale del Widerholer possiede anche un notevolissimo museo anatomo-patologico, e debbo alla cortesia dell'attuale settore prof. Kolisko, se ho potuto visitarlo e studiarlo.

La raccolta, che risulta di oltre 900 preparati, ha avuto origine fin dal 1853, ed è un lavoro paziente dei diversi settori che si son succeduti l'un dopo l'altro (Io Schrott, l'Hüttenbrenner, il Kunrath, il Chiari e attualmente il Kolisko).

Anzitutto colpisce una lunga serie di preparati di crani di bambini delle diverse razze mondiali e delle diverse età, a cominciare dai neonati. Vengono consecutivamente crani con le più svariate malattie e difetti di sviluppo delle ossa: iidrocefalo, ipertrofia ed atrofia della diploe, atrofia del cranio, id. con ossificazione della duramadre, ipertrofia del cranio in un cretino, sclerosi del cranio, osteofiti dello stesso, osteoporosi, cranio a forma sferica, obliqua, crani plagiocefalici, dolicocefalici, oxicefalici, brachicefalici, anencefalici, trigonocefalici; acrania, microcefalia, persistenza della sutura frontale, eburneazione del cranio, ciclopia e carie delle diverse ossa del cranio e della faccia. Seguono scheletri con rachitide delle ossa, frattura delle ossa, tubercolosi, sequestri.

Tra i preparati riguardanti le malattie cerebrali, menzionerò: ulcera della duramadre, atrofia del cervello, atrofia del cervelletto in un cretino, meningite cerebro-spinale, sarcoma midollare del cranio, ernia cerebrale, tubercoli del cervello, del ponte, del verme inferiore del cervelletto, spina bifida, fungo del talamo ottico.

Tra i preparati riguardanti gli altri organi e tessuti passerò qui in rassegna quelli che richiamano maggiormente la mia attenzione:

Timo enorme;

Ulcere laringee tifiche e difteriche;

Doppia fossa di Morgagni;

Un aneurisma parziale del ventricolo sinistro del cuore in un bambino di 4 anni da peri-, mio- ed endocardite;

Polidactilia in un neonato alle mani ed ai piedi;

Duplicatura della pleura in un bambino di parecchi giorni, causata da un muscolo anormale, che dal diaframma in vicinanza del forame per la vena cava con un giro spirale si dirigeva all'ilo dei polmoni.

Id. per decorso anormale della vena azigos.

Microsomia parziale della metà sinistra del corpo; l'aorta provvede la metà superiore del corpo, mentre l'arteria polmonale diviene aorta discendente; la vena anonima di sinistra penetra all'altezza dell'ultima vertebra cervicale nel canale vertebrale e ne esce a livello della 4ª vertebra lombare per funzionare come vena cava inferiore.

Syrenomeles (nato morto), cioè estremi inferiori riuniti insieme, sotto forma d'un moncone cuneiforme.
Acefalia-peroatallia.

Assenza del corpo calloso e del fornice in un bambino di 1 1/2 anni; gli emisferi del cervello sono piccoli, la maggior parte del cervelletto resta perciò scoperta.

Diverticoli dell'ileo e del colon ascendente.

Onfalocèle.

Situs inversus viscerum.

Ossificazione delle suture craniche (della porzione anteriore della sutura sagittale, della sutura sfeno-parietale, della coronaria e frontale).

Difetto della calvarie prodotto da una macchina, della lunghezza di cm. 14 e della larghezza di cm. 10.

Cefaloematoma - varii esemplari.

Sifilide del cranio.

Itiosi congenita in un neonato di tre giorni. La cute è in numerosi punti variamente fenduta e su di essa giacciono lamelle epidermiche piccole e grosse di grandezza e forma varia. Ai lati flessorii, nella nuca, nel lato anteriore del collo e dell'addome esistono atrofie, su cui giace a nudo il corion sottostante colorato in bruno.

Edema della glottide.

Bronchiectasia.

Cisti mucosa all'ilo del polmone sinistro in un bambino di un anno.

Varii casi di ascessi del polmone.

Tubercolosi del ventricolo destro del cuore in un bambino a otto mesi e in un altro a 2 anni.

Difteria esofagea consecutiva alla laringea in un bambino ad anni 1 1/2.

Ulcere tubercolari dello stomaco (in numero di due) nella sua parete posteriore presso il piloro — in un altro caso l'ulcera tubercolare risiedeva sulla parete anteriore.

Invasioni e prolassi del retto, polipi del colon e dell'S iliaca.

Sarcoma del quadricipite femorale e del muscolo sterno-ckeido-mastoideo della lunghezza di 3 cm. e di 2 cm. di spessore in un bambino a 10 anni.

Angioma lipomatide della cute e del tessuto cellulare sottocutaneo. Il tumore cutaneo, della grandezza di un uovo di pollo, mostra nel centro una depressione dell'aspetto di una cicatrice e intorno alla stessa margini elevati a cercine. Nel connettivo sottocutaneo esso risulta di numerose piccole elevazioni fino alla grandezza di un pisello. In queste produzioni come in quella cutanea il tumore è provvisto di numerosi vasi a pareti spesse, tra i quali si trova tessuto connettivo fibroso e nel connettivo sottocutaneo anche adiposo.

Scheletro di un acefalo, in cui oltre il cranio mancano anche le vertebre cervicali. L'estremo superiore della colonna dorsale è curvato verso il davanti e mediante brevi masse ligamentose sta in connessione con un osso prismatico giacente nella superficie anteriore di essa colonna, lungo 2 cm. Le estremità superiori mancano, esistono scapole rudimentali.

Cranioschisi.

Cisti pedunculata dell'ovario destro in una bambina di poche settimane, della grandezza di un uovo di pollo.

Ernia dell'ovario sinistro — in una bambina di pochi giorni — *discesa nel canale inguinale sinistro insieme con la tromba di Falloppio sinistra.*

Atrofia dell'emisfero cerebrale sinistro e sclerosi in un idiota a 3 anni.

Tubercolosi del talamo ottico e del corpo striato in un bambino a 7 anni morto di tubercolosi miliare. Il talamo ottico e il corpo striato di sinistra sono ingranditi e negli stessi giace, raggiungendo fino il peduncolo cerebrale corrispondente, un tubercolo della grandezza maggiore di un uovo di oca; il tratto ottico di sinistra è aumentato di larghezza.

Concrezione a guisa di smalto del ponte di Varolio comprimente e restringente l'acquedotto di Silvio. *Colesteatoma del cervelletto* nella sua superficie inferiore: all'esterno del centro del verme inferiore e in corrispondenza delle piramidi esiste una massa splendente come madreperla.

Mioma del ventricolo sinistro del cuore in un bambino di poche settimane avente origine dal setto, provvisto di un largo peduncolo di cm. 2 1/2 di lunghezza e 1 cm. di larghezza; il tumore restringeva l'ostio aortico in alto.

Lobulazione anormale del fegato: il lobulo destro è diviso in due per mezzo di una fenditura trasversale — in un bambino a pochi mesi.

Linfomi del fegato nella scarlattina, morbillo, vajuolo.

Placente in parte con cunei di fibrina depositati o con ispessimento delle membrane dell'uovo, come pure con calcificazione parziale.

Feti a diverse epoche di sviluppo.

Diversi casi di *coxite*.

Cuore con mucrone bifido.

Surconfalo.

Diversi casi di *atresia dell'ano*.

Gangrena della gamba sinistra postvajuolosa in una bambina di 3 anni.

Cervelletto con microgiria (Heschl) in un bambino idiota a 13 mesi morto per dissenteria: le circonvoluzioni cerebrali sono molto piccole, atipiche e numerose. Il caso è stato descritto con figura nel *Jahrbuch f. Kinderheilkunde, N. F., XIV Bd.*

Cuore con assenza del setto interventricolare in un bambino di anni 4 1/2 morto per dissenteria. Caso pubblicato id.

Assenza del tratto olfattorio in una bambina ad un anno morta di pneumonia.

Necrosi e frattura del mascellare in seguito a noma in un bambino di anni 3 1/2.

Colesteatoma della base del cervelletto in una ragazza di circa 7 anni. Il colesteatoma formava nel trigono intercrurale un tumore della grandezza di circa un uovo di pollo, comprimeva i nervi ottici e si prolungava nel corno inferiore destro.

Erosione dell'arteria anonima nella ferita tracheotomica gangrenosa in un bambino ad 8 anni. Caso pubblicato dal dott. H. Gnädinger nelle *Wien. mediz. Blätter, 1881, n. 47.*

Assenza della glandola tiroide in una bambina di tre anni operata di macroglossia.

Ascesso della parete superiore del lobo sinistro del timo in seguito alla tracheotomia.

Due altri casi di *erosione dell'arteria anonima intorno alla ferita da tracheotomia*. Le bambine rispettivamente di anni 2 1/2 e 3 1/2 morirono per soffocazione da emorragia intratracheale.

Idrocefalo da occlusione del forame di Magendie per una cisti cresciuta nel spazio tra midollo e verme; la cisti era in diretto rapporto col velo midollare inferiore.

Peromelo.

Perobrachio.

*
**

Il Prof. Widerhofer, il più vecchio pediatra tedesco esistente, ha avuto per scolari molti tra coloro che attualmente occupano dei posti elevati e delle cattedre di pediatria. Sono suoi scolari tra gli altri il Monti, il Frühwald, l'Hüttenbrenner e il Gnädinger di Vienna e il Soltmann di Lipsia.

Il Widerhofer iniziò la sua attività scientifica come medico secondario nel brefotrofo di Vienna nel 1855; nel 1859 fu nominato assistente clinico del prof. Mayr, suo predecessore nella cattedra; nel 1862 si abilitò in pediatria nell'Università di Vienna, supplì la clinica pediatrica dall'ottobre 1863 al 4 gennaio 1864, allorchè ebbe la supplenza dell'insegnamento. Il 15 febbraio 1865 fu nominato professore straordinario e il 3 aprile 1884 ordinario di pediatria.

Sin dal 1864, come direttore dell'ospedale S. Anna succeduto al Mayr, il Widerhofer, nonostante le più violente opposizioni dei chirurghi, praticò con successo la tracheotomia, sì da ottenere 9 guarigioni in 14 casi.

Nel 1889 introdusse nell'ospedale per la prima volta l'intubazione, contribuendo così non poco alla diffusione di questo salutare metodo di cura delle gravi stenosi difteriche, per le quali altra volta richiedevasi costantemente la tracheotomia, spesso d'urgenza.

Il Widerhofer è stato anche uno dei più caldi sostenitori della sieroterapia antidifterica, mercè la quale la mortalità per difteria che nel periodo dal 1863-94 aveva presentata la dolorosa media del 42,8 %, è discesa al 17 %, circa nel periodo 1895-96 (1).

Del Widerhofer citeremo qui alcuni dei lavori più importanti:

Le malattie dell'ombelico dei neonati furono per la prima volta da lui dettagliatamente esposte ed illustrate con figure (2). A lui andiamo anche debitori di una prima memoria di semiotica infantile (3).

Nel trattato del Gerhardt sono suoi i capitoli sulle malattie delle ghiandole bronchiali e sulle malattie dello stomaco e dello intestino dei bambini. Queste ultime furono per la prima volta dal Widerhofer estesamente e compiutamente esposte, mentre ad esse, e specialmente a quelle dello stomaco, dai trattatisti di pediatria a lui precedenti erano stati dedicati soltanto dei brevi capitoli: eppure non è chi non sappia come le malattie gastro-enteriche rappresentino la più gran parte della patologia infantile.

Nella sua semiotica addominale (4) il Widerhofer segnalò la differenza tra il muco che proviene direttamente dallo stomaco nei recenti catarrhi di stomaco dei bambini da quello che, provenendo dai bronchi, arriva nello stomaco per deglutizione: il primo è intimamente commisto al latte vomitato o altro liquido esistente nello stomaco, mentre il secondo è sospeso nel liquido reietto col vomito sotto forma di fiocchi o grumi, e lasciato il liquido in riposo, cade a fondo.

POLICLINICA GENERALE.

Sezione pediatrica.

Seconda per importanza di scuola in Vienna viene la Sezione pediatrica della Policlinica generale, di cui è direttore il prof. Luigi Monti. La policlinica è un grande edificio costruito presso una delle strade meno popolate della città, la Mariannengasse, N. 10, nel IX distretto. Da questa strada si ha accesso in un grande atrio coperto, che mena ai vari ambulatori per le varie specialità. L'ambulanza pediatrica è situata al lato sinistro di quest'atrio. Essa risulta di una sala di aspetto, nella quale si

(1) *Ueber 100 mit Behring's Heilserum behandelte Fälle von Diphtherie.* Deutsche mediz. Wochenschr., 1895, n. 2.

Die Erfolge der Heilserumtherapie der Diphtherie. XIII. Congress f. innere Medicin zu München, 1895. *Schlussworte zur Serumbedeute.* Vortrag geh. in d. k. k. Gesellschaft der Aerzte. Wien, 1895.

(2) *Die Krankheiten am Nabel der Neugeborenen.* Jahrb. f. Kinderheilk., N. F. Bd. V, 1863.

(3) *Semiotik u. Untersuchung des kranken Kindes.* Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. VI, N. F.

(4) *Semiotik des Unterleibs.* Jahrb. f. Kinderheilk., N. F. VIII Bd., Heft IV, Wien.

trovano due piccoli gabinetti d'isolamento con chiusura in legno per i casi infettivi che si presentano all'ambulanza ed una guardaroba, due stanze di ordinazione e una sala per le lezioni. Qui, come in tutto l'ospedale, le pareti sono levigate, dipinte a colore ad olio, ~~le~~ soffitti imbiancati, gli angoli morti del tutto evitati, il pavimento costruito di lamine di xilolite, le quali si possono facilmente lavare e disinfettare. Speciali tubi, la grande altezza delle stanze e l'ampiezza delle finestre, che arrivano fino al soffitto, facilitano eminentemente la ventilazione delle stanze, sia nell'ambulanza, come in tutte le sale degl'infermi poste nei piani superiori, che descriveremo.

Il padiglione per bambini è di recente costruzione per un dono dei fratelli Guttman, utilizzando e trasformando, secondo le esigenze più rigorose dell'igiene, l'antico palazzo Hebra alla Höfergasse. L'accesso a questo padiglione ha luogo dalla policlinica mercè un passaggio coperto di ferro e lastre. Le stanze del padiglione da una parte guardano sulla silenziosa Höfergasse e dall'altra sul grandioso giardino che è annesso alla Policlinica.

Il pianterreno del padiglione per ora, cioè fino a che l'ospedale della policlinica generale non sarà costruito per tutta l'estensione progettata, serve per gli adulti.

Al primo piano trovasi la stazione interna e con porta d'ingresso separata una sala per i difterici, preceduta da un'antisaletta. Le stanze degl'infermi della stazione interna sboccano in un corridoio comune. Questa stazione possiede una grande sala con 12 letti e tre altre più piccole rispettivamente per 7, 5 e 4 letti: inoltre vi è una sala di trattenimento e una piccola saletta d'isolamento nel caso scoppi una infezione.

Nell'antisaletta della sala per i difterici si trovano le vesti speciali da indossare, come pure i liquidi per la disinfezione delle mani.

La sala per i difterici dispone di 7 letti.

Sicché in tutto l'ospedale per i bambini il numero dei letti si eleva a 38.

Alla stazione interna sono annesse le stanze di abitazione per le suore e la stanza da bagno.

Non esiste nè un reparto chirurgico, nè per le altre malattie infettive: morbillo, scarlattina, pertosse.

L'ospedale non accoglie neppure i lattanti se non in casi eccezionali, ad es., se affetti da difteria. Il latte in tali casi, o in altri di bisogno, si sterilizza nell'apparecchio del Soxhlet.

Il padiglione è fornito di un ascensore per i tubi, i quali dalla cucina esistente nel sotterraneo possono essere così tirati su nella stazione.

I letti sono in ferro con spalliere laterali abbassabili. Il fondo del letto è una rete di acciaio e su di essa è disteso un materasso di alghe. I tavolini da notte e la maggior parte delle masserizie (come i vasi, i bacinetti, ecc.) sono state costruite in ferro, vetro e porcellana.

Le tabelle in ferro poste sul capezzale del letto portano scritto il nome del bambino, l'età, la data della ricezione, la diagnosi, la cura, la dieta e le osservazioni speciali. Per segnare la curva della temperatura esistono speciali carte grafiche.

Il riscaldamento del padiglione è centrale e i corpi riscaldanti sono, come al solito, situati sotto le grandi finestre delle sale degl'infermi.

Al sotterraneo di questo padiglione sono i vani destinati all'economia domestica, la cucina e la stanza per conservare i cibi, magazzini per gli abiti e per la lavanderia, inoltre la stanza ov'è il macchinario per il riscaldamento centrale, poi le abitazioni del personale di cucina e del macchinista e una stanza da bagno per questo personale.

Le finestre del sotterraneo sono sufficientemente alte e numerose per permettere l'accesso alla luce ed all'aria.

La sezione destinata alla policlinica ha nel sotterraneo l'apparecchio per il riscaldamento e al sotterraneo superiormente all'ala sinistra le abitazioni per il portiere ed il personale di servizio, al-

l'ala destra la sala per la ginnastica e per l'applicazione delle fasciature dell'ambulatorio ortopedico e l'infermeria con un vano per le macchine.

