

Dott. CARMELO MIDULLA



351.3

## L'ulcera degli arti inferiori fra gli ascari libici nella Tripolitania

(con due figure su una tavola)

ESTRATTO

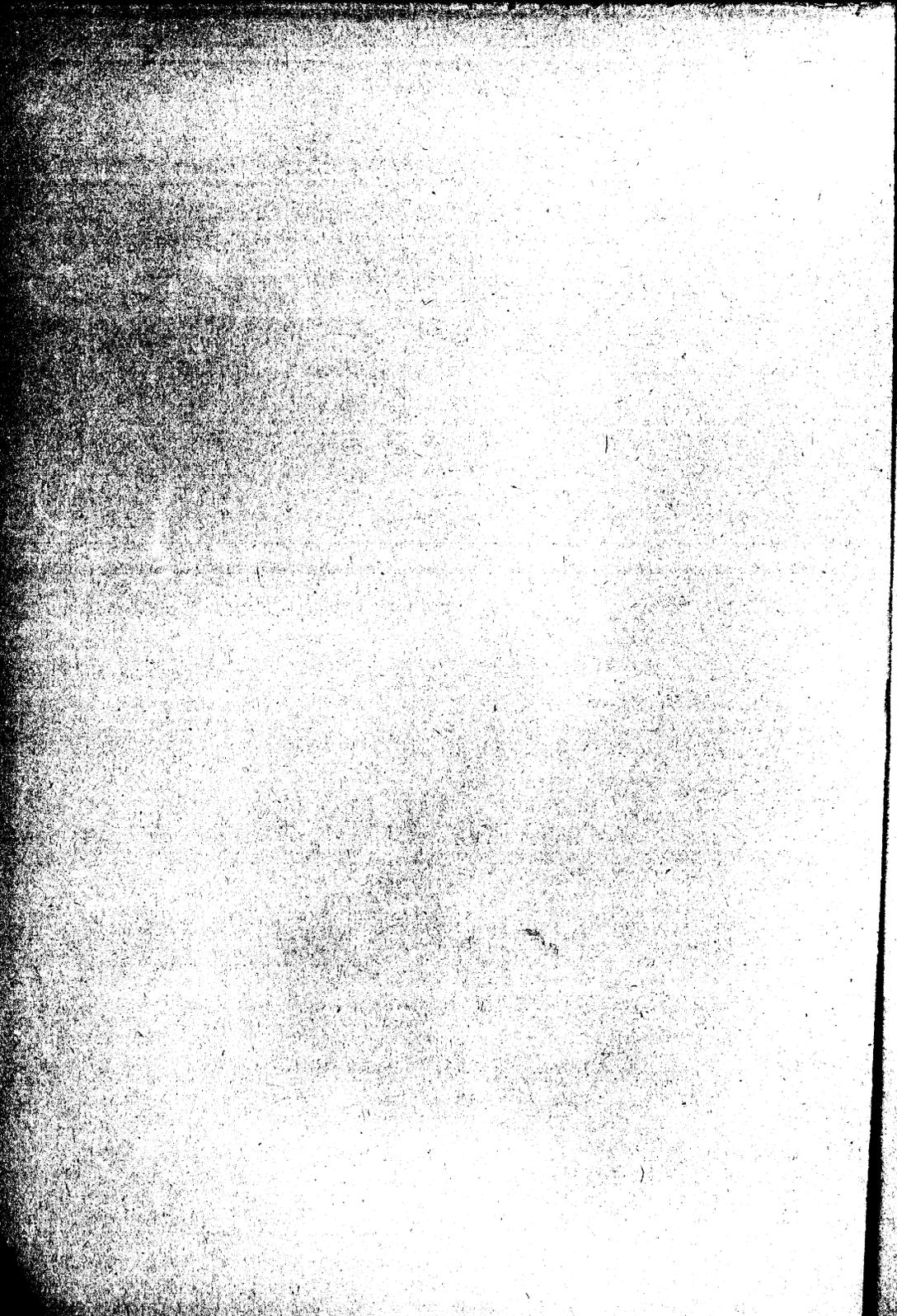
dal giornale « Il Morgagni » Parte I, N. 10. — 1915



**SOCIETÀ EDITRICE LIBRARIA**

MILANO - VIA AUSONIO, 22 - Gall. De Cristof., 54-55

1915



Dott. CARMELO MIDULLA  
*tenente Medico*

*Morgagni*

L'ulcera degli arti inferiori fra gli ascari libici  
nella Tripolitania

(con due figure su una tavola)