L'ospedale ha poi un laboratorio chimico-batteriológico per le opportune ricerche ed una ricca farmacia propria situata al pianterreno all'ala sinistra, limitrofa all'ambulanza pediatrica.

Nello stesso padiglione per i bambini il libero docente di pediatria, Dott. Ferdinando Frühwald, autore di un recente pregiato studio clinico sulle fessure e ragadi anali nei bambini (1), dispone di tre letti, ma i suoi bambini difterici possono essere anche accolti nel riparto difterico del prof. Monti e i suoi assistenti clinici sono gli stessi del Monti.

Direttore generale della intera policlinica generale e della sezione pediatrica è il prof. Dott. Luigi Monti, straordinario di pediatria - gratuito.

Assistenti: Dott. Eduardo Krauss, Dott. Emilio Berggrün e Dott. Enrico Wolf - con 600 fiorini l'anno e sola abitazione gratuita in una casa posta rimpetto all'ospedale; possono liberamente però praticare in città.

Oltre a questi assistenti ordinari vi sono otto aspiranti gratuiti.

Gli assistenti policlinici del docente Dott. Ferdinando Frühwald, i quali prestano servizio gratuito, sono i Dott. Aladár Bekéss, Ferdinando Steiner e Ferdinando Schramm.

La policlinica pediatrica vien tenuta dal Prof. Monti e dai suoi assistenti tutti i giorni dalle 10-12 merid. e dal prof. Frühwald e dai rispettivi assistenti dalle 12 1/2-2 pom. anche di tutti i giorni.

Il numero dei bambini osservati e curati ambulatoriamente nei due reparti ascese nel 1893 a 10,005, nel 1894 a 9664. Nel 1894 furono curati in clinica 354 bambini, di cui 37 nella stazione difterica, furono inoltre vaccinati 41 bambini nel 1893 e 405 nel 1894.

La sieroterapia antidifterica fu inaugurata il 17 ottobre 1894. La mortalità per difteria fu del 25 % nel 1895, ma inclusi 4 casi, nei quali, portati in istato moribondo all'ospedale, non si arrivò in tempo a praticare neppure l'iniezione di siero.

Corsi del prof. Monti. — a) Policlinica sulla patologia e terapia delle malattie dei bambini: 5 volte la settimana dalle 10-11 ant.

Questo corso viene frequentato massimamente da medici laureati per lo più stranieri, che accorrono numerosi a sentire la parola chiara, sintetica e precisa del grande maestro.

Il numero degli uditori oscilla da 100 a 130.

b) Nel semestre invernale: Propedeutica sulle proprietà anatomiche e fisiologiche dell'organismo infantile, metodi di ricerca ed esercitazioni pratiche nell'uso degli stessi, il sabato dalle 9-10 ant. Corso frequentato da 30 a 40 studenti.

c) Nel semestre estivo: — Sulla vaccinazione con linfa umana ed animale con esercizi pratici sui bambini in corsi di 8 settimane, una volta la settimana, il sabato, dalle 10-11 ant. Il corso è seguito da 20 a 30 dottori.

Corsi del Dott. Frühwald. — a) Sulle malattie dei bambini con speciale riguardo alla dietetica e all'igiene della prima infanzia in corsi di 4 a 5 settimane, 5 volte per settimana, dalle 12 1/2-1 1/2 pomeridiane.

b) Esercizi pratici nella diagnosi e terapia delle malattie dei bambini, in corsi di 4-5 settimane, 5 volte per settimana, dalle 12 1/2-1 1/2 pom.

Entrambe questi corsi del Dott. Frühwald sono per i soli medici.

Parlando della Policlinica generale di Vienna non è possibile passare sotto silenzio, sebbene esca dai limiti del nostro argomento, l'importantissimo stabilimento idriatico, unico in Europa, se non nel mondo, impiantato tutto a proprie spese dal celebre idrologo prof. Winternitz.

(1) *Ueber Acutlarm-Rhagaden u. Fissuren im Kindesalter.* Leipzig u. Wien. Franz Deuticke, 1896.

In un sotterraneo sonvi i vari bagni e tutte le disposizioni per le docce, ecc.; e gli studenti possono per mezzo di una balaustrata costruita nel centro di questa specie di galleria assistere comodamente con un profitto, di cui non v'ha chi non ne vegga l'evidenza, a tutte le procedure che il Winternitz istesso esegue e mostra spiegando nelle sue lezioni d'idrojatria.

Le sezioni necroscopiche in quest'ospedale vengono eseguite dallo stesso prof. Kolisko nella sala per le sezioni sita all'estremo del grande giardino della policlinica, ove si trova anche la casa per la lavanderia e l'apparecchio di disinfezione a vapore.

Io ebbi l'onore di assistere alla sezione di un grosso tubercolo padre sviluppato nel centro di Vieussens della grandezza di una grossa castagna in una bambina di 8 anni morta nella clinica interna, e la quale fino a pochi giorni prima dell'esito non aveva presentato altro segno della sua grave malattia che una ptosi della palpebra superiore di sinistra.

*
* *

Il prof. Monti, che è una gloria italiana, essendo nativo di Abbiategrosso, fece i suoi studi secondari in Bergamo, Venezia e Milano, e si recò a studiare medicina in Vienna, ove conseguì la laurea nel 1862. Nell'istesso anno entrò col prof. Mayr nell'ospedale S. Anna di Vienna e nel 1863, succedendo a questo il Widerhofer come direttore dell'ospedale, fu nominato medico secondario ed assistente. In tale qualità rimase fino al 1871, supplendo ripetutamente, nelle lezioni e nella clinica, specialmente negli anni 1868-69-70, il Widerhofer assente. Nel 1869 fu abilitato alla privata docenza in pediatria, e nel 1887 ottenne il grado di professore straordinario, mentre sin dal 1871 era stato chiamato alla direzione della Sezione pediatrica della Policlinica generale di Vienna, della quale fin dal 1893 è direttore generale.

Nel 1886 il Monti fondò l'ospizio sul lago in S. Pelagio presso Rovigno nell'Istria con 150 letti per i bambini scrofolosi in unione con altri benemeriti, tra i quali il consigliere di corte professore Albert e il conte Franz Falkenhayn. In quest'ospizio fu per la prima volta inaugurata una riforma all'indirizzo comune di tali ospizii, destinandoli non alla semplice cura durante la stagione propizia, ma alla cura duratura fino a guarigione mediante i benefici dell'aria pura, dell'acqua del lago e l'assistenza di persone dell'arte.

Al Monti appartengono una lunga serie di lavori, che sarebbe difficile esaminare completamente. Noi terremo conto qui dei principali:

Durante l'epoca del suo assistentato nella Clinica del Widerhofer sono degni di nota specialmente i suoi lavori sul tetano dei neonati, in cui studiò accuratamente il modo di comportarsi della temperatura in tale stato morboso, contro cui raccomandò successivamente l'uso della fava del Calabar e dell'idrato di cloralo, e le sue ricerche chimiche sulle feci normali e patologiche dei lattanti (1), che fu il primo lavoro chimico apparso su tale argomento, e dove egli segnalò i caratteri differenziali speciali delle stesse negli svariati disturbi gastroenterici (dispepsia, catarro intestinale, enterite follicolare).

Il Monti (2) trovò che la temperatura nel tetano o è normale al principio della malattia e rimane tale per tutto il decorso di essa, ovvero, elevata al principio, s'innalza sempre più fino alla morte — che è il caso più comune; in altri casi, quando si avvera un miglioramento, la temperatura elevata

(1) *Ueber die Veränderungen der Dejectionen im Säuglingsalter u. ihren Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsformen.* Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. I. Bd., pag. 297, 1868.

(2) *Beiträge zur Thermometrie des Tetanus.* Jahrb. f. Kinderheilk., N. F. II. Bd., pag. 298, 1869.

discende, ovvero si abbassa e si eleva alternativamente, e quando la malattia volge al meglio, ritorna gradatamente alla cifra normale. Il Monti confermò così l'opinione del Wunderlich, che l'elevata temperatura nel tetano debba essere prodotta ancora da altri fattori, e non dalla semplice rigidità muscolare.

In questo periodo ricade anche la pubblicazione del suo lavoro sul colera epidemico nella infanzia (1), nel quale egli per primo diede un quadro clinico completo di tale affezione, poichè gli studi e le ricerche antecedenti erano incomplete.

Tra i suoi lavori pubblicati posteriormente noteremo i seguenti:

Nelle ricerche di semiotica degli organi toracici nei bambini (2) il Monti, parlando della palpazione del torace dice di non aver potuto constatare mai dolori nevralgici nei bambini, come pure di non aver potuto ottenere alla pressione sulla laringe quella crepitazione che si riscontra non di rado negli adulti. Se si trovano cavità circondate da tessuto ispessito prossime alla superficie polmonare e queste contengono una quantità di aria e di liquido sufficiente, collo scuotimento del torace si percepisce una specie di gorgoglio sulla parete toracica proveniente dallo scoppiare di vesciche nel liquido contenuto nella cavità. Se tale fenomeno si constata per lungo tempo, è questo un segno infallibile, secondo il Monti, dell'esistenza di una caverna polmonare.

Circa alla cura della sifilide congenita (3), discutendo i varii metodi in uso, egli raccomandò a preferenza l'uso del sublimato internamente e sotto forma di bagni, e il calomelano internamente con ferro, indi l'ioduro di ferro saccharato; tra i preparati di jodio diede la preferenza all'istesso joduro di ferro saccharato, già da lui altra volta caldeggiato (4), tenendo presente che a lungo andare il mercurio aumenta l'anemia prodotta dalla sifilide.

In un caso di malattia di Addison in un bambino decenne (5), egli poté portare un nuovo appoggio alla teoria della provenienza di tale malattia da lesione delle capsule surrenali, perchè l'unico reperto anatomico-patologico riscontrato all'autopsia fu una degenerazione fibrosa di dette capsule.

Sul processo normale ed anormale della dentizione (6) e sulle cause e sintomi dell'occlusione intestinale nell'infanzia (7) il Monti pubblicò due lavori pregevolissimi e completi.

Nel *Festschrift di Henoch* (1890) relativamente alla contagiosità della stomatite aftosa nei bambini, il Monti si dichiarò di opinione opposta al Bohn, ritenendo che l'affezione fosse trasmissibile e contagiosa.

Nel suo reparto della policlinica di Vienna furono successivamente sperimentati parecchi rimedi raccomandati nella nutrizione dei bambini. Così troviamo che il Monti (8) diede una quantità di utili prescrizioni per la nutrizione dei bambini sofferenti di catarrhi del tenue intestino, e tra l'altro raccomandò l'aggiunta di brodo di vitello al latte di vacca, l'uso del latte condensato diluito con acqua e

(1) *Die epidemische Cholera im Kindesalter*. Jahrb. f. Kinderheilk., II, Bd., pag. 401, 1869, e III, Bd., pag. 161 e 298. — 1870.

(2) *Die physikalische Untersuchung der Brustorgane der Kinder*. Oesterreich. Jahrb. f. Pädiatrik. I, Bd., pag. 67. — 1874.

(3) *Ueber ältere u. neuere Methoden der Behandlung der angeborenen Lues*. Archiv. f. Kinderheilk. VI, Bd., pag. 1. — 1884.

(4) *Ueber die Behandlung der angeborenen Lues mit ferrum iodatum saccharatum*. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. IX, pag. 335. — 1876.

(5) *Ein Fall von Morbus Addisonii bei einem 10 jähr. Knaben, bedingt durch Mangel der rechten u. fibröse Degeneration der linken Nebenniere*. Archiv. f. Kinderheilk. VI, Bd., pag. 318. — 1885.

(6) *Ueber Dentition*. Wien. allgem. mediz. Zeitung. N. 46-48. — 1888.

(7) *Darmocclusion im Kindesalter*. Wien. allgem. mediz. Zeitung. N. 36. — 1894.

(8) *Beiträge zur Lehre des Dünndarm-Catarrhs im Kindesalter*. Wiener mediz. Wochenschrift, N. 1 a 5. — 1875.

poi il caffè di ghiande e la polvere di cacao senza olio. In seguito fu raccomandata dai Monti la mescolanza di crema di Biedert (1), sia per la nutrizione artificiale, sia nei disturbi gastro-intestinali dei lattanti, come pure per iniziare lo svezzamento. Poscia preconizzò il kefir (2) come prezioso alimento in svariate malattie dei bambini adulti: anemia, denutrizione notevole dopo morbi gravi, esaurienti catarri cronici gastro-intestinali e delle vie respiratorie, nelle pneumonie croniche, nelle malattie renali e nel reumatismo articolare. Ultimamente fu sperimentata dal Dott. Wolf nella sua clinica l'azione della somatose (3) con lusinghieri risultati.

Nel trattato del Gerhardt sono dei Monti i capitoli sul colera epidemico, sulle malattie dei reni (esclusa la nefrite parenchimatosa e interstiziale), sulle malattie delle capsule surrenali e sull'iperemia ed emorragia del midollo spinale e sue meningi; nell'*Enciclopedia reale* dell'Eulenburg è suo il capitolo sulla rachite.

In questi ultimi anni il Monti si è occupato specialmente delle quistioni relative al polso normale e patologico, alla respirazione e all'accrescimento dei bambini, tenendo conto delle cause che possono provocare o favorire una deviazione dalla norma; di ricerche batteriologiche sul sangue, e più recentemente dell'importante quistione della sieroterapia antidifterica.

Nelle ricerche sul sangue il Monti ha avuto per lo più a solerte e intelligente collaboratore il valoroso suo assistente Dott. Emilio Berggrün. Nella monografia sull'anemia cronica infantile (4) essi distinsero cinque forme di tale forma morbosa:

1. leggera — 2. grave — 3. pseudoleucemica — 4. leucemica — 5. pernicioso.

Non ritennero come caratteristici gli eritrociti nucleati e la cariocinesi di essi nuclei per riconoscere la pseudoleucemia.

Il peso specifico del sangue, i rapporti tra i corpuscoli rossi e bianchi e il contenuto emoglobinico in tale malattia furono per la prima volta in tale lavoro descritti minuziosamente. Importantissime sono poi le conclusioni desunte da un secondo lavoro degli stessi Monti e Berggrün sulle alterazioni del sangue nel decorso della pneumonite lobare (5). Su tale argomento non esistevano che due brevi e incompleti lavoroletti del Jaksch e del Cairini. Il Monti insieme col Berggrün constatò che il peso specifico del sangue aumenta coll'aumentare e diffondersi della pneumonite e si abbassa o rimane costante non appena la pneumonite ha raggiunto il suo acme. Siccome questo sintoma si manifesta non appena la pneumonite comincia ad entrare in risoluzione e in un tempo in cui i sintomi locali di questa non sono ancora constatabili coll'esame fisico, così questo modo di comportarsi della densità del sangue in tale malattia si può considerare come un dato pronostico prezioso.

Nei suoi studii sul modo di comportarsi della densità del sangue nei bambini (6), il Monti notò poi che tale densità è maggiore nei neonati ed oscilla (dedotta col metodo dello Hammerschlag) tra 1056 e 1066; tra le 2-4 settimane entro 1056-59, e va diminuendo così sempre fino al 2° o 3° mese; quindi si conserva costante fino al 12° mese, oscillando tra 1049-1052, e tra i 2-10 anni risale di nuovo oscillando tra 1050-56. Il Monti fa notare che nelle malattie dei bambini si ha o un aumento o una di-

(1) *Beiträge zur Lehre der künstlichen Ernährung der Säuglinge*. Archiv. f. Kinderheilk. Bd. II, pag. 21.

(2) *Ueber Kefir u. seine Anwendung in der Kinderpraxis*. Allgem. Wien. mediz. Zeitung, N. 22 e 23. — 1887.

(3) Wiener allgem. medic. Zeitung, N. 26-30. — 1896.

(4) *Die chronische Anämie im Kindesalter*. Leipzig, Verlag v. F. C. W. Vogel. — 1892.

(5) *Ueber die im Verlaufe der lobären Pneumonie der Kinder anstretenden Veränderungen des Blutes*. Archiv f. Kinderheilk. XVII, Bd. — 1891.

(6) *Ueber Veränderungen der Blutdichte bei Kindern*. Archiv f. Kinderheilk. Bd. XVIII, pag. 7, e Wiener med. Presse, N. 41. — 1895.

minuzione o un disturbo nel parallelismo tra densità del sangue e contenuto di emoglobina. Aumento secondo tali ricerche si ha nella pneumonite, febbre ricorrente, tifo e tubercolosi polmonare, malattie cardiache e ittero; diminuzione si ha nell'anemia, nefrite, corea minore, dispesie croniche.

Infine la difteria è stato anche un argomento che ha molto interessato il Monti.

In una sua memoria sul croup e difteria (1) egli ritenne che la difteria nasale primaria venga a preferenza osservata nei neonati o nei lattanti delle prime 6 ad 8 settimane. Essa insorgerebbe del tutto indipendentemente da una epidemia difterica, ed in tali casi si riesce molto di rado a dimostrare l'infezione mediante un contagio difterico; piuttosto sembra al Monti che l'infezione nel maggior numero dei casi venga trasmessa mediante un processo puerperale della madre.

Le lezioni del Monti sulla difteria tenute nell'anno scolastico 1895-96 furono pubblicate nell'*Allgem. Wiener mediz. Zeitung* dello scorso anno.

Nella Società medica di Vienna egli tenne due conferenze sui risultati dell'uso del siero antidifterico nella sua clinica. Nell'ultimo suo lavoro sull'argomento (2) egli propone infine una nuova distinzione delle forme cliniche della difteria, che è quella adottata attualmente nella sua clinica, confutando quella che comunemente è in voga nelle cliniche pediatriche di casi leggieri, di media gravità e gravi. Il Monti ritiene che tale distinzione è insufficiente a dare un giudizio esatto ed obiettivo sul valore della sieroterapia, e propone la seguente classificazione desunta avendo riguardo alle proprietà anatomico-patologiche e batteriologiche ed ai quadri morbosi provocati dalle tossine difteriche:

1^a *Forma fibrinosa*, in cui i prodotti difterici sono depositati semplicemente sulla mucosa (forma crouposa secondo Virchow, Weigert e Conheim).

2^a *Forma mista*, denominata anche *croup-difterico* o *forma flemmonosa*, in cui gli essudati fibrinosi sono depositati tanto nel tessuto come sulla superficie libera della mucosa.

3^a *Forma settica* o *caugrenosa*, in cui la pseudo-membrana fibrinosa è collocata profondamente nel tessuto della mucosa, e dove la necrosi del tessuto e la mescolanza di porzioni di tessuto morto con i prodotti difterici rappresenta l'essenzialità del processo.

Nel primo gruppo la morte avviene per disturbo meccanico provocato dalla formazione della membrana, nel secondo oltre che da questo disturbo meccanico anche dall'azione delle tossine difteriche sull'organismo, nel terzo sia per le tossine difteriche e sia per le complicità degli altri batterii patogeni.

*
**

Degli assistenti del Monti il Dott. Berggrün si è specialmente segnalato, oltre che per lavori sul sangue precedentemente riferiti, fatti in collaborazione col Monti, per le ricerche sulla fisiologia della circolazione del sangue nel neonato (in cui ripeté e perfezionò gli studii pel primo fatti dal Soltmann sulla funzione del vago nei neonati, v. pag. 49), sul contenuto di fibrina del sangue nei bambini infermi, per le ricerche batteriologiche sulla vulvovaginite delle piccole bambine e infine per varie importanti comunicazioni di casistica.

Per opera dello stesso Dott. Berggrün da tre anni (1894-95-96) appaiono dei dettagliati annuari con le storie cliniche, cura, reperti necroscopici, ecc. dei casi più importanti accolti nella clinica. Questi annuari gareggiano per ampiezza di vedute pratiche, per chiarezza e precisione di esposizione con quelli ormai celebri usciti dal *Jenner'schen Kinderspital* di Berna per opera del rinomato e compianto pediatra Prof. Demme.

(1) *Croup u. Diphtheritis im Kindesalter*. Wien u. Leipzig. — 1884.

(2) *Weitere Beiträge zur Anwendung des Heilserums gegen Diphtherie*. Archiv f. Kinderheilk., XXI. Bd., III. Heft. — 1896.

ST. JOSEPH-KINDERSPITAL
(Ospedale per bambini S. Giuseppe).

Quest'ospedale, aperto il 19 marzo 1842 con soli 12 letti, ne conta oggi circa cento. È situato alla Kolschitzkygasse, n. 9, nel IV distretto della città, e risulta attualmente di due edifici distinti e costruiti l'uno accanto all'altro. L'uno di essi (la cosiddetta costruzione nuova con l'ingresso all'intero ospedale) serve alla ricezione delle malattie mediche e chirurgiche, l'altro è destinato alla ricezione delle malattie infettive. Ambedue le costruzioni sono però tra loro riunite per mezzo di un corridoio a pianterreno. Nel 1° e nel 2° piano le porte di congiunzione che prima esistevano sono state murate per evitare il contagio dalla stazione infettiva nella non infettiva.

L'ospedale gode di sufficiente luce ed aereazione, perchè sia di fronte come alle spalle guarda su estesi giardini, come pure al sud ha un giardinetto proprio.

L'edificio nuovo ha a sinistra dell'ingresso l'ambulatorio, che risulta di una sala di aspetto e di una sala per le ordinazioni e medicazioni, e la farmacia; a destra dell'ingresso vi è l'abitazione del custode e la cucina dell'ospedale con una stanza di abitazione per la cuoca. Corrispondentemente a questi vani nel vecchio edificio trovansi: l'abitazione dell'economia dell'ospedale (cosiddetta Hausmutter), una stanza da bagno, la cappella con un'antisala, la stanza per un messo e il magazzino per le provvigioni.

Al primo piano dell'edificio nuovo vi sono tre sale per gl'infermi con 8 letti ognuna per le malattie interne, un'antisala ed un gabinetto per l'ambulanza delle malattie dell'orecchio, la cancelleria con un'antisala, la stanza di abitazione del medico aspirante e l'abitazione delle suore, che risulta di due gabinetti.

Al primo piano del vecchio edificio v'è la stazione per i morbillosi, che risulta di tre stanze con 6 letti ognuna, un'antisala e una stanza per le infermiere, e la stazione per gli scarlattinosi, che ha due sale, una più grande con 6 letti e una più piccola con 3 letti, un'antisala e una stanza per le infermiere.

Al secondo piano dell'edificio nuovo vi è la stazione chirurgica risultante di una sala per infermi con 12 ed un'altra con 8 letti, la stanza di operazione con un'antisala e una stanza per le infermiere, quindi l'abitazione del primo e del secondo medico assistente con un gabinetto comune e una sala per microscopia.

Al secondo piano del vecchio edificio vi è la stazione per i difterici con 3 sale a 6 letti ognuna, la stanza di operazione per la tracheotomia, due antisale e una stanza per le infermiere, poi un vano di osservazione, che risulta di un gabinetto e di una stanza per le infermiere.

L'ospedale dispone adunque in tutto di 91 letti. Questi letti sono tuttora in legno, hanno elastico metallico, su cui giacciono materassi di alghe: le spalliere sono asportabili per la osservazione più comoda del medico.

Le pareti e i soffitti delle stanze sono in tutto l'ospedale dipinti a colore ad olio per essere al bisogno facilmente disinfettate col sublimato o col lisolo; i pavimenti sono in legno.

Una piccola casa per le sezioni situata allo estremo sud-ovest del giardino dell'ospedale risulta a pianterreno di una piccola cappella, a cui fa seguito una camera per l'interramento dei cadaveri e al primo piano una camera per le sezioni.

Nell'ospedale vengono ricevuti i bambini dal 1° al 14° anno, i lattanti esclusi, salvo in caso di pneumonite, tifo e in tutte le altre malattie infettive (escluse le dispesie).

La disinfezione degli abiti degl'infermi e delle masserizie dell'ospedale viene eseguita fuori l'ospedale. Il servitore sanitario del 4° distretto della città rileva con speciali carrozze gli oggetti, li disin-

fetta nell'apparecchio di sterilizzazione comunale e li riporta di nuovo all'ospedale. Le biancherie degli infermi di morbi infettivi vengono tenute in una soluzione di lisolo al 5 per cento fino a che l'addetto viene a prelevarle.

Non possedendo l'ospedale una casa propria di lavanderia, le biancherie vengono lavate dall'Actien-Gesellschaft f. Dampfwascherei u. Appretur di Vienna.

Per il riscaldamento degli ambienti vengono adoperate in parte stufe in ferro e in parte stufe di Faenza.

L'illuminazione è a gas; nelle sale degli infermi e nell'ambulatorio vi sono lampade a luce incandescente secondo il sistema Auer.

La ventilazione si opera dalle ali superiori delle finestre, che si possono girare intorno all'asse trasversale.

L'ospedale è completamente e dappertutto fornito di una condotta di acqua sorgiva.

Nell'ospedale prestano servizio in qualità di infermiere sette suore e cinque candidate, le quali sono per sei mesi educate alla cura dei bambini nell'istituto fondato a questo scopo dal dott. Biehler e annesso all'ospedale.

Esistono attualmente circa due milioni di fiorini di fondo di cassa per iniziare prossimamente la costruzione di un nuovo e più grande ospedale con sistema a padiglioni e secondo le ultime vedute dell'igiene.

Il servizio medico è così ripartito:

Direttore dell'ospedale e delle sezioni medica e infettive: dott. Joseph Heim, medico capo dell'accademia imperiale teresiana di Vienna — gratuito.

Direttore della sezione chirurgica: dott. Emilio Pernitza — gratuito.

Prosettore: dott. Adolfo Zemann, gratuito.

Medico ordinatore per le malattie della pelle: dott. docente Hans von Hebra — gratuito.

Medico ordinatore per le malattie dell'orecchio: dott. Franz Hrubesch — gratuito. Tiene l'ambulanza il martedì e il sabato dalle 9-10 ant.

Medico ordinatore per le malattie dei denti: dott. Edmondo Wiesinger — gratuito.

Per la chimica patologica: dott. Eliot Haswel — gratuito.

Assistenti: 1° dott. Isidoro Bodea, 40 fiorini al mese, alloggio e vitto.

2° dott. Carlo Bauer, 30 » » » »

Aspirante: dott. R. Boschezick, 20 » » » »

La policlinica medica e la chirurgica hanno luogo tutti i giorni dalle 9 ant. in poi.

Nel 1894 furono curati ambulatoriamente bambini N. 16,741

Vaccinati » 182

Curati nei varii reparti » 817

In tutto N. 17,740

Nel 1895 si hanno rispettivamente bambini curati nell'ambulanza N. 19,351

Vaccinati » 170

Curati nei varii reparti » 738

In tutto N. 20,259

La sieroterapia antidifterica fu inaugurata il 6 ottobre 1894, e nello scorcio di quest'anno in 42 bambini diede una mortalità del 26,2 per cento, cioè la metà della mortalità media per difteria (51,1 %) osservata nell'ospedale dal 1885-94.

Dalla data dell'introduzione della sieroterapia fu abbandonata in quest'ospedale qualunque cura locale: solo in casi di depositi cangrenosi e scoli nasali fetidi furono adoperati i collutorii e le irrigazioni con permanganato di potassa. Anche per le ordinarie estese tumefazioni glandolari e infiltrazioni del tessuto cellulare oltre gl'impacchi freddi non fu adoperato nessun altro mezzo, e si sono visti sempre sparire col regredire del processo difterico, salvo in qualche caso, in cui si ebbero a deplorare dei flemmoni al collo.

LEOPOLDSTÄDTER KINDERSPITAL

(Ospedale per i bambini città di Leopoldo).

Costituisce una semplice costruzione a corridoj e si trova nel 2° distretto della città (Obere Augartenstr., 26-28) dirimpetto all'estesissimo Prater.

Fu aperto all'esercizio il 16 gennaio 1873, ed è destinato ad accogliere i bambini infermi dal primo anno di vita compiuto fino al 12° anno, senza distinzione di religione, come pure i trovatelli. I lattanti non vi sono ammessi che in caso di malattie infettive; sono pure esclusi i bambini con vajuolo e con pertosse o quelli scrofolosi e inguaribili. I bambini con vajuolo vengono sia da questo, come del resto da tutti gli ospedali della città, inviati nel padiglione appositamente costruito per i vajuolosi nel grandioso ospedale di recentissima costruzione (1893), il Kaiser Franz-Joseph-Spital, situato nel X distretto.

L'ospedale risulta di una costruzione mediana e di due ali laterali situate perpendicolarmente al suo asse longitudinale. L'edificio è separato dalla strada per un cancello in ferro e un piccolo giardino. Due scale di accesso separate, agli estremi della costruzione mediana, menano alle due ali laterali, e sono sufficientemente ventilate ed illuminate da un cortile, ed in alto conducono fino ai vani posti sotto tetto ricoverati di ardesia e in basso fino allo scantinato.

L'edificio, dappertutto in mattoni, è a due piani, ha al centro verso la strada l'ingresso principale, per mezzo del quale, salendo alcuni gradini, si arriva al corridoio a pianterreno, dal quale ai due estremi si perviene alle due scalinate, mentre di fronte un piccolo passaggio chiudibile con una porta a lastre conduce nel giardino posto dietro l'ospedale.

Tutto l'edificio è provvisto di scantinati, i quali al presente non vengono che in parte utilizzati per conservare il materiale da bruciare ed eccezionalmente come lavanderia; ciò perchè, stante la posizione bassa del punto della città ov'è quest'ospedale, facilmente nelle piene del Danubio questi sotterranei vengono allagati.

A sinistra dell'ingresso principale al pianterreno lungo il corridojo pavimentato con tavole di legno, che sono state sostituite al terrazzo, esistono le abitazioni per un assistente e per l'economa (Hausfrau) dell'ospedale, il magazzino per conservare la biancheria, una stanza da bagno per il personale dell'ospedale ed una stanza per le provvigioni alimentari.

All'ala sinistra verso il nord vi è la cucina con la stanza per la cuoca e due cessi illuminati dal cortile. Una caldaia di rame nella cucina serve anche per riscaldare l'acqua da bagno, la quale arriva mediante una condotta nella stanza da bagno sunnominata.

Nella stanza da bagno evvi inoltre un ascensore per far salire i cibi nei piani superiori nelle stazioni non infettive.

A destra dell'ingresso principale sono poi collocati: cucina e abitazione del portiere, una stanza per gabinetto batteriologico, la sala per le sezioni, la cella mortuaria.

L'ala destra, oltre ad avere la scalinata ed il cortile con i cessi, è congiunta mediante un cor-

ridojo con l'edificio di recente aggregato all'ospedale per un'ultima donazione (la cosiddetta D. Franz Zipfel-Stiftung). L'ingresso a questo nuovo edificio è chiuso d'ordinario da una porta a telai, la cui chiave vien custodita dall'economia.

Al primo piano l'edificio mediano ha verso nord come a pianterreno un lungo corridojo, che riceve luce da nove finestre di due metri di larghezza ed è pavimentato con tavole di quercia. Ai suoi due estremi verso le scalinate si può chiudere mediante porte di vetro e completamente separare dalla scalinata situata ad ovest, che mena alla stazione per gli scarlattinosi. Nelle nicchie delle finestre vi è una quantità di casse per deposito di materiale da bruciare, ecc., come nell'antico edificio dell'ospedale S. Anna del Widerhofer. A sud di questo corridojo con prospetto verso il giardino dell'ospedale sono situate cinque sale per infermi a cui si può accedere facilmente dal corridojo, dove tutte sboccano, e tra loro congiunte da porte a telaio.

La stanza situata verso sud nell'ala est serve da sala di operazione, ed è fornita di quanto necessita (bagni con riscaldamento a gas, tavolo di operazione, conduttura ad acqua fredda, con vasche di marmo ed apparecchi per ottenere l'acqua calda, istrumentario, ecc.). Le due stanze che seguono servono da riparto chirurgico, una quarta stanza al bisogno è adibita per malattie interne, e la stanza situata nell'ala ovest, la cui connessione con la stanza vicina è sempre chiusa e che ha una uscita speciale separata sulla scalinata ovest, funziona come stazione di osservazione per i casi infettivi.

Le terrazze annesse al 1° e 2° piano verso il lato del giardino sono bellissime e molto ampie, hanno colonne di appoggio in ferro fuso e balconate con degli archi tra le traverse di ferro. Al primo piano il pavimento è di terrazzo, al secondo di cemento.

Provviste inoltre come sono di difese contro il sole e il vento e circondate da viti selvatiche, queste terrazze costituiscono durante la bella stagione un piacevole ed ameno sito di ricreazione e di permanenza per i bambini convalescenti.

L'ala est contiene inoltre un corridojo che può essere raggiunto dalla scalinata, è provvista d'un ascensore dalla cucina, della conduttura di acqua e di un'abitazione per l'assistente.

Dalla scalinata situata al lato ovest si perviene in un piccolo corridojo, il quale è stato recentemente segregato dalla quinta stanza (stazione quarantena) già menzionata e che è strettamente separato mediante una porta a vetri nel suo lato ovest dalla nuova costruzione.

Il secondo piano ha egualmente 5 stanze per gl'infermi, prospicienti sul giardino mediante la terrazza. Il corridojo è spezzato, però nel suo centro dalla stanza centrale e fa parte di essa. Le rimanenti parti del corridojo a destra e a sinistra della stanza mediana contengono ciascuna una stanza da bagno con apparecchio a doccia (il cui riscaldamento si opera mediante carboni) e una bocca d'incendio col proprio tubo. Queste sezioni del corridojo permettono altresì l'accesso nelle singole sale degl'infermi dalla scalinata, da cui restano sempre separabili mediante porte a telai. La grande stanza centrale è perciò illuminata da nord e da sud e colla sua parete est chiude completamente il secondo piano. La sezione est di questo piano con le sue due stanze rappresenta la stazione interna, la grande stanza centrale e le due ad ovest la stazione per la scarlattina. A quest'ultima conduce anche una scalinata propria, quella situata ad ovest. Dall'ultima stanza ad ovest è stata anche qui come al primo piano sparata una porzione come corridojo e per i cessi.