ESTRATTO

dal giornale « Il Morgagni » Parte I, N. 10 — 1915



**SOCIETÀ EDITRICE LIBRARIA**

MILANO - VIA AUSONIO, 22 - Gall. De Cristof., 54-55

1915



Fra le truppe indigene della Libia una malattia comunissima, frequente e molto diffusa è l'ulcera delle estremità inferiori. Durante il mio servizio presso un battaglione di ascari libici ho potuto osservare l'insorgenza di tale malattia, lo sviluppo, la diffusibilità ed anche, durante le molteplici e varie marcie attraverso tutta la Tripolitania occidentale, ho potuto ricercare tale malattia fra gli indigeni dei vari centri toccati e mediante il confronto con la malattia degli ascari, stabilire clinicamente la natura e le cause che contribuiscono alla sua diffusione e quali sono gli individui maggiormente colpiti dalla malattia. Il 5.<sup>o</sup> Battaglione Libico, ove prestavo servizio, racchiudeva sotto lo stesso comando circa mille uomini.

Il reclutamento era fatto con ottimi risultati nella costa occidentale, cioè a Zavia, a Zuara, a Zanzur, ad Agellhat, nel Gebel Occidentale cioè a Cars Garian, Ieffren, Giado Fassato. Gli arruolati, giovani forti e robusti, provenivano da tutti i ceti, ma più affluenza si aveva dalla classe dei contadini dediti alla pastorizia ed alla agricoltura. Fra gli arruolati erano Arabi Berberi e Negri. Meno qualche eccezione tutte e tre le varietà di razza hanno sempre dato la più bella prova di resistenza alle fatiche di guerra, dimostrandosi, oltre che ottimi guerrieri, eccellenti marciatori, ed instancabili lavoratori.

Nel luglio del 1914 osservai la prima insorgenza dell'ulcera in alcuni ascari curati all'infermeria presidiaria di Nalut. Dall'interro-

gatorio di questi primi infermi risultò come essa malattia fosse esordita dopo una lunga marcia. Gli ascari provenivano da Tigi, piccola oasi alle falde del Gebel Nefusa, sulla Gefara Occidentale distante 50 Km. da Nalut. A Tigi era di presidio una compagnia di ascari il cui numero ammontava a circa 250 uomini. Essendomi recato diverse volte in quel presidio durante il mese di luglio, notai che il 30 % di ascari era affetto da ulcerazione agli arti inferiori con preferenza al piede.

Fra gli affetti la maggioranza era costituita da camminatori, dagli ascari che frequentemente si recavano a Giosc e a Nalut. Fra i colpiti vi erano anche ascari adibiti ai servizi interni di presidio.

Fra gli ascari della compagnia che presidiava Nalut osservai minore percentuale di affetti, sebbene la malattia esistesse. Gli affetti di ulcera agli arti erano il 5 %. Tale percentuale si elevava fino al 7 % fra le truppe che facevano delle lunghe marcie sull'altipiano, fornito per lunghe estensioni di zone sabbiose. Verso la fine del luglio mi recai nei pressi di Roda sull'altipiano, località a 30 Km. da Nalut. Ivi esistevano delle zone sabbiose ed ivi era distaccato un piccolo reparto di ascari per lavori di riattivamento della camionabile.

Fra gli ascari che costituivano tale reparto osservai poche ulcere agli arti inferiori. Gli affetti provenivano da Tigi, da Giosc e da Zuara.

Nell'agosto fui a Cars Ieffren sul Gebel. A Ieffren l'ulcera degli arti inferiori era poco frequente.

Le mie osservazioni furono rivolte sugli ascari di una compagnia del 1.º Battaglione Libico distaccato a Ieffren. Ebbi una percentuale del 30 % di affetti fra quegli ascari che facevano frequenti escursioni a Cars el Hagg e a Bir Ganen sulla Gefara. Rara era al contrario la constatazione dell'ulcera agli arti inferiori fra coloro che rimanevano fissi a Ieffren.

Durante il periodo del reclutamento, nei primi di settembre, fra le reclute provenienti da Ieffren e dai dintorni osservai soltanto un caso di ulcera del piede in una recluta dell'età di circa 20 anni, il cui mestiere era cammelliere.