L'ala est contiene nella sua porzione nord gli stessi vani che nel primo piano, ed esistono soltanto in più le stanze per le caminanti della stazione medica a chirurgica. Anche l'ala ovest verso nord è come al primo piano. Essa contiene un piccolo corridojo chiuso da una porta a lastre, un ascensore dei cibi per il riparto scarlattina ed una piccola stanza di passaggio aggregata alla nuova costruzione. Sicchè in tutto questo vecchio edificio esistono nove sale d'infermi, che possono disporre di un numero massimo di 71 letti, cioè 40 per le sezioni non infettive e 31 per la sezione scarlattina, inclusa la stanza di osservazione.

Le stanze sono di regola più larghe che alte per evitare possibilmente gli angoli morti, e ricevono copiosa aria e luce dalle finestre e dalle terrazze. Le doppie finestre, di costruzione comune, provviste di persiane verdi per garentire contro i raggi solari, non arrivano però sino al soffitto, arrestandosi a circa 60 cm. da esso, e sono situate al sud, dirimpetto alle porte d'ingresso nelle sale dal corridoio o dalla scalinata. Le porte di accesso tra una sala e l'altra sono situate presso le finestre, ciò che permette di usufruire di maggiore spazio per i letti.

Le stanze sono ancora addobbate secondo l'originaria semplicità; cioè le pareti sono dipinte, il pavimento è di tavolette di quercia impregnate di olio di lino caldo.

I letti in legno a tre diverse grandezze sono dipinti a colore quercia e provvisti di reti amovibili, tra le quali può essere situata una tavoletta.

Il letto si compone di un materasso di piume, uno di alghe, uno strato di caoutchouc con lenzuolo di lino, una coverta di lana ricoverta di tela di lino per l'està e una seconda coverta di lana per l'inverno; infine due piccoli cuscini di crini di cavallo. Sulla parte del muro al disopra del capezzale del letto pende una tavola diagnostica dipinta in nero, sulla quale vengono segnati il nome e l'età del bambino, la data d'ingresso nell'ospedale, la data dell'inizio della malattia, la terapia e la dieta.

I tavolini da notte sono di legno, gli armadii per conservare le biancherie ed i vasi da pranzo, da notte, ecc. tutti in legno.

Un tavolino nel centro della stanza e dei tavolinetti per bambini con sgabelli, giocattoli, ecc. completano le masserizie delle sale.

Agli scopi della migliore ventilazione e riscaldamento è stato introdotto il sistema Johanni-Gohde perfezionato da Stache. Non esiste riscaldamento centrale delle sale; però questo sistema funziona con molta soddisfazione e senza inconvenienti. Le stufe Johanni sono rivestite da un mantello di lamiera di ferro a doppia parete riempito negli intervalli di cenere, il quale è aperto in sopra, e in basso presenta aperture. Il riscaldamento si opera a preferenzà con queste stufe dai corridoi, salvo nelle stanze agli estremi.

Per gli scopi della ventilazione penetra dell'esterno in ogni stanza un canale orizzontale di lamiera di ferro sotto il pavimento fino alla stufa e si solleva tra essa e il mantello perpendicolarmente per circa mezzo metro: in questo punto il canale è provvisto di una valvola per regolare l'entrata dell'aria.

L'aria fresca che circola così intorno alla stufa viene riscaldata e sale nella stanza attraverso il mantello della stufa superiormente aperto. L'aria fresca che penetra dalle finestre e dalle porte nella sala può essere riscaldata nel mantello della stufa perforato al disotto e le cui aperture sono fornite similmente di valvole; così arriva riscaldata nella sala. Per scacciare l'aria inquinata vi sono canali aspiratori che arrivano fin sopra il tetto, e sono provvisti ai loro due estremi di valvole chiudibili.

Questa ventilazione non è sufficiente a mantenere sempre un'atmosfera pura nelle sale degli infermi, per cui si supplisce anche coll'apertura delle finestre e delle porte, le quali, stante la loro disposizione, di essere cioè collocate di prospetto, si prestano facilmente allo scopo. Vi è però intenzione di stabilire in questo vecchio edificio anche la ventilazione dalle finestre che esiste nel nuovo che ora descriveremo. Così pure si desidera trasformare l'attuale illuminazione a gas in quella a luce elettrica.

L'edificio sta in comunicazione con la stazione centrale dei pompieri, come pure ha comunicazione telefonica con tutti gli altri ospedali della città e telegrafica con tutti i medici di servizio nell'ospedale istesso.

Il nuovo edificio, che fu aperto alla ricezione nell'8 marzo 1894 e che porta, come già si è detto, il nome di « Dr. Franz Zipfel-Stiftung », è similmente a due piani e dappertutto con sotterranei.

Lo scantinato, che è separato da quello dell'edificio vecchio, contiene i vani per conservare gli

utensili dell'ospedale, il materiale da riscaldamento, una ghiacciaia e un vano per l'apparecchio di disinfezione di Thursfield. In questo vano si trova anche una vasca di cemento con un coverchio di ferro a chiusura ermetica, nel quale conduce un largo canale di argilla verniciato, che serve come gittatoio delle biancherie sporche, provenienti dal primo piano, dov'è fornito di una doppia chiusura. In questo vano di disinfezione, oltre alle ordinarie disposizioni di ventilazione, esiste un tubo per scacciare l'aria viziata di 20-45 cent. di diametro.

Questo edificio ha un ingresso principale isolato all'estremo ovest a fronte di strada. Un altro ingresso che serve per l'ambulanza mena mediante alcuni gradini dal giardino che sta innanzi all'ospedale nel corridoio a pianterreno dello stesso. Una porta a telai a sinistra di quest'ingresso (per l'ordinario chiusa, specialmente durante le ore di ambulanza) permette anche la connessione con il corridoio del vecchio edificio.

Il corridoio ha pavimento di piastre di legno, e lungo lo stesso nella direzione da est ad ovest s'incontrano questi vani: 1) una sala d'aspetto con tavole e banchi di legno di quercia sufficientemente ventilata (ventilazione propria dalle finestre) e riscaldata con stufe Meidinger e con canali per la fuoriuscita dell'aria viziata; 2) una sala per le consultazioni degli ammalati comuni; 3) una sala per gli ammalati infettivi, la cui porta di comunicazione con la sala precedente di regola rimane chiusa. Tutti questi vani sboccano nel corridoio con porte speciali. Nel terzo gabinetto per le malattie infettive tutte le masserizie sono in ferro, in lamine di vetro fuso e in porcellana. Infine evvi la cancelleria.

Tutti questi vani, ad eccezione della sala di aspetto, sono riscaldati con stufe Leschetitzky, e alla ventilazione, oltre ad essere provveduto dappertutto artificialmente, esiste anche una ventilazione propria dalle finestre, salvo nella cancelleria.

Nel corridoio istesso si trovano i cessi, una bocca d'incendio provvista di tubo, due ascensori per i cibi fino al 2° piano con campanello elettrico per dare il segnale, ecc.

Avendo questo corridoio un'entrata propria dal giardinetto anteriore dell'ospedale ed essendo separato dal vecchio edificio come pure dall'ingresso stradale di regola per mezzo di porte, così è raggiunto un isolamento il più possibilmente completo dei locali per l'ambulanza e la cancelleria da tutto il resto dell'ospedale.

Ad ovest dell'ingresso stradale si trova una cappella con sagrestia, e all'estremità del cortile d'ingresso vi è la scalinata, la quale mena alle cantine come al tetto. A destra di essa vi sono i cessi ed una condotta di acqua, a sinistra una stanza per il personale di guardia. L'illuminazione avviene dal cortile.

Al primo piano v'è la stazione per i difterici, al secondo quella per i morbillosi. In ambo questi piani esiste un corridoio corrispondente a quello a pianterreno. In ciascun piano esistono le seguenti stanze: un gabinetto di separazione, tre sale per infermi, di cui una più piccola, ed una stanza da bagno. Ciascuna stazione può disporre di 20-23 letti. Sicchè tutto l'ospedale tra vecchio e nuovo edificio ha la capacità per circa 120 letti. Tutte le stanze, ad eccezione della più piccola situata all'estremo est, si possono raggiungere dal corridoio, e sono tra loro congiunte mediante porte a due telai. I pavimenti di tutte le sale e dei corridoi sono come nel vecchio edificio di tavolette di quercia impregnate di olio di lino caldo. Gli angoli delle stanze sono arrotondati, le pareti, che avevano in principio una pittura con olio di uliva e con colori ad acqua, furono posteriormente dipinte con una pittura impermeabile con colore ad olio smaltato.

I mobili sono in gran parte in ferro o in ferro e vetro.

I letti, di due diverse grandezze, sono perfettamente identici a quelli che esistono nel padiglione dei difterici dell'ospedale Widerhofer. Al capezzale del letto pendono le tavole diagnostiche di ferro smaltato. In ogni stanza si trovano tavoli per la biancheria in ferro con lastra di marmo e lavatoio a bascule con apparecchio a gas per il riscaldamento dell'acqua.

Nella sala dei convalescenti invece del tavolo per la biancheria esiste una vasca ad acqua.

La piccola stanza all'estremo nel riparto dei diferici serve come sala di operazione, ed è fornita di quanto occorre, tutto similmente in ferro, vetro e porcellana, per cui facilmente disinfettabile. In ogni stanza e nel corridoio vi è una conduttura telefonica per i medici che mena nella stanza dell'infermeria.

Il riscaldamento delle sale e dei corridoi si verifica per mezzo di stufe in ferro Meidinger secondo il sistema Leschetitzky. Queste sono impiantate nella spessezza del muro del corridoio corrispondente alle sale degl'infermi, e sono perciò riscaldabili dal corridoio; sono provviste di un mantello metallico in parte murato e in parte doppio ed hanno un vaso di rame della capacità di 17 litri di acqua. Colla graduale evaporazione di quest'acqua esse, oltre a riscaldare l'aria che dal difuori attraverso un canale dal parapetto delle finestre arriva sotto il sfaldo delle stufe, conferiscono all'aria istessa un grado relativo di umidità. L'aria riscaldata penetra nelle pareti delle stanze mediante aperture le quali esistono quasi a metà altezza della stanza e a livello del pavimento, provviste di valvole per regolare la penetrazione del calore. L'aria inquinata viene scacciata coll'istesso sistema del vecchio edificio.

La ventilazione estiva si effettua per mezzo di tubi collocati nei pilastri dei muri maestri; essi hanno la loro parete esterna in basso, la loro parete chiudibile interna al disotto della soffitta della stanza.

Ma molto migliore è la ventilazione che si effettua per le ali superiori mobili delle finestre. Queste possono essere aperte mediante una leva situata alla parete destra tra le doppie finestre inferiori e la quale si può mettere in giuoco mediante una manovella, di guisa che contemporaneamente si muova da sopra verso dentro e in giù la finestra superiore interna e la superiore esterna da sotto verso il di fuori e all'insù. Il braccio della manovella come pure un disco situato al disotto sono perforati (quest'ultimo molte volte), per permettere che col fissarsi di un punteruolo la finestra possa essere variabilmente aperta a volontà. L'illuminazione è anche a gas, come nel vecchio edificio, sebbene si pensi sostituire la luce elettrica.

Dal secondo piano la scalinata mena al tetto coperto, diviso in due sezioni, e alla terrazza.

Una sezione del tetto si può raggiungere dalla scala, l'altra dalla terrazza.

Le masserizie (piatti di puro nickel, vasi diversi da pranzo, da notte, ecc.) delle due stazioni come pure il servizio delle infermiere è separato completamente, e per evitare confusione sugli oggetti si trova una marca corrispondente alla sezione cui sono destinati.

Una bocca d'incendio esiste poi anche nella terrazza.

Il direttore dell'ospedale mi significò che non si sentiva il bisogno di un macchinario per il riscaldamento centrale degli edifici.

Il servizio medico è così ripartito:

Direttore dell'intero ospedale e della sezione medica e infettive: Dott. Baldassarre Unterholzner - gratuito.

Direttore della sezione chirurgica: prof. Giovanni Hofmokl, straordin. di chirurgia - gratuito.

Medici consulenti (gratuiti):

- 1) Per le malattie oculari: Prof. straordinario Otto Bergmeister.
- 2) Per le malattie dell'orecchio: Prof. ordinario Giuseppe Gruber.
- 3) Per le malattie dei denti: Dott. Pichler Giovanni.

Prosettore gratuito: Prof. straordinario Alessandro Kolisko.

Assistenti: 1° Dott. Urban Karl — 45 fiorini al mese, alloggio e vitto.

Id. 2° » Grünwald — 40 id. id.

L'ambulanza vien tenuta tutti i giorni dalle 3-4 pom.

Il numero dei bambini osservati e curati nel 1894 ammontò a 11,598, così divisi:

Nelle varie stazioni accolti bambini	N.	970
Curati ambulatoriamente	»	9,990
Vaccinati	»	638
	In uno	<u>N. 11,598</u>

Nel 1895 la cifra ascese a 11067, così ripartiti :

Curati nelle varie stazioni bambini	N.	1,025
Id. ambulatoriamente	»	9,444
Vaccinati	»	598
	In uno	<u>N. 11,067</u>

L'ospedale ha molto contribuito alla popolarizzazione della laringo- e rispettivamente tracheotomia nelle stenosi laringee croupali e difteriche, operazioni che s'incominciarono a praticare fin dall'inizio dell'apertura dell'ospedale (1873), quando esse erano ancora temute ed osteggiate.

Quest'ospedale è tra i primi in Vienna in cui fu introdotta l'intubazione all'O' Dwyer.

La cura della difteria col siero Behring fu inaugurata l'11 ottobre 1894 con gli stessi risultati favorevoli degli altri ospedali. La mortalità per difteria discese dal 44,5 per cento nel 1893 e dal 34,7 per cento nel 1894 (in cui la sieroterapia s'inaugurò soltanto dall'11 ottobre in poi) al 19,8 per cento nel 1895. I primi risultati della cura, cioè quelli ottenuti durante lo scorcio del 1894, furono riferiti dall'Unterholzner alla società medica di Vienna nella seduta dell'11 gennaio 1895.

Le malattie chirurgiche dell'ospedale hanno poi dato occasione a molte pubblicazioni del professore Hofmohl, ad es. la cura della difteria coll'acqua ossigenata, la cura della spina bifida, sulle malattie delle vie urinarie e degli organi sessuali nei bambini, ecc., ecc.

KRONPRINZ - RUDOLF - KINDERSPITAL.

Quest'ospedale, aperto al pubblico il 20 settembre 1875, è situato nel terzo distretto della città, alla Kleingasse, n. 7, ed è edificato tra questa e la Schlachthausgasse. Riceve in cura i bambini infermi, specialmente degli abitanti poveri del terzo distretto, senza differenza di religione, dal quarto anno di vita compiuto fino al quattordicesimo anno incluso; soltanto eccezionalmente per gravi bronchiti, polmoniti e malattie infettive acute vengono ammessi i bambini al disotto dei quattro anni. Come pure sono esclusi dall'ammissione nell'ospedale i casi di eresipela, vaiuolo, varicella, pertosse, tracoma, oftalmo-bleenorrea dei neonati, tifo esantematico.

Il padiglione degli scarlattinosi è di recente costruzione (1890).

Tutto l'ospedale è situato in un quartiere molto bene aereato e soleggiato della città con sufficiente spazio libero all'intorno.

L'edificio principale risulta di un pianterreno e due piani superiori, un sotterraneo e un tetto coperto. Mediante i risalti che si trovano sul lato dell'edificio rivolto verso la Schlachthausgasse e un corridoio situato al lato rivolto verso la Kleingasse le due ali laterali di cui si compone quest'edificio vengono divise in due metà disuguali, e i vani che si trovano verso la metà sud-sud-est vengono messi in diretta comunicazione con la costruzione del centro.

La porzione dell'ala nord-est situata a nord-ovest del corridoio contiene la scalinata, colla quale confina verso la Kleingasse un edificio in parte ad un piano ed in parte a due piani di forma trapezoi-

dale, che è il riparto per i difterici. Quest'ultimo a pianterreno contiene la ghiacciaia, nella sezione ad un sol piano a pianterreno l'abitazione del cameriere e al primo piano due sale per i bambini infermi di difteria. L'ingresso all'abitazione del cameriere ha luogo dal cortile dell'edificio principale situato verso la Kleingasse al disotto della scalinata, l'ingresso nella stazione difterica dal ballatoio di riposo della scala a due braccia tra pianterreno e primo piano. Da esso ballatoio si entra prima in un'antisala, che contiene a sud-est i vani per i cessi di questo riparto, e verso nord ovest un vano trapezoidale, che contiene un letto per infermi e permette l'entrata in una stanza per infermi con 4 letti situata a nord-ovest della scalinata. La porzione dell'ala sud-ovest situata a nord-ovest del corridoio contiene a pianterreno l'abitazione del 2° assistente, al primo piano una stanza per le infermiere ed al secondo piano una stanza con 6 letti. A nord-ovest di quest'ala è annessa una piccola cella mortuaria per i casi infettivi.

La costruzione centrale contiene nel sotterraneo, che si può raggiungere dal di fuori, una lavanderia, una stanza per stirare, una cantina di deposito del vino e in un vano isolato un apparecchio di disinfezione Thurstfield; inoltre un vano per deposito del materiale da bruciare e un deposito per le bare, che una volta era l'abitazione del portiere.

Al pianterreno verso la Schlachthausgasse si trova una terrazza, sulla quale su una costruzione in ferro sono edificate al primo e al secondo piano delle belle verande con pareti a lastre, le quali in estate possono servire da soggiorno dei convalescenti e anche per dormire.

A destra dell'ingresso principale vi è l'abitazione per l'economia dell'ospedale e la cucina con le stanze del personale ad essa addetto.

A tutti questi vani si può accedere anche dal giardino. A sinistra dell'ingresso principale vi è la sala di aspetto e la farmacia e due grandi sale per l'ambulanza.

Al primo piano nel centro sonvi due grandi sale per gl' infermi di chirurgia rispettivamente con 8 e 10 letti, nell'ala nord-est vi è la sala di operazione, una stanza d'isolamento e una stanza da bagno, nell'ala nord-est vi è l'abitazione del primo assistente.

Al secondo piano egualmente nel centro sonvi due stanze rispettivamente di 8 e 10 letti, che rappresentano la stazione interna, a nord-est: due stanze per il personale infermiere, a sud-ovest una stanza d'isolamento per 7 infermi di morbillo e una stanza per due suore di quest'ultimo reparto, come pure il gabinetto da bagno e i cessi corrispondenti.

A nord-est di questo edificio principale, a 12 metri di distanza da esso, vi è il padiglione per la scarlattina, una recente costruzione oblunga a solo pianterreno, con ingresso di fronte all'edificio principale. Egualmente un lungo corridoio mena a destra in una grande sala d'infermi capace di 6 ad 8 letti e a sinistra vi sono due piccole stanze con un letto ciascuna; inoltre vi è una stanza da bagno, una stanza per due infermiere ed un locale per l'ispezione medica con i necessarii addobbi. Una scala a nord-ovest del corridoio mena sul tetto e nel sotterraneo. Le due sale più piccole mediante porte completamente impermeabili all'aria sono separabili perfettamente dalla grande sala per il bisogno di un completo possibile isolamento, giacchè esse possono allora aver ingresso direttamente dal corridoio comune.

Nel sotterraneo si trova la cantina per legna e carboni con uno scavo-gittatoio murato e due vani per la disinfezione delle biancherie sporche, le quali vi vengono gittate dal pianterreno attraverso uno speciale cilindro. L'allontanamento della spazzatura si verifica con una cesta chiusa situata nell'antisala del sotterraneo.

Tutte le sale degli infermi ricevono luce dal giardino. La grande sala di questo padiglione degli scarlattinosi non è scantinata, ma il pavimento è isolato dal suolo mediante uno strato di aria di oltre 0,3 m. di altezza. A mantenere asciutte le mura si è provveduto egualmente per mezzo di uno strato isolante.

Alla ventilazione è provveduto sufficientemente tanto per i bisogni dell'estate come dell'inverno. Le ali superiori delle finestre sono rotabili intorno al loro asse orizzontale; dappiù verso il soffitto vi sono le gelosie e verso il pavimento della stanza i chiusini. La ventilazione invernale si effettua mediante un canale che sbocca nello spazio situato tra la stufa e il suo mantello.

Nella stanza da bagno e nel sotterraneo il pavimento è impermeabile; invece in tutte le sale degl'infermi tanto nell'edificio principale come nel padiglione per la scarlattina è di legno molle dipinto a colore ad olio; così pure tutte le pareti delle stanze sono dipinte a colore ad olio; sui corridoi venne utilizzata la pietra.

Il riscaldamento è locale, ed in parte ha luogo mediante stufe di Faenza smaltate e in parte mediante stufe di ferro con conduttura di aria fredda.

Tutti i vani dell'ospedale sono illuminati a gas.

Verso la Kleingasse e con un lato prospiciente alle case situate nella Wällischgasse esiste un piccolo edificio che serve da cappella, eretto nel 1892, ove è anche la sagrestia, una cella mortuaria per il deposito dei cadaveri di malattie comuni non infettive e una camera per le sezioni. È questo l'unico ospedale, tra quelli da me visitati, in cui avviene una completa separazione dei cadaveri di malattie infettive da quelli comuni.

L'ospedale dispone così in tutto di circa 60 letti. I letti in tutto l'ospedale sono tuttora però in legno, anche nella stazione scarlattina. Sui materassi di alghe è disteso il solito pezzo di stoffa impermeabile per i bambini piccoli.

Sebbene nelle cantine esistano vani per lavare e per asciugare la biancheria, tuttavia la biancheria sporca viene due volte la settimana rilevata da speciali carrozze chiuse e lavata dalla Actien-Gesellschaft f. Dampfwascherei u. Appretur di Vienna.

Il servizio medico dell'ospedale è così distribuito:

Direttore dell'ospedale e delle sezioni medica e infettive: Dott. Ugo Gnädinger, che è stato per parecchi anni assistente del Widerhofer - gratuito.

Chirurgo primario: Dott. prof. Anton Ritter von Frisch, direttore della sezione chirurgica - gratuito.

Prosettore: Prof. dott. Riccardo Paltauf - gratuito.

Consulente per le malattie della pelle: Prof. Hans Ritter von Hebra - gratuito.

Id. per le malattie della gola: Prof. dott. Otto Chiari - gratuito.

Id. per le malattie degli occhi: Prof. dott. Otto Bergmeister - gratuito.

Assistenti: 1. Dott. Richard Schmucker - 30 fiorini al mese, alloggio e vitto.

2. Dott. Karl Zuppinger - 25 fiorini, id. id.

Nel 1894 furono curati ambulatoriamente e nel maggior numero dei casi prov-		
visti gratuitamente di medicamenti bambini	N.	11,118
Nelle varie sezioni dell'ospedale.	»	531
Vaccinati	»	258
	In uno	N. <u>11,907</u>

Nel 1895 si hanno rispettivamente bambini	N.	11,594
» » »	»	589
» » »	»	227
Immunizzati contro la difteria »	»	29
	In uno	N. <u>12,439</u>

La sieroterapia antidifterica fu inaugurata il 23 settembre 1894, ma dovette essere sospesa due

volte per mancanza di siero. I risultati furono contraddittori in principio; invece nel 1895 si ebbero i soliti favorevoli risultati concordanti con quelli degli altri ospedali; la mortalità discese al 20,13 per cento, contro il 36,6 per cento nel 1893 e il 41 per cento nel 1894, per cui il dott. Gnändinger ha oggi smesse quelle riserve sulla efficacia del siero anti-difterico che egli dovette fare nella comunicazione tenuta alla società medica di Vienna il 21 dicembre 1894.

KAROLINEN KINDERSPITAL.

Quest'ospedale, aperto il 4 novembre 1879, è situato nel 9° distretto, alla Schubertgasse N. 2, ed accoglie bambini infermi dai 2 ai 12 anni compiuti.

L'edificio è separato dalla strada mediante un piccolo giardinetto di 1,70 m. di larghezza con cancello; ed è ad un piano.

A pianterreno si entra per un ingresso situato nel centro del fronte nord dell'edificio principale, e da quest'ingresso si arriva in un piccolo vestibolo, e da questo in un piccolo corridoio.

A destra del vestibolo si accede all'abitazione dell'assistente e alla stanza di ordinazione dell'ambulanza, preceduta da una sala di aspetto. Ambedue questi ultimi vani hanno però un ingresso speciale al lato ovest per mezzo di una scaletta coverta. Ad ovest della sala di aspetto vi è un piccolo laboratorio. La sala di aspetto sta in comunicazione col corridoio mediante una porta, e così anche con tutto l'ospedale. A sinistra dell'ingresso evvi l'abitazione del portiere.

Dal corridoio si perviene nella cucina e nella stanza dell'economia dell'ospedale, e da quest'ultima stanza si va nel magazzino di deposito della biancheria.

Di fronte all'ingresso principale vi è la scala a due braccia, e tra questa e la sala di aspetto della policlinica una piccola farmacia, mentre sul lato est della scalinata sono collocati i cessi.

Al primo piano si trova al disopra dell'ingresso la cappella e poi quattro grandi sale per gli infermi, le quali sono capaci di contenere 24 letti, oltre un'altra piccola stanza a due letti per l'isolamento dei casi sospetti. Queste quattro stanze rappresentano la stazione medica e chirurgica in pari tempo. Inoltre vi sono due stanze per quattro infermiere, una stanza da bagno e i cessi.

Al pianterreno si trovano cinque vani d'isolamento tra loro separati, di cui quello più a nord serve da deposito di biancherie, quello che segue immediatamente è adibito per la scarlattina (in questa sala vengono però accolti i soli bambini che ammalano di scarlattina nell'ospedale), il susseguente per la difteria; a questi fa seguito la stanza per le infermiere, e finalmente il vano che resta più a sud è destinato per i casi di varicella. Quest'ultimo vano è stato recentemente diviso in due, di cui quello ad ovest è la stanza per l'infermiera, quello ad est è adibito come sala d'infermi affetti da varicella con 2 a 3 letti. La sala per la scarlattina di sponde di 3 letti e quella per la difteria di 8 letti, e sono completamente separate tra loro da un muro. L'accesso nelle sale ha luogo dal giardino posto dietro l'ospedale. L'ospedale dispone in tutto perciò di 40 letti circa.

I letti sono in ferro, i materassi ed i cuscini di crini di cavallo, coperte di lana e lenzuoli di tela: il solito strato di stoffa impermeabile per i piccoli.

La biancheria infetta vien messa in soluzione carbolica all'1 o/o, ma non viene sterilizzata, sebene l'ospedale disponga di un apparecchio di sterilizzazione proprio, e poi si fa lavare come in altri ospedali al di fuori.

Le pareti delle stanze sono dipinte a colore ad olio, e i pavimenti sono di linoleum.

Tutti i vani sono illuminati a gas, riscaldati da stufe; alla ventilazione provvedono soltanto le ale superiori mobili delle finestre.

Nell'ambulanza, che si tiene ogni giorno dalle 9-10 a. m., si distribuiscono anche i medicinali gratuitamente, i quali si prelevano dalla farmacia dell'ospedale.

Il servizio medico è così distribuito:

Direttore dell'ospedale e medico primario: Dott. Andrea R. v. Hüttenbrenner, libero docente di pediatria nell'Università di Vienna — gratuito.

Chirurgo primario: D. Alessandro Fränkel, docente di chirurgia — gratuito.

Prosettore il già ripetuto Prof. A. Kolisko — gratuito.

1° Assistente Dott. Guglielmo Knoepfelmacher — 420 fiorini l'anno;

2° Assistente Dott. Rodolfo Neurath — 300 f. l'anno; -

entrambi con colazione, pranzo e alloggio gratuito, senza cena; possono anche praticare.

Il docente D. Hüttenbrenner fa lezione 5 volte la settimana, ad eccezione del sabato, dalle 11 alle 12 a. m., in corsi di 6-8 settimane per i soli medici.

Eguale il Fränkel fa lezione il mercoledì e il sabato dalle 9 alle 11 a. m. ai soli medici, in corsi di 6-8 settimane.

La mancanza di un'aula per le lezioni restringe il numero degli uditori a sei o sette per ogni corso.

Nell'ambulatorio furono curati gratuitamente, distribuendo medicine e applicando fasciature, durante l'anno 1894

	N°	16,390	bambini
Vaccinati	»	264	»
Curati nei varii reparti dell'ospedale	»	493	»

In uno 17,147

contro 14928 dell'anno precedente.

Si pensa di ampliare l'Ospedale fino a 100 letti, essendosi raccolti già gran parte dei fondi necessari.

••

Il direttore docente Dott. Hüttenbrenner è stato già assistente e scolaro del Widerhofer e per un certo tempo anche settore nell'ospedale S. Anna. Fu abilitato alla libera docenza nel 1875 con un lavoro completo sulle stenosi intestinali nei bambini (1).

Durante il suo assistentato nell'ospedale S. Anna ebbe l'agio di osservare e descrivere un caso rarissimo di cicatrice sifilitica alla biforcazione dei bronchi in un bambino a 12 anni (2), che rappresenta il 2° caso di tal genere nella letteratura pediatrica, il primo essendo stato descritto dal Gerhardt cinque anni prima, nel 1867, ed apportò un nuovo contributo alla casistica dei linfomi maligni nell'infanzia (3) e alla cura del trisma e tetano dei neonati coll'idrato di cloralio (4), già proposto dall'Auehentaler e dal Monti. Inoltre l'Hüttenbrenner richiamò parimenti l'attenzione dei pediatri sulla

(1) *Die Darmstenosen in Kindesalter*. Leipzig, Druck von B. G. Teubner, 1875.

(2) *Ueber einen seltenen Fall einer syphilitischen Narbe an der Bifurcation der Bronchien*. Jahrb. f. Kinderheilk., V. Bd., 1872.

(3) *Ueber Lymphosarcome*. Jahrb. f. Kinderheilk., 1871, pag. 157.

(4) *Ueber die Behandlung des Trismus u. Tetanus neonatorum mit Chloralhydrat*. Jahrb. f. Kindh., VII. Bd., 1874.

possibilità delle morti repentine nei bambini per laringospasmo e per l'atto del vomito (1), e raccomandò l'uso del cateterismo laringeo con il catetere proposto dal Weinlechner nei casi di stenosi difterica dei bambini (2), inculcando giustamente di limitarne l'applicazione per ovviare ai danni provenienti dall'abuso di esso.

Dopo che egli assunse la direzione del *Karolinen-Kinderspital* pubblicò delle accurate ricerche istologiche sulla meningite tubercolare, sul sarcomfalo, sul neuroma della duramadre e sulle alterazioni delle cellule epatiche nelle infiammazioni parenchimali del fegato.

Un trattato di pediatria, edito dall'Höttenbrenner nel 1876 (3), che precedette quelli più classici tedeschi venuti dopo, si ebbe l'onore di una seconda edizione nel 1888, ed attualmente ne è in preparazione una terza.

I. ÖFFENTLICHE KINDER-KRANKENINSTITUT.

1° Istituto pubblico per la cura dei bambini infermi.

Il Prof. Max Kassowitz, ormai celebre per la nuova patogenesi e cura del rachitismo da lui introdotta, non possiede un ospedale, ma una semplice ambulanza per i bambini frequentatissima e che porta il nome di 1° istituto policlinico per la cura dei bambini infermi in Vienna. Questo istituto sorse nel 1787 secondo la mostra del primo istituto di simil genere fondato dal Dott. Armstrong in Londra, e fu fondato dal Dott. Mastalier. Esso fu la prima istituzione pubblica per la cura dei bambini in Vienna, La direzione dell'istituto dopo la morte del fondatore passò consecutivamente nelle mani del Goelis, Weiss, Loebisch e Politzer, e dopo la costui volontaria dimissione fu incaricato ad assumerne la direzione il Kassowitz.

Nel 1886 l'Istituto fu ampliato e trasformato, giacchè, mentre sino allora esisteva soltanto una sala d'aspetto e una sala per le ordinazioni agli infermi, esso per il rapido aumento della frequenza degl'infermi è stato al bisogno ampliato e diviso in varie sezioni.

Situato nel 1° distretto della città, alla Steindalgasse, n. 2, risulta a pianterreno di una sala di aspetto e di ordinazione e al 1° piano di due sale di aspetto, una stanza di ordinazione, un locale di operazione ed una sala in cui vengono tenute le lezioni ed eseguite le vaccinazioni. La casa possiede una farmacia propria per distribuire i medicinali gratis ai bambini, i cui genitori sieno veramente poveri.

Le visite all'ambulanza vengono impartite tutti i giorni dalle ore 1 alle 4 pom. da parecchi medici pratici, privati docenti e assistenti di ospedali, che prestano gentilmente la loro opera gratuita. I riparti in cui è diviso l'istituto, che sta sempre sotto la direzione e sorveglianza del Prof. Kassowitz, sono i seguenti:

4 riparti medici gestiti dai Dott. v. Genser, Carl Hochsinger, Rie ed Hock, una sezione chirurgica gestita dal Dott. Winter, una sezione per le malattie della pelle dal Dott. Schiff, libero docente, una per le malattie della gola dal Dr. Ronsburger, una per le malattie dell'orecchio dal Dr. Gomperz, libero docente, e una sezione per le malattie nervose dal Dott. Freud, libero docente. Oltre a questi vi sono parecchi volontari.

(1) *Die plötzlichen Todesarten im Kindesalter*. Oesterr. Jahrb. f. Pädiatrik., I. Bd., pag. 31, e II. Bd., pag. 155.

(2) *Ueber den Katheterismus des Larynx bei der croupösen oder diphtheritischen Erkrankungen desselben.*, Jahrb. f. Kindhk., VIII. Bd., 1874.

(3) *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Wien, 1876.

Il numero dei bambini osservati e curati, che nel 1883 ammontava a soli 3570, è andato crescendo rapidamente fino a raggiungere la cifra di 12,839 nel 1892, di 13,178 nel 1893, di 14,593 nel 1894 e di 16,266 nel 1895.

Nell'istituto vengono anche tenute dal direttore Prof. Kassowitz lezioni sulle malattie dei bambini e sulla vaccinazione nei semestri scolastici.

*
**

Il Prof. Kassowitz, laureatosi in Vienna nel 1863, fu assistente del Prof. Politzer, cui successe nel 1881 nella direzione dell'istituto pediatrico, essendo nominato nello stesso anno libero docente di pediatria; nel 1891 poi ottenne il titolo di straordinario onorario.