Frequentando il locale ambulatorio Indigeno, sapientemente diretto dal Ten. Dott. Zepponi, rare furono le osservazioni di indigeni affetti da ulcere agli arti inferiori. Erano affetti specialmente gli indigeni cammellieri o gli indigeni che conducevano vita nomade. Verso la fine di settembre mi recai a Zuara. Nella locale infermeria per gli indigeni richiedevano le mie cure ascari dello squadrone Sa-

vari e ascari di una compagnia del 5.<sup>o</sup> Libico, proveniente da Nufilia, località ad oriente da Sirte quasi ai confini colla Cirenaica. Fra gli ascari a piedi il 60 % erano affetti da ulcera agli arti inferiori. In parecchi l'ulcera presentava vaste dimensioni, in altri era multipla. Dopo un attento interrogatorio risultava che l'insorgenza di tale affezione era per tutti gli affetti uguale e che, in seguito alle lunghe marcie da Nufilia a Syrte, tali ulcere non curate avevano assunto vaste proporzioni, danneggiando la deambulazione e rendendo infiammato ed edematoso tutto il tessuto dell'arto affetto. Alcuni degli affetti avevano anche modica febbre. Manifesto in tutti l'ingorgo delle ghiandole inguinali e crurali in corrispondenza dell'arto ove sorgeva l'ulcera.

I Savari nella proporzione del 2 % erano affetti da ulcera agli arti.

La stessa malattia fu da me constatata in due soldati bianchi ed in un graduato Eritreo.

Saggio Tobia. — S. T. del 57.<sup>o</sup> Reggimento fanteria del distretto di Napoli nato a Pianoro nel 1893. — Venne in Libia in dicembre ed entrò a far parte delle Compagnie montate nel febbraio. Girò fra Zuara e Misurata, ma nell'agosto fu rimandato al reggimento di origine, perchè affetto da una linfadenite crurale sinistra. Tale linfadenite è stata per l'infermo molto molesta. All'esame si notavano i gangli linfatici crurali di sinistra tumefatti, ingrossati e dolenti alla palpazione. Non si avvertiva fluttuazione. Nell'arto inferiore sinistro tre centimetri posteriormente e due superiormente al malleolo interno notavasi l'esistenza di un'ulcera rotonda, con bordi rilevati e netti, fondo granuloso e secernente pus di colorito grigio verdastro, con un diametro di circa 7 cm. interessante la pelle ed il tessuto cellulare sottocutaneo. L'ulcera era poco dolente.

Il S. si è accorto di un piccolo rossore apparso sulla fine di luglio nella sede ove esisteva l'ulcerazione e che gli recava intenso prurito. Tale rossore somigliava una morsicatura d'insetto. Contemporaneamente insorse la linfadenite ed un dolore terebrante all'arto sinistro, dolore che dopo pochi giorni cessò. Il S. afferma che durante quel tempo in cui si manifestò questo rossore andava spesso a piedi nudi sulla sabbia e che spesso si bagnava i piedi nelle pozzanghere. Non badò al rossore, ma ritornato a Zuara da Agilat, sentì un vivo bruciore al piede e dolori tutte le volte che piegava l'arto. Il rossore aveva dato luogo all'ulcerazione. Esclude il contagio luetico e di altri morbi venerei.

Raffaele Calabrese. — C. R. del 82.<sup>o</sup> regg. fanteria nato nel 1893 in Castrovillari (Prov. di Cosenza). — Appartenente alle compagnie montate. È affetto da un'ulcera circolare del diametro di circa 5 cm. poco profonda con sede nella cute rivestente il malleolo esterno del piede destro. La pelle confinante coll'ulcera è arrossata, leggermente tumefatta e dolente. I margini sono sollevati netti e biancastri, il fondo è ricoperto da una secrezione bianco-giallastra, filamentosa, attaccaticcia. Allontanata tale secrezione notasi un fondo rosso-vivo granuleggiante-emorragico. L'ulcera è dolente, l'infermo non può fare uso della calzatura. Accusa dolori all'arto destro delle trafigure che si iniziano al piede e si irradiano sino all'inguine. Hæcæfalea

e leggera febbre (38° 2'). Le ghiandole della regione inguinale e crurale destra sono tumefatte e dolenti. La pelle che le riveste è arrossata. L'infermo non si è accorto dell'insorgenza dell'ulcera. Non ha avuto sifilide e morbi venerei.

All Ben Mohamed. — Graduato eritreo nativo ad Adduacri (Asmara). È affetto da un'ulcera circolare a bordi netti del diametro di circa 7 cm. nella regione anteriore esterna della gamba sinistra all'unione dei due terzi inferiori col terzo superiore, lateralmente a due dita trasverse dalla cresta della tibia. Manca l'ingorgo delle ghiandole inguinali. Crede sia dovuta l'insorgenza allo strofinio dei calzoni.