A dimostrare l'attività scientifica di questo istituto pediatrico basterebbe la nuova cura col fosforo introdotta dal Kassowitz fin dal 1884 (1) contro il rachitismo, la quale, salvo presso pochi, tra cui l'Henoch e il Monti, ha incontrato il favore generale, ed è stata constatata ripetutamente giovevole specialmente nelle forme di laringospasmo, di cui abbrevia il decorso e la veemenza e quindi allontana la possibilità di un esito letale.

Si sa che tale applicazione terapeutica è stata fondata dal Kassowitz su di una base anatomica, in quanto che egli, dopo studii accurati sull'indole del rachitismo (2), espresse l'opinione che tutte le manifestazioni dello scheletro rachitico dipendono da una vascolarizzazione aumentata del tessuto osteogeno e che d'altra parte, secondo gli esperimenti sui giovani animali, le piccolissime dosi attive di fosforo hanno la proprietà di ritardare la vascolarizzazione normale di questo tessuto.

Il Kassowitz contrastò giustamente l'opinione emessa dal Parrot che la rachitide sia sempre l'esito di una sifilide ereditaria e riaffermò che la sifilide è soltanto una delle tante cause della rachitide (3).

Il Kassowitz è partigiano della intrasmissibilità di una sifilide acquisita durante la gravidanza al feto, i cui genitori erano sani all'epoca del concepimento: così pure è partigiano della cosiddetta legge di Colles, cioè della immunizzazione della madre durante la gravidanza da parte del bambino, il quale per infezione paterna (spermatocica) sia ereditariamente sifilitico.

I lavori più importanti usciti da questa scuola dal 1890 in poi sono stati consacrati nei « Beiträge zur Kinderheilkunde aus dem ersten öffentlichen Kinderkrankeninstitut in Wien », di cui sono tapparelli già sette fascicoli. In essi esistono dei contributi importanti del Kassowitz sulla rachitide e sulle malattie dei bambini nel periodo della dentizione, nel quale ultimo egli dà l'estremo tracollo alla credenza volgare delle malattie prodotte dall'atto fisiologico della dentizione. Altro lavoro molto importante è quello fatto in collaborazione col Boral sulla questione della tetania e del laringospasmo; essi rigettano sulla base di osservazioni proprie l'opinione espressa dall'Escherich e dal Loos (v. pagina 104) e sostengono che il laringospasmo non sia altro che un sintoma della rachitide e della craniotabe, ma che nel maggior numero dei casi invece è indipendente dalla tetania, mentre questa ha sempre d'altra parte come compagna la rachitide. Sicchè essi esclusero una tetania idopatica, come l'ammisero i due autori più sopra citati.

(1) *Die Behandlung der Rachitis mit Phosphor*. Druck u. Verlag von L. Bergmann e C., Wien, 1884. Id. *Epilog zur Phosphordebate nebst einigen Bemerkungen über die Involution der Fontanelle u. über Schädelwachstum*. Ibid., 1885.

(2) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, N. F. Bd. XXII., XXIII. e XXIV.

Verhandlungen der Gesellschaft f. Kinderheilk., II.

(3) *Syphilis u. Rachitis*. Wiener mediz. Blätter, N. 40-42, 1881.

Un lavoro importantissimo di semiotica cardiaca nei bambini è quello del suo assistente, dottor Carlo Hochsinger, argomento poco svolto fino allora nei comuni trattati di pediatria, tranne in quello classico del Gerhardt e nelle lezioni del Cadet de Gassicourt. L' Hochsinger in tale lavoro rileva la particolarità di ascoltazione nei bambini, cioè che in tutta l' aia del cuore il primo tono si ode alquanto più fortemente accentuato del secondo e il ritmo cardiaco si può designare come trocaico. L' Hochsinger è anche autore di un recente libro assai apprezzato d' igiene del bambino nella casa paterna (1), esposto con linguaggio molto popolare ed accessibile anche alle menti dei profani.

Se il Prof. Kassowitz ha un torto, è quello di essere stato uno dei più energici oppositori della sieroterapia antidifterica sia come mezzo terapeutico nella difteria e sia come mezzo profilattico. Sulla prima virtù del siero non v'è oggimai più chi dubiti. Sulla seconda virtù basterà citare le recentissime esperienze positive fatte dal dottor Lohr nella clinica dell' Heubner di Berlino. Noi dobbiamo però scusare in parte il Kassowitz di questa sua, diremo così, miscredenza, giacchè essa è fondata più sulla sua vasta cultura letteraria, anzichè su osservazioni proprie personali, a lui impossibili per la mancanza di materiale ospedaliero.

GRAZ.

In questa città esiste un unico ospedale per i bambini, che è lo

ANNA-KINDERSPITAL.

Quest'ospedale conta già 52 anni di vita, essendo stato aperto il 1° marzo 1844, sette anni dopo l'ospedale S. Anna di Vienna. Ne è direttore attualmente il rinomato Prof. Teodoro Escherich.

Situato in un punto molto areato e separato dal centro della città, alla Mozartgasse, 14, risulta di un unico edificio costituito di un pianterreno e di due piani superiori. Al pianterreno esiste la policlinica, che è stata del tutto recentemente restaurata, ed è composta di una sala di aspetto e due stanze, una per la policlinica esterna ed una per l'interna; manca una stanza isolata per i casi infettivi. Le stanze della policlinica sono discretamente provviste di luce e dipinte del tutto ad olio colorato, per lo scopo di una facile disinfezione. Inoltre a pianterreno esistono tutti i vani che sono destinati agli uffici, all'abitazione del portiere e all'economia domestica, come pure la lavanderia; inoltre sonvi le stanze per le suore infermiere e gli assistenti, il laboratorio chimico-batterologico, una piccola farmacia propria dell'ospedale e nel sotterraneo la cucina.

Al primo piano vi sono due stanze con una camera intermedia di trattenimento (il cosiddetto Tagesraum), le quali funzionano da reparto per le malattie interne, e al secondo piano vi è la stazione chirurgica e di oculistica egualmente con due stanze: ambedue i reparti sono capaci di 30 letti ognuno. La costruzione è sull'istesso tipo dei reparti corrispondenti descritti nell'ospedale S. Anna di Vienna, per cui mi risparmio qui delle ripetizioni inutili. I letti sono però in ferro con spalliere laterali arrovesciabili in basso e con fondo di acciaio e materassi di crini di cavallo.

L'uso dei letti asciutti per i lattanti, come quello della firma Metzeler e C. di Monaco, fu abolito, perocchè si è visto non confacente per la cura ospedaliera, in quanto che essi rendono difficile se non addirittura impossibile la sorveglianza e l'esame della qualità delle feci.

Come stazione infettiva non esiste che la sola stazione per i difterici, alla quale si accede per

(1) *Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause*. Leipzig u. Wien, Franz Deutike, 1896.

una porta ed una scalinata separata e che è capace di 21 letti. I cibi dalla cucina posta nel sotterraneo vengono saliti su mediante un ascensore.

L'ospedale dispone adunque in tutto di un 80 letti.

Tutti i mobili delle sale degl' infermi, compresi quelli della stazione dei difterici, sono tuttora in legno.

Si calcola per ogni sette bambini una suora ed una infermiera, ed in tutto nell'ospedale sonvi nove suore, inclusa la superiora. I bambini vengono curati completamente gratis a spese del comune; solo per quelli i cui parenti possono pagare è fissata una rata di 50 kreuzer per ogni giorno di degenza nell'ospedale.

Le tabelle per misurare la temperatura, il polso e la respirazione sono simili a quelle adoperate nella Clinica Pediatrica della Charité di Berlino e in quella di Lipsia; esistono soltanto di speciale due varietà di tabelle, una per i casi comuni, in cui basta prendere la temperatura due volte nella giornata, e l'altra che serve per quei casi ove, come nel tifo, nelle malattie esantematiche, ecc., vi è bisogno di un controllo molto più frequente delle oscillazioni giornaliere della temperatura.

I bambini ricevono sempre il solito bagno di nettezza prima di entrare nella clinica.

Tutto l'ospedale è provvisto di servizio telefonico ed è in rapporto con la stazione dei pompieri della città; come pure ha un ampio giardino con piantagioni ed una gran copia di spazio libero e di aria innanzi a sè.

È stato ad esso recentemente aggregato un altro edificio, situato allato, che era in riattamento allorchè nello scorso aprile visitai la clinica, che dovrà servire sia per dare migliori abitazioni alle suore e ai medici assistenti e sia anche per stabilirvi un reparto d'isolamento per tutti i casi di malattie infettive, come pure una stazione di osservazione dei casi sospetti.

In quanto alle disposizioni per il riscaldamento e la ventilazione nulla vi è di notevole. Il modo di vestire dei bambini a letto e fuori di esso è identico a quello indicato per tutti gli altri ospedali.

L'ospedale accoglie bambini infermi, compresi i lattanti, fino all'età di 15 anni. Il latte si somministra col metodo indicato dal Gärner e lo si sterilizza a 110° a 4 atmosfere per un'ora.

Di esso si riempiono delle bottiglie fornite di speciale cappuccio forato di caoutchouc. I risultati ottenuti con questo metodo e comunicati dall'Escherich (1) furono molto soddisfacenti.

È noto come l'Escherich notò pel primo come i coaguli di caseina che si ottengono con questo latte sono più fini e più separati di quelli del latte di vacca e rappresentano perciò un punto di passaggio tra questi con quelli del latte di donna.

Di questi effetti benefici, specialmente nel materiale policlinico, l'Escherich se ne loda classificandoli addirittura come splendidi nel *Rechenschafts-Bericht* del 1895. Essi sono stati anche recentemente confermati dal Moser (2) nella clinica del Widerhofer in Vienna.

La biancheria delle stazioni comuni si lava nella lavanderia dell'ospedale; ma quella proveniente dalla stazione infettiva vien prelevata entro speciali carrozze chiuse impermeabili per essere sterilizzata nell'apparecchio di sterilizzazione generale della città.

L'ambulanza vien tenuta tutti i giorni dalle 2-4 pom.; la domenica e i festivi dalle 9-10 ant. I bambini poveri vi ricevono anche le medicine gratuitamente.

(1) *Die Gärner'sche Fettmilch, eine neue Methode der Säuglingsernährung*. Wien. mediz. Wochenschrift. 1894.

Die Bedeutung der Gärner'schen Fettmilch f. die Säuglingsernährung Mittheil. des Vereins der Aerzte in Steiermark, 1895, N. 1, e *Wiener klin. Rundschau*, N. 3 e 4, 1894.

(2) *Die Gärner'sche Fettmilch (ein Beitrag zur Säuglingsernährung)*. Jahrb. f. Kinderheilk., N. F., XLIII, Bd., 2. Heft, 1896.

Il numero dei bambini curati ambulatoriamente è salito gradatamente da un numero di 4501 nel 1890, allorchè l'Escherich assunse la direzione dell'ospedale, ad 8084 nel 1895.

Nella stazione interna e infettiva si sono avuti rispettivamente in cura 480 e 602 bambini, nella chirurgia ed oculistica 262 e 246.

Dall'introduzione della sieroterapia la mortalità per difteria è enormemente discesa; da 50 % nel 1892 e 38,5 % nel 1893, nel 1895 si è avuto solo il 16,5 % di decessi.

L'assegno annuo della clinica corrisponde a fiorini 300.

Il servizio medico è così ripartito:

Direttore dell'ospedale e delle sezioni interna e infettiva: Professore straord. Teodoro Escherich.

Riceve il solo stipendio dello Stato come professore.

Chirurgo primario: Dott. Beniamino Ipavic - gratuito.

Oculista: Dott. Carlo Keller - gratuito.

Prosettore: Prof. Eppinger.

Gli assistenti, che possono tutti praticare, in città, sono:

Dott. Lang, 1° assistente, con 600 fiorini l'anno e alloggio.

Dott. Schmidt, 2° Assistente. Id.

Dott. Kopecky, medico secondario, con 500 fiorini l'anno e alloggio.

Dott. Hundegger - aiuto alla chirurgia: 120 fiorini l'anno e alloggio.

Dott. Dant - aiuto alla staz. difterica: 150 fiorini l'anno e alloggio.

Dott. Trumpp - assistente volontario - gratuito.

Corsi del prof. Escherich. — Durante il semestre scolastico l'Escherich detta due corsi:

1. Clinica delle malattie dei bambini. Martedì e giovedì dalle 3-4 pom. e sabato dalle 9-11 ant., con esercizi pratici sull'ambulanza tutti i giorni dalle 3-4 pom. Questo corso fu seguito nel semestre estivo del 1895 da 62 e nell'invernale da 31 uditori.

2. Corso sulla vaccinazione dalle 4-5 pom. di ogni mercoledì. Questo corso fu seguito nel 1895 da 22 uditori.

*
*
*

Nel 1895 furono per la prima volta spediti dal 19 agosto al 27 novembre sei bambini tra i più ammissioni dalla scrofolosi in un ospizio per tali bambini costruito nell'isola Cherso sull'Adria, e si sperava in quest'anno nel concorso dei privati per poter aumentare tale numero annuale di spedizioni tra i bambini bisognosi, tanto più che le famiglie non completamente povere avrebbero potuto concorrere a porzione delle spese di mantenimento.

*
*
*

Il prof. Escherich è stato scolaro ed assistente del prof. Gerhardt di Berlino nel periodo dal 1881-1883 allorchè il Gerhardt insegnava in Würzburg. Presso lui l'Escherich si esercitò sui metodi di esame fisico e sulla laringoscopia. Nel 1884 fu chiamato come assistente presso il Ranke di Monaco, ed è durante il suo soggiorno nella clinica pediatrica del Ranke che comparve il suo lavoro rimasto classico nella letteratura sui batterii dell'intestino dei lattanti (1), il quale rappresenta il primo e fino ad oggi insuperato lavoro sul significato dei batterii nel canale intestinale dei lattanti; argomento

(1) *Die Darmbakterien des Säuglings u. ihre Beziehung zur Physiologie der Verdauung.* 180 pag., con 2 tavole. F. Enke. Stuttgart, 1886.

di così grande interesse per la fisiologia e la patologia intestinale, fino allora appena sfiorato. Le due specie batteriche, specialmente ivi per la prima volta descritte (il bacterium coli comune e il bacterium lactis aerogenes), sono oggi affermate da tutti ed acquistano sempre più un interesse scientifico segnalato; esse vanno, come si sa, sotto il nome dello scovittore.

Fondandosi sul fatto dimostrato in questo lavoro che il « bacterium lactis aerogenes » nel canale intestinale del lattante provoca normalmente il processo di fermentazione dello zucchero contenuto nel latte che serve d'ordinario alimento al poppante, l'Escherich assegnò all'antisepsi intestinale nella cura delle malattie intestinali dei lattanti un'importanza minore della regolarizzazione della dieta (1). Or siccome, secondo l'esperienza insegna, gli albuminoidi non sono che solo scarsamente o affatto esposti all'azione dei batterii della putrefazione per tutto il tempo in cui non interviene la fermentazione dello zucchero, così nelle malattie delle sezioni superiori dell'intestino, in cui tale fermentazione non avviene, l'Escherich raccomandò una dieta esclusivamente albuminoidea (come migliori il peptone o l'acqua albuminosa dell'Epstein). Invece nelle malattie delle sezioni inferiori dello intestino, dove spesso si verifica la putrefazione degli albuminoidi, l'Escherich raccomandò di far uso degli idrati di carbonio (come migliori i preparati contenenti destrina o amido), perocchè essi colla fermentazione acida cui danno luogo cercano di opporsi alla putrefazione degli albuminoidi.

In Monaco l'Escherich ottenne il titolo di privato docente di pediatria e si occupò della fisiologia della digestione del lattante e della chimica del latte, come pure della quistione della nutrizione artificiale. In quest'ultima l'Escherich fu il più strenuo oppositore delle dottrine allora dominanti di un'autorità in questo campo, qual'è il Biedert. Si sa che il Biedert aveva contestato il significato dannoso dei batterii nella lattazione artificiale, e guidato piuttosto dal concetto della difficile digeribilità della caseina del latte di vacca, aveva introdotto l'uso delle forti diluzioni di esso. Inoltre il Biedert aveva formulato le sue prescrizioni di diluzione del latte in rapporto al peso del corpo del bambino — cosiddetto *metodo percentuale*. La lotta che s'impegnò tra l'Escherich e il Biedert nelle due riunioni dei naturalisti e medici tedeschi di Wiesbaden (1887) e di Heidelberg (1889) è oggi oramai decisa in favore del primo. L'Escherich (2), considerando infatti le differenze di costituzione chimica tra il latte di donna e quello di vacca, dimostrò che col metodo delle forti diluzioni del Biedert i bambini introducono molto poco zucchero e grasso, dipiù la digestione viene rallentata, circostanza questa da tener molto presente sia per la scarsezza naturale del fermento digestivo nel tratto intestinale infantile e sia per il fatto che la digestione stomacale nel lattante sta tanto più indietro alla intestinale, come lo stesso Escherich ha dimostrato (3), per quanto più piccolo è il bambino; anzi lo stomaco del neonato e nel lattante dei primi mesi della vita rappresenterebbe piuttosto un semplice serbatoio. Oltre a ciò l'enorme quantità di liquido introdotto dà luogo a frequente urinazione e ad eczemi cutanei. Per questo l'Escherich raccomandò di usare un metodo col quale il latte di vacca si fosse potuto più assomigliare a quello di donna, sia avuto riguardo all'assenza in esso di germi e sia avuto riguardo ai rapporti di quantità e di volume dei singoli pasti nei varii periodi della vita del lattante. Questo metodo in opposizione al percentuale del Biedert chiamato dall'Escherich *volumetrico* si può nella ma-

(1) *Beiträge zur antiseptischen Behandlungsmethode der Magen-Darmerkrankungen des Säuglings*. Theapeut. Monatshefte, 1887, pag. 390.

(2) *Ueber künstliche Kinderernährung u. eine neue Methode der Nahrungsmengenberechnung*. Münch. mediz. Wochenschr., 1889, N. 13 e 14.

— *Zur Reform der künstlichen Säuglingsernährung*. Wien. klin. Wochenschr., 1889, N. 40.

— *Zur Frage der Nahrungsbestimmung f. den Säugling nach Alter oder Körpergewicht*. Münch. mediz. Wochenschr., 1889, N. 19.

(3) *Die normale Milchverdauung des Säuglings*. Jahrb. f. Kinderhk., Bd. XXVII, pag. 100, 1888.

niera più precisa attuare mediante un apparecchio fornito di bottiglie graduate e sterilizzabili secondo il principio del Soxhlet. Ove ciò per il costo elevato dell'apparecchio non fosse stato possibile, l'Escherich propose l'introduzione di biberons divisi in ccm. e in pari tempo ancora in volumi nutritivi, onde fosse facile al pratico, oltre la quantità del latte, di poter prescrivere anche i volumi nutritivi. Questo principio dell'Escherich è un'emanazione del principio della sterilizzazione delle singole porzioni di latte alla Soxhlet e della tabella di Pfeiffer delle quantità nutritive e dei rapporti volumetrici tra i singoli componenti del latte di donna, tabella che si vede riprodotta anche a pag. 25-26 della seconda edizione italiana del *Trattato delle malattie dei bambini* del Prof. A. Baginski.

In pari tempo l'Escherich dimostrò falso il principio del Biedert di stabilire la quantità di latte tenendo conto del peso del bambino, bastando la semplice considerazione che nei primi sei mesi i bambini decuplano la quantità giornaliera di latte succhiato, mentre il peso del corpo si raddoppia soltanto.

In base a tutti questi principii l'Escherich, mettendo come fondamento l'unità di misura di 1¼ di litro, semplificò di molto per l'uso pratico la somministrazione del latte di vacca nella lattazione artificiale, come appare dalle seguenti tabelle da lui proposte:

TABELLA 1ª.

Si bollicia per un bambino di:

1-2 settimane	250 gr.	(1¼ di litro)	di latte con	500 gr.	(1½ litro)	di acqua
3-8 »	500 »	(1½ litro)	»	»	500 »	»
9-16 »	750 »	(3¼ di litro)	»	»	500 »	»
5-6 mesi	1000 »	(1 litro)	»	»	250 »	(1¼ di litro)
7-12 »	1250 »	(1 1¼ di litro)	»	—	—	—

distribuendo così i pasti secondo l'età:

TABELLA 2ª.

Bambini di 1½ settimana	prendono 8 volte al giorno	50 gr.
» 1 »	» 8 »	75 »
» 2-3 settimane	» 8 »	85 »
» 4-5 »	» 8 »	100 »
» 6-12 »	» 7 »	125 »
» 4 mesi	» 7 »	150 »
» 5 »	» 6 »	150 »
» 6-7 »	» 6 »	175 »
» 8-12 »	» 6 »	200 »

e con la seguente mescolanza:

TABELLA 3.^a

ETÀ del bambino	MISCOLANZA		QUANTITÀ totale	DI ESSA VIEN PRESA	IN ESSA v'è latte gr.	ALBUMINA 3.5 per cento	RESIDUO in ccm.
	Latte	Acqua					
Settimane							
1 2.	1	2	750 gr.	$8 \times 50 = 400$	133	4.65	350
1.	1	2	750 »	$8 \times 75 = 600$	200	7.00	150
2.	1	2	750 »	$8 \times 85 = 680$	227	7.90	70
3.	2	2	1000 »	$8 \times 85 = 680$	340	11.90	320
4 e 5. . . .	2	2	1000 »	$8 \times 100 = 800$	400	14.00	200
6 e 8. . . .	2	2	1000 »	$7 \times 125 = 875$	437	15.29	125
Mesi							
3.	3	2	1250 »	$7 \times 125 = 875$	525	18.37	375
4.	3	2	1250 »	$7 \times 125 = 875$	630	22.05	375
5.	4	1	1250 »	$6 \times 150 = 900$	720	25.20	350
6.	4	1	1250 »	$6 \times 175 = 1050$	840	29.40	200
7.	5	..	1250 »	$6 \times 175 = 1050$	1050	36.75	200
8-12. . . .	5	..	1250 »	$6 \times 200 = 1200$	1200	42.00	50

Con questo metodo viene adunque evitata l'iperalimentazione spesso inevitabile allorchè il bambino può succhiare a suo piacimento da un biberon una quantità superiore alla capacità del suo stomaco, ciò che tanti danni ha arrecato ed arreca nel sistema della lattazione artificiale.

L'Escherich ha anche modificato e semplificato l'apparecchio di sterilizzazione del latte del Soxhlet, presentando nella riunione dei medici in Steiermark, 1890 (1), un nuovo apparecchio fondato sull'istesso principio di quello del Soxhlet, cioè d'impedire la penetrazione dell'aria nelle bottiglie, ciò che egli ottenne annettendovi una valvola di sicurezza e un filtro di ovatta nel coverchio e nel fondo un rubi-

(1) Ueber Milchsterilisation zum Zwecke der Säuglingsernährung mit Demonstration eines neuen Apparates. Berl. klin. Wochenschr., 1890, n. 45.

netto. La differenza coll'apparecchio del Soxhlet sta nel fatto che l'Escherich, per semplificare la sterilizzazione del latte, nelle famiglie private specialmente, costruì un unico vaso della capacità di due litri, e non tante piccole bottiglie contenenti le singole porzioni da somministrarsi ogni volta, come col metodo Soxhlet. La sterilizzazione del latte in questo grande vaso si esegue inoltre facendolo bollire per 20 minuti, col vapore d'acqua corrente, a differenza che nell'apparecchio del Soxhlet, dove avviene mettendo le bottiglie direttamente in un recipiente di acqua calda.

L'E. notò come l'atto del succhiare nei neonati si distingue essenzialmente da quello degli adulti (1). In questi ultimi esso si verifica coll'apporre l'ugola e il velo pendolo sulla radice della lingua e indipendentemente dalla respirazione. Invece nei neonati il succhiamento avviene a preferenza per i muscoli della masticazione, e questo spiega secondo l'E. perchè subito dopo lo svezzamento i muscoli della masticazione già così esercitati e rafforzati possano assumersi il compito della prensione e dello sminuzzamento dei cibi.

Dal 1889 in poi fino al 1895 l'Escherich fu occupato sulla quistione della difteria. Egli nel 1890 (2) fa rilevare che persone le quali hanno un'angina catarrale possono albergare nella loro gola una gran copia di bacilli difterici senza arrivare alla formazione delle membrane fibrinose, e come queste persone possano trasmettere la difteria, pur non avendola, per la speciale immunità naturale di cui godono. A questo si collega anche il fatto da lui segnalato nella sezione pediatrica dall'XI Congresso internazionale di Roma, 1894, della importanza superiore a quella della stessa virulenza maggiore o minore del bacillo difterico che ha la ricettività specifica dell'organismo verso il bacillo difterico, tanto da raggiungere la neutralità all'azione del veleno (*Giftfestigkeit*). Prima dell'Escherich si era stati sempre propensi ad ammettere che la maggiore o minore intensità della difteria dipendesse dalla virulenza più o meno forte dei bacilli difterici o dall'azione combinata del veleno difterico con quello di altri batterii, specialmente streptococchi.

L'Escherich, che pur aveva ammessa per un momento una difteria non prodotta dal bacillo di Löffler (3), convenne poi che per fare la diagnosi sicura della difteria era necessario l'esame batteriologico delle membrane, ed assegnò essenziali segni diagnostici differenziali tra il bacillo difterico e il pseudo-difterico (4), concludendo che quest'ultimo sia da ritenersi come una specie autonoma. La differenza essenziale propugnata dall'Escherich tra le culture di bacillo difterico e pseudo-difterico (la quale era stata sostenuta prima dallo Zarniko) fu che il primo nelle culture dà produzione di acidi, il secondo no. A questo criterio differenziale si opposero il Roux e il Yersin, i quali trovarono che le culture di bacillo pseudo-difterico possono produrre egualmente acidi, ciò che fu confermato anche posteriormente dal Fränkel. Tal fatto rende molto probabile l'opinione emessa dall'Hoffmann, che esistono molto verosimilmente varie specie di bacillo pseudo-difterico, e che quindi l'Escherich si sia incontrato costantemente con una di esse.

Nel lavoro che l'Escherich fece in collaborazione col prof. Klemensiewicz dimostrò la presenza di un vaccino nel siero di sangue di bambini che avevano superata felicemente la difteria; questo vaccino

(1) *Bakter. Untersuchungen über Diphtherie*. Pädiatr. Arbeiten. Henoch's Festschrift, 1890.

(2) *Ueber die Saugbewegung beim Neugeborenen*. Münch. mediz. Wochenschr., n. 41, 1888.

(3) *Pädiatrische Arbeiten*. Henoch's Festschrift, 1890.

Id. *Ueber diphtheroide Rachenerkrankungen*. Mittheil. des Vereins der Ärzte in Steiermark, n. 2. Id. u. prof. KLEMENSIEWICZ. *Ueber einen Schutzkörper im Blute der von Diphtherie gebillten Menschen*. Centrabl. f. Bakter. u. Parasitenk., XIII, Bd., 5 luglio, pag. 153. — *Ueber die örtliche Behandlung der Rachendiphtherie*. Wiener klin. Wochenschr. 1892, numeri 7, 8, 9, 10.

(4) *Zur Frage des Pseudodiphtheriebacillus u. der diagnostischen Bedeutung des Löffler'schen Bacillus*. Berl. klin. Wochenschr., 1893, numeri 21, 22, 23.

però, di breve durata, non si trova nel siero di sangue di adulti sani, ed è capace di salvare dalla morte le cavie inoculate con una dose letale di cultura in brodo di bacilli difterici virulenti. Chi non vede come questa dimostrazione abbia un'attinenza immediata colla scoperta che poco dopo il Behring presentava del suo siero antidifterico?

Tre grandi lavori sulla difteria dobbiamo allo Escherich: Uno di essi è l'articolo sul croup e difteria pubblicato nella « Bibliothek der gesammten mediz. Wissenschaften », edita sotto la direzione del prof. Drasche; un secondo è « l'Aetiologie u. Pathogenese der epidemischen Diphtherie », Wien, 1894, Alfred Hölder; e l'ultimo coi dati della sieroterapia nell'ospedale di Graz è intitolato « Croup, Serumtherapie, nach Beobachtungen an der Universitätskinderklinik in Graz ». Verlag von Prochaska, Wien, 1895. Quest'ultimo si associa a quelli simili già menzionati editi nell'istesso anno e nel presente dal Soltmann, dall'Heubner e dal Baginski.

In questo stesso periodo di tempo (1889-96) apparvero i due lavori dell'Escherich sulla tetania e sullo stato linfatico dei bambini. Nel primo (1) egli confermò l'esistenza di una tetania idiopatica, indipendente dalla rachitide, nei bambini, associata quasi costantemente, come egli fece specialmente e pel primo notare, con il laringospasmo, forma idiopatica di tetania ammessa dagli autori francesi e negata in massima parte dai tedeschi.

L'Escherich ritenne il laringospasmo come un sintoma della tetania. Quest'istessa opinione sostenne l'Escherich nella discussione sull'argomento che seguì nella sezione pediatrica dell'XI Congresso internazionale medico di Roma, 1894, e anche posteriormente in un lavoro il suo assistente dott. Loos (2).

Nel suo secondo lavoro (3) l'Escherich, a proposito della morte repentina ormai celebre del figlio del prof. Langerhans di Berlino, si associa riferendo le proprie osservazioni all'opinione espressa da A. ed R. Paltauf delle morti repentine nei bambini da paralisi cardiaca causate da quella condizione morbosa dai due suddetti autori denominata stato linfatico dei bambini.

Attualmente l'Escherich è ritornato al suo argomento prediletto delle malattie della digestione e al bacterium coli. Egli raccomandò il latte grasso di Gärtner per la nutrizione dei lattanti (4) e dimostrò come i grumi di caseina ottenuti con questo latte fossero più piccoli e slegati di quelli che si ottengono dalla stessa quantità di latte puro di vacca mescolato a volumi eguali con acqua: sicchè il latte di Gärtner formerebbe secondo l'E. un anello di passaggio tra il latte di vacca e quello di donna.

L'Escherich richiamò pel primo l'attenzione sulla frequenza della cistite da bacterium coli nell'infanzia in una comunicazione nel Verein der Ärzte in Steiermark (1894) e nella sezione pediatrica del Congresso internazionale medico di Roma, 1894; e questa sua opinione con una statistica di 29 casi osservati e curati nella clinica di Graz fu anche convalidata dal suo assistente dott. Trumpp nella sezione pediatrica nell'ultima riunione dei naturalisti e medici tedeschi tenuta a Francoforte sul Meno (5). In questi lavori l'Escherich, oltre a segnalare che quest'affezione non è così rara nell'infanzia, come si era sempre ritenuto, notò come essa s'incontra più comunemente nelle bambine, essendovi queste più facilmente predisposte, perchè i batterii della vagina attraverso la breve e relativamente larga uretra femminile possono penetrare agevolmente nella vescica.

(1) *Idiopatische Tetanie im Kindesalter*. Wien. klin. Wochenschr., 1890.

(2) *Die Tetanie der Kinder u. ihre Beziehungen zum Laryngospasmus*. Archiv f. klin. Medizin., Bd. 50.

(3) *Bemerkungen ueber den Status lymphaticus der Kinder*. Berl. klin. Wochenschr. 1896, N. 29.

(4) *Die Bedeutung der Gärtner'schen Fettmilch f. die Säuglingsernährung*. Wien. mediz. Wochenschr., 1894.

(5) *Ueber Colicystitis im Kindesalter*. Münch. mediz. Wochenschr., N. 42, 1896.

MONACO

In questa città esiste un unico ospedale per i bambini, che è il

DOTT. HAUNER'S KINDERSPITAL

Quest'ospedale, di cui è direttore il prof. Ranke, è situato in un punto lontano dal centro della città, alla Lindwurmstrasse, 4, in vicinanza dell'ospedale generale. Esso sorse nel 1846 con appena sei letti, ed oggi ne dispone di 120.

L'edificio principale è composto di un pianterreno e di due piani superiori.

A pianterreno trovasi una stanza per la policlinica con una sala di aspetto nella quale sono collocati anche gli apparecchi ortopedici per la cura delle deformità ossee, a preferenza della scoliosi.

Al primo piano esiste la stazione interna e la clinica chirurgica divise tra loro da una stanza intermedia. I pavimenti sono di legno di pino incerato, le pareti dipinte, ma non ad olio.

I letti sono in ferro ciascuno con un materasso di paglia al disotto ed uno di crini di cavallo al disopra.

In una stanza speciale destinata ai neonati e lattanti i letti sono di stile più moderno. I mobili e le altre masserizie delle sale sono sempre tuttora in legno.

Al secondo piano vi è la stazione dei difterici del tutto identica.

Annesso a questo edificio è una baracca con tre stanze perfettamente separate per mezzo di muri divisorii chiusi, e con tre entrate differenti.

La stanza del centro è destinata come stazione di osservazione, e delle due laterali l'una è adibita per il morbillo e l'altra per la scarlattina.

Questa baracca è di costruzione più recente; le sue pareti sono dipinte a colore ad olio smaltato e gli angoli delle stanze sono arrotondati.

Il riscaldamento è centrale, e la stazione di riscaldamento centrale è congiunta in un solo edificio separato, ed è provvista dell'apparecchio di disinfezione a vapore di Otto Meyer e di un reparto ove si esegue la vaccinazione. Il vapore mediante la solita condotta in tubi arriva nelle sale degli infermi, dove trova i tubi riscaldanti a nervatura nel corridoio comune ove sboccano tutte le sale degli infermi. Nelle sale istesse invece vi sono stufe in ferro animate dal riscaldamento centrale. La ventilazione si opera per le finestre e per le persiane, ma essa si effettua anche per fori collocati sulla volta delle sale.

I bambini sono accolti nella clinica fino al 15° anno, non esclusi i lattanti, e ricevono il solito bagno di nettezza prima di entrare nella sala.

L'ospedale possiede inoltre delle stanze private a pagamento per bambini infermi, che vi possono essere accolti soli, senza le madri, essendosi fatta la dolorosa esperienza che i bambini infermi ricoverati insieme con le proprie madri sono massimamente irrequieti, ciò che costituisce un danno non lieve per la loro salute.