L'osservazione della comparsa dell'ulcera agli arti sia ai due soldati metropolitani come al graduato eritreo dimostra come tale malattia è trasmissibile e non ha preferenze per le razze. La trasmissione è stata per contagio diretto od indiretto? Nel primo caso avendo l'infermo accennato di aver diverse volte tuffato i piedi nudi nelle pozzanghere, è nelle pozzanghere molto probabilmente che si deve ricercare il veicolo dell'infezione. In quanto al secondo caso l'indagine sul modo come è sorta l'ulcera è stato negativo, non è però da escludere che essa sia sorta in seguito ad una morsicatura d'insetto, non potendo ammettere facilmente un contatto diretto con ascari ammalati, e che nella morsicatura d'insetto debba ricercarsi il probabile veicolo indiretto dell'infezione. Per il graduato eritreo, essendo costui aggregato alla Compagnia Libica si potrebbe pensare ad una infezione per contatto diretto colle masserizie degli ascari infetti. La sede dell'ulcera è lateralmente e all'esterno della gamba; se si pensa al modo come i musulmani sono usi ad accovacciarsi e se si pensa che gli eritrei anche graduati molto spesso nelle giornate calde stanno quasi seminudi, non si può escludere il contatto colle masserizie di un ascario affetto. Per poter ammettere però un contatto diretto bisognerebbe che nella parte ammalata fosse esistita una lesione di continuo, senza la quale, credo difficile la penetrazione di un germe nella pelle sana. L'eritreo dà molta importanza allo strofinio dei calzoni. Tale strofinio dei calzoni non avendo potuto originare l'ulcera, avrà molto sicuramente determinato una lesione di continuo, una piaga, la quale può essere stata la porta d'ingresso dell'infezione. Tutti e tre i casi ebbero esito favorevole. La guarigione avvenne dopo dieci giorni nei soldati metropolitani; più lunga fu per il graduato eritreo, essa si potrasse per 40 giorni in quest'ultimo. Ho trattato le ulcere raschiando il fondo e distaccando il margine previa disinfezione con tintura di jodio, applicando poscia un impacco caldo-umido con acqua jodata. La secrezione dopo alcuni giorni divenne scarsa ed allora ho applicato una pomata di vaselina all'iodoformio.

La cicatrice che ne residuò, fu piana, regolare, uniforme. La pelle rimase liscia, un po' arrossata, con un alone rosso-bruno alla periferia.

\*  
\* \*

Nell'ottobre fui trasferito a Cars Garian e con me venne la compagnia di ascari libici che trovavasi a Zuara. Molti ascari affetti da ulcera non abbandonarono il reparto, i più gravi furono curati all'infermeria Presidiaria di Zuara ed alcuni al locale Ambulatorio Indigeni diretto dal Capitano Medico De Bernardinis. Nonostante la lunga marcia gli ascari che, pur essendo affetti da ulcera agli arti inferiori, seguirono il reparto, dopo quindici giorni ebbero quasi completa guarigione. Certamente per tale rapida guarigione influì non solo la medicazione giornaliera, ma anche il clima freddo dell'altipiano Gebelino. A Cars Garian arrivavano provenienti da Misda, da Gheriat, de Sciueref, località poste al Sud di Garian nella Ghibla, degli ascari ammalati appartenenti a reparti del 1.<sup>o</sup> e del 5.<sup>o</sup> Battaglione Indigeni colà distaccati. Fra gli ammalati la percentuale maggiore era data da affetti da ulcera alle estremità inferiori. Su dieci ammalati otto presentavano ulcere. Le truppe distaccate nella Ghibla provenivano in parte dalla regione Sirtica, in parte da Nalut e per raggiungere i nuovi presidi, erano state sottoposte a delle lunghissime marcie.

Nel mese di novembre, continuando il mio soggiorno in Cars Garian, fui comandato temporaneamente a prestare servizio nel locale Ambulatorio Indigeno. L'Ambulatorio Indigeno di Garian in seguito alla sapiente ed amorevole direzione dei colleghi Malabarba e Grado era giornalmente affollatissimo. Ebbi quindi occasione di ricercare su moltissimi borghesi indigeni l'esistenza dell'ulcera agli arti inferiori. L'osservazione di tale malattia fra costoro fu rara. Osservai delle piaghe che però non avevano per nulla un carattere simile alle ulcere riscontrate fra gli ascari locali o provenienti dal Sud. Anche fra il ceto cammellieri non osservai ulcere nette.