Le infermiere che prestano servizio sono le monache, delle quali alcune fanno anche il servizio di cucina e lavano le biancherie.

In ognuno dei due edifici vi sono le stanze per gli assistenti e per le infermiere, gabinetti da bagno, la cappella e cessi inglesi a valvola.

Le sezioni vengono eseguite nel prossimo istituto anatomico-patologico, per cui l'ospedale possiede soltanto una piccola cella mortuaria per il deposito temporaneo dei cadaveri.

La policlinica vien tenuta tutti i giorni dalle 2-4 pom., la domenica e i festivi dalle 9-10 ant., e si distribuiscono anche le medicine gratuitamente. Vi è anche uno speciale servizio gratuito di visite a casa degl' infermi poveri eseguito dagli assistenti il giovedì e la domenica dalle 10 $\frac{1}{2}$ - 11 $\frac{1}{2}$ ant. Dalle 2-3 pom. dei giorni di lunedì, mercoledì e sabato si tiene l'ambulanza per le malattie degli occhi. Dal primo mercoledì di maggio in poi e ogni mercoledì si fa la vaccinazione gratuita.

Il latte si sterilizza col metodo del Soxhlet.

Il servizio medico dell'ospedale è così distribuito:

Direttore dell'ospedale e delle sezioni medica e infettive: prof. *straord.* Heinrich v. Ranke - gratuito.

Chirurgo primario: dott. Herzog - gratuito.

Assistenti ordinari: dott. Otto Reinach e dott. Hugo Spiegelberg, con 1050 marchi l'anno ognuno e collezione gratuita. Non possono praticare.

Assistenti volontari destinati al reparto chirurgico: dott. Guglielmo Stranch e dott. Felice Sauer.

Nell'ambulanza furono curati nel 1895 n. 6032 bambini nella policlinica interna, 261 in quella per le malattie d'occhi, nelle abitazioni private in città 1049, vaccinati 882, curati nell'ospedale 1133.

La mortalità per difteria nel 1895 in seguito all'introduzione del siero discese al 17,45 per cento.

Corsi del prof. Ranke nei semestri scolastici:

1° Policlinica nelle malattie dei bambini: lunedì, mercoledì e giovedì dalle 3-4 pom., pubblico.

2° Clinica delle malattie dei bambini: martedì e venerdì dalle 3-4 pom., privato.

3° Corso sulla tecnica della vaccinazione: mercoledì dalle 4-6 pom., privatissimo.

L'assegno annuo della policlinica ammonta a marchi 821,60.

Corsi del dott. Herzog, privato docente di chirurgia:

1° Clinica chirurgica ed ortopedica nell'ospedale: mercoledì e sabato dalle 11 - 12 mer. pubblico.

2° Corso di fasciature con ripetitorio sulle fratture e lussazioni: martedì e venerdì dalle 6 - 7 pom. privatissimo.

*
**

Prossimamente verrà costruito un nuovo padiglione infettivo, e precisamente per la difteria, an-
nettendovi una policlinica separata per i bambini affetti da morbi infettivi.

*
**

Il prof. Ranke fu per sette anni in Londra, ed ivi iniziò i suoi studi pediatrici nell'ospedale dei bambini Great Ormond Street presso il rinomato pediatra dott. Charles West e Sir William Jenner. Di ritorno nel 1860 in Germania, fu abilitato nell'Università di Monaco, prese parte ai lavori dello Hauner's Kinderspital e diresse ivi le sezioni necroscopiche. Nel 1863 fu nominato professore onorario, nel 1866 ottenne la direzione della policlinica pediatrica nel Reisingerianum di Monaco (attualmente tenuta dal libero docente dott. Carlo Seitz), nel 1874 fu promosso a professore straordinario e nel 1886 fu nominato direttore della clinica pediatrica universitaria di Monaco.

Citeremo alcuni fra i numerosi contributi apportati dal Ranke alla pediatria.

Alla stregua di un caso di pseudoipertrofia muscolare in cui mancava l'eccessiva proliferazione del tessuto adiposo (1) propose di sostituire al nome di *pseudo-ipertrofia muscolare* quello di *ipertrofia degenerativa*, distinguendo una forma *lipomatosa* ed una *cirrotica*, dappoichè la differenza, come risulta dal suo caso, rimane costante, e non vi è passaggio di una forma nell'altra.

In vista dei risultati brillanti (63 % di guarigioni) delle tracheotomie eseguite per anni 7 $\frac{1}{2}$ nella sua clinica (2) egli raccomandò il metodo seguente da lui messo in opera: la cura cioè degl' infermi così operati in due stanze; di queste una rimane con porta e finestre aperte, mentre il paziente si trova nell'altra: almeno due volte al giorno il paziente cambia per parecchie ore la stanza. In inverno si deve naturalmente provvedere al riscaldamento della stanza ventilata.

Il Ranke fu uno dei primi negli Stati tedeschi, dopo il Tiersch, il Rehn e il Graser, a sperimentare e a raccomandare l'intubazione alla O'. Dwyer nei casi di croup laringeo (3), portando in appoggio una statistica di 50 casi così curati, nelle laringo-stenosi per sifilide, tubercolosi ed in certi stati spasmodici della laringe.

In base a proprie ricerche cliniche e anatomo-patologiche sul noma dei bambini egli conclude (4) che negl' individui fortemente predisposti il noma può verificarsi spontaneamente; ma il non raro presentarsi di epidemie di noma negli ospedali e la prevalente localizzazione delle lesioni sulla mucosa delle diverse aperture del corpo gli lasciò pensare che nel noma si tratti della penetrazione di germi parassitarii.

Relativamente alla patogenesi della paralisi cerebrale infantile (5), di cui egli poté confermare quel complesso sintomatico descritto pel primo dallo Strümpell, notò come l'asfissia dei neonati abbia una parte importante nella sua produzione, e così pure l'infreddamento, giacchè in tre dei 9 casi da lui comunicati i genitori dei bambini accennarono a parti difficili e in uno di essi ad un infreddamento.

Recentemente il Ranke fece rilevare alla stregua di due casi clinici l'importanza di uno stato generale spastico crescente della muscolatura di tutte le estremità per la diagnosi degli stadii iniziali (cioè quando non è ancora constatabile un ingrandimento del cranio) di certe forme d'idrocefalo cronico nei bambini (6), e segnalò i criterii diagnostici differenziali in tale stadio colla malattia di Little e la tetania; inoltre apportò un contributo clinico alla cura dell'idrocefalo cronico con lo svuotamento del liquido e iniezione di jodo nel ventricolo laterale (7).

(1) *Ein Fall der selteneren Form von Pseudohypertrophie der Muskeln*. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. X, pag. 207, 1876.

(2) *Tracheotomieresultate bei systematisch durchgeführter Ventilation*. Jahrb. f. Kinderheilk., pag. 16, XXIV. Bd.

(3) *Ueber Intubation des Kehlkopfes. Vortrag gehalten im ärztlichen Vereine*. Münchener mediz. Wochenschr. 1889, N. 28 e seg.

— *Intubation u. Tracheotomie bei Croup*. Verhandl. der Gesellschaft f. Kinderheilk., VII, 1890.

(4) *Zur Aetiologie u. pathol. Anatomie des nomatösen Brandes*. Jahrb. f. Kinderheilk., XXVII. Bd., pag. 309.

(5) *Ueber cerebrale Kinderlähmung*. Vortrag gehalten in der pädiatrischen Section der Aerzte-u. Naturforscherversammlung in Strasburg. i. E. (1885). Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XXIV, pag. 78 - v. a. Münch. med. Wochenschrift, N. 17 e 18, 1886.

(6) *Zur Diagnose des chronischen Hydrocephalus, ecc.* Jahrb. f. Kinderheilk., XXXIX, pag. 374.

(7) *Jodinjektion in den Gehirnvventrikel bei einem 10 Monate alten, an vorgeschrittenem Hydrocephalus chronicus internus leidenden Kinde*. Ibid., pag. 359.

Della quistione della sieroterapia nella difteria il Ranke s'interessò sin dal dicembre 1893, epoca in cui principiarono i primi esperimenti nella sua clinica, e i risultati furono oggetto di varie sue comunicazioni statistico-cliniche (1). Di questi lavori è specialmente degno di nota quello sulla sieroterapia nella cosiddetta difteria settica (2), in cui egli nota l'azione benefica di tale siero anche in tali forme, e sulla base delle proprie ricerche batteriologiche dimostra come tale forma di difteria, che clinicamente si distingue dalle forme più comuni, non mostra nulla di particolare come reperto batteriologico, anzi come in certe condizioni il bacillo di Löffler solo per sè stesso può provocare il quadro di una difteria settica.

Ultimamente nella 68ª Riunione — Sezione pediatrica dei medici tedeschi in Francoforte sul Meno il Ranke, nel riferire i risultati delle ricerche batteriologiche sulla difteria scarlattinosa (3) nella sua clinica, notò come in oltre la metà dei casi presentatisi si trovò il bacillo della difteria, per cui raccomandò nella pratica di adoperare il siero antidifterico anche nella difteria scarlattinosa. Noi abbiamo visto come questa pratica sotto forma d'immunizzazione in tutti i casi di scarlattina fosse già in uso nella clinica del Widerhofer di Vienna.

L'assistente della sua clinica dott. Reinach ha sperimentato con successo la cura delle diarree estive dei lattanti con le iniezioni sottocutanee di siero di sangue di vacca sterilizzato (3), ed attualmente le ricerche procedono col siero sterilizzato di sangue di cavallo, che è stato dimostrato dal Landois come completamente indifferente verso i corpuscoli sanguigni dell'uomo.

*
**

Infine dalla clinica del Ranke sono uscite dal 1891 ad oggi svariate contribuzioni di pediatria nelle *Münchener mediz. Abhandlungen* pubblicate da assistenti e medici volontari. Nell'ospedale del Ranke sono state pure eseguite tesi di pediatria per l'abilitazione in medicina.

EPILOGO.

Giunto al termine di questa Relazione, mi sembra opportuno concludere con alcune brevi impressioni e con un'esortazione, che potrebb'essere in pari tempo una proposta.

Mi si domanderà certamente: Ma qual'è la vostra opinione personale sul metodo d'insegnamento impartito nelle singole cliniche visitate?

Io ritengo che senza dubbio l'ospedale del Baginski in Berlino, quello del Soltmann in Lipsia e quello del Widerhofer in Vienna sono i più completi e i più adatti per avere in poco tempo sotto gli occhi una gran copia di materiale. L'ospedale del Widerhofer però, stante la enorme affluenza di

(1) *Die Serumbehandlung der Diphtherie*. Münch. mediz. Wochenschrift, N. 45, 1894.

— *Weitere Erfahrungen mit dem Diphtherieheilserum* Ibid. N. 8, 1895.

— *Die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie*. Discussion. Verhandlungen des XIII. Congresses f. innere Medicin.

(2) *Zur Serumtherapie, insonderheit über die Wirkung des Bebring'schen Serums bei der sogen. septischen Diphtherie*. Jahrb. f. Kindhk., XLI, Bd., pag. 227.

(3) *Zur Therapie der Sommerdiarrhöen im Säuglingsalter*. Münch. mediz. Wochenschr., N. 18, 1896.

infermi, non soddisfa ai bisogni di chi, ignaro o presso a poco della materia, voglia fare delle osservazioni sistematiche. Bisogna convenire che l'ospedale di Lipsia e soprattutto quello del Baginski in Berlino sono i migliori per ricevere un indirizzo gradatamente progressivo e sistematico nella semiotica, diagnosi e cura delle malattie dei bambini. Le ore separate delle varie ambulanze e delle visite nei singoli reparti dei medici assistenti e del direttore permettono a colui che va in queste due cliniche a scopo di studio di distribuire talmente l'orario delle sue occupazioni giornaliere che egli possa assistere a tutto, avere l'opportunità di lavorare in laboratorio, di presenziare alle sezioni necroscopiche in ore diverse, giovandosi così di tutto ciò che occorre per la sua cultura, senza nulla omettere e senza perdita di tempo. Sotto questo punto di vista a preferenza l'ospedale del Baginski può dirsi fatto per uno straniero, giacchè esso, senza di nulla difettare, gli offre l'opportunità maggiore di trarre reale profitto di quanto l'ospedale profusamente dispone.

Le lezioni del Baginski sono chiare, piane, dettate per lo più al letto dell'infermo e accompagnate da tutte le opportune dimostrazioni istologiche, anatomiche, ecc. L'Heubner fa un maggior numero di lezioni alla settimana e spesso ha occasione di presentare dei casi importanti e rari ed ha una maestria ed una tattica tutta speciale nel trattare e maneggiare i bambini. Le sue lezioni sui casi che si presentano all'ambulanza sono eminentemente istruttive, perocchè trasportano il giovane dal campo della patologia in quello reale e vivente della pratica.

Il Monti ha poi una dizione facile, spigliata, concisa, e la sua lezione è ricca di precetti pratici; anch'egli fa lezione sui casi dell'ambulanza e nella clinica per mettere i suoi uditori in rapporto diretto dei casi ivi raccolti e per seguirne l'andamento. Ecco come si spiega che il suo corso sia tanto affollato di medici stranieri.

Per chi poi voglia avere, in tempo relativamente breve, nozioni precise nel campo della patologia dei neonati e lattanti, che è certamente il campo più importante e davvero quello che più caratterizza la pediatria come una branca speciale, si trattenga alcuni mesi nel brefotrofo di Praga, dove troverà nell'abbondanza di simile materiale e nella cortesia e modestia senza pari del Prof. Epstein una vastissima sorgente di studi e di osservazioni, quanta non ne può offrire nello stesso tempo alcun altro ospedale per bambini.

* * *

Ed ora mi si lasci esprimere un desiderio, che è un'eco sincera di tutti quei benemeriti cui presso noi stanno a cuore le sorti dell'infanzia. S'incomincino a creare alfine in Italia degli ospedali modello per i bambini, giacchè sventuratamente non ne possediamo finora. È soltanto in Firenze, come potei apprendere dal Prof. Mya, che si pensa alla fondazione di un ospedale di tal genere, il quale risponda alle esigenze moderne, e già gran parte dei fondi sono stati raccolti. Anche recentemente in Palermo si è inaugurato un grandioso ospedale rispondente a tutte le esigenze della clinica e dell'igiene. Ma altrove esiste un silenzio completo. Le stesse cliniche pediatriche di Padova, Napoli e l'attuale di Firenze sono insufficientissime ed incorrispondenti ai bisogni dell'igiene e della pratica, e appena soddisfano a quelli dell'insegnamento, soltanto per gli sforzi di attività e volontà dei relativi direttori.

Comincia, è vero, un risveglio per la creazione di piccoli ospedaletti nell'Alta Italia, e dopo quello di Milano, Torino e Cremona nuovi si cercano di fondare in Venezia e in Piacenza.

Egli è vero che in Roma esiste da lungo tempo l'ospedale del Bambino Gesù con circa 150 letti, ma, stante la sua organizzazione e la sua lontananza dalla città, risponde ben poco agli scopi benefici cui potrebbe adempiere. In Napoli esiste anche un grandioso ospedale chirurgico per i bambini fondato da quella pia dama che è la Duchessa Rivaschieri.

Ma abbiamo noi con tutto ciò raggiunto lo scopo? Abbiamo noi pensato a dar ricovero a quelle migliaia d'infelici creature costrette a morire nelle loro stamberghie assalite dalle più crudeli malattie infettive, quali la scarlattina, la difteria, la pertosse, il morbillo, la dissenteria, ecc.? È questo proprio che fa difetto, ed è il più necessario ed importante.

Un ospedale infantile, se deve esistere, lo deve a preferenza e soprattutto per i morbi infettivi, e ciò sia allo scopo di togliere dai loro tugurii quei poveri bambini che ne sono colpiti, sia perchè essi possono direttamente esser causa di diffusione di contagio e disseminazione dell'infezione a tutti coloro che li avvicinano, sia infine perchè qualunque prescrizione igienica d'isolamento, di disinfezione, ecc. urta inesorabilmente e contro la miseria e contro i pregiudizii popolari. Per una stazione interna e chirurgica basta un numero di letti relativamente limitato pei casi più gravi e più importanti, giacchè moltissimo si può fare ambulatoriamente, colla prestazione gratuita dei medicinali e coll'assistenza gratuita a casa degl'infermi. Di ciò fa testimonio l'ambulanza così rigogliosa tenuta dal Prof. Concetti in Roma, ove dal chirurgo primario vengono eseguite sui bambini nell'ambulanza non di rado le operazioni più gravi con esito lusinghiero. Ma le malattie infettive han bisogno assolutamente della cura in ambienti separati, ed in tanti padiglioni differenti per ciascuna di esse. I bambini è necessario sieno staccati per un determinato tempo (cioè per tutto il tempo in cui, anche dopo cessata l'infezione, dura il pericolo del contagio) dal seno della propria famiglia, acciò non solo ricevano quelle cure che sarebbe impossibile di attuare nella propria casa, ma ancora per evitare il pericolo grandissimo della diffusione delle infezioni, le quali tante vittime mietono specialmente nelle classi diseredate.

E con ciò ho finito. Io mi auguro che questo germe di proposta qui gittato sia al più presto fecondo di utili risultati, acciò l'Italia anche da questo lato possa tosto gareggiare con le nazioni più civili.



3346