Fra gli ammalati visitati il 3 % era realmente affetto da vera e propria ulcera agli arti inferiori. Un'osservazione di un caso di ulcera al piede simile a quella riscontrata negli ascari, feci in una giovane donna abitante in Tegrenna, località posta a circa 8 Km. da Cars Garian.

Fatma Bent Amed Busciagar, di anni 20, coniugata e cugina ad un graduato del battaglione libico. L'ulcera aveva sede a due dita all'indietro del malleolo interno del piede destro, aveva reso edematoso il piede, era

dolente. Esisteva ingrossamento e dolorabilità dei gangli crurali ed inguinali di destra. La donna aveva febbre (38°). Non si era mai allontanata da Tegrenna, camminava a piedi nudi molto spesso ed in casa. Il marito era cammelliere e possessore di due cammelli i quali avevano l'alloggio in una camera attigua all'abitazione e spesso si vedevano accovacciati nel cortile della casa. La donna aveva due bambini sani e robusti. Il marito era sano e robusto, continuamente accompagnava carovane da Garian ad Azizia e da Garian a Misda. Il piede affetto era fasciato con bende sporche, le quali erano attaccate all'ulcera fortemente. Appena distaccate fuoriusci dall'ulcera un liquido denso e pastoso, di colorito verde rossastro, tendente al bluastro, putrido.

Lavata la parte affetta con leggiera soluzione antisettica, si scopriva nell'ulcera un fondo granuleggiante ed emorragico, dei margini rilevati e coperti da una crosta callosa, facilmente distaccabile con una pinza.

L'esito è stato favorevole. La febbre dopo quattro giorni cessò, il dolore all'inguine diminuì finchè dopo una settimana scomparve del tutto.

In primo tempo trattai l'ulcera raschiando il fondo ed escidendo i bordi e medicandola con un impacco di acqua jodata. Cessata la febbre praticai alla donna delle iniezioni di mercurio bijduro ed joduro di potassio coll'intervallo di due giorni dall'una all'altra iniezione. La donna sentì migliorare le sue condizioni generali ed oltre a ciò l'ulcera dimostrò una grande tendenza alla cicatrizzazione. Trattai in seguito l'ulcera con pomata all'ossido giallo di mercurio e vaselina. Dopo venticinque giorni la donna era completamente guarita e la cicatrice che residuò era quasi invisibile, lucente, piana, uniforme, un po' arrossata. L'arrossamento era circolare e più intenso alla periferia.

Ciò che mi sorprese in questo caso fu l'essere affetta una donna che mai usciva di casa. Il marito era esente da ulcera agli arti, nè amici e parenti erano stati sofferenti di tale affezione. La familiarità esistente in quella casa fra uomini e bestie essendo coinquilino il cammello, fa supporre che il cammello, animale non privo d'insetti di tutte le nature, sia il portatore e depositario di un insetto capace, colla morsicatura, di determinare nell'uomo l'ulcera delle estremità.

Nel dicembre del 1914 ritornai con tre compagnie del 5.º Battaglione libico a Nalut percorrendo la carovaniere del Paltipiano e partendo da Giado Fassato. Fu una marcia di 200 chilometri. Sia durante la marcia, sia arrivati a destinazione ben pochi furono gli ascari affetti da ulcera agli arti inferiori. Calcolai in ogni compagnia formata di più di duecento uomini la solita percentuale del 6-7 % di affetti. Fra costoro erano in prevalenza gli ascari originari della Costa occidentale e della Gefara, che precedentemente erano già stati sofferenti di tale malattia e che non erano completamente guariti all'epoca della partenza. A Nalut nello stesso dicembre visitai gli elementi che costituivano il battaglione Somalo venuto con noi da Giado Fassato. Gli elementi che lo costituivano erano originari in parte dalla Somalia Italiana, in parte dallo Iemen

(Arabia Meridionale). Trovai affetti da ulcera agli arti inferiori il 5 % fra gli Arabi dello Yemen ed il 2 % fra i Somali. Tali truppe avevano marciato per 200 Km. insieme alle truppe libiche e come le truppe libiche facevano frequenti marce di ricognizione nei dintorni di Nalut, nondimeno presentavano una minore percentuale di affetti da ulcera agli arti in confronto alle truppe libiche. Importante il fatto che gli Arabi dello Yemen presentavano il doppio degli affetti in confronto ai Somali.

Una marcia ancora più lunga, ancora più faticosa ed ancora più disagiata fu effettuata nel febbraio del 1915 dal 5.° Battaglione Libico, da reparti del battaglione Somalo e da reparti di irregolari reclutati tutti in Giado Fassato e nelle sue adiacenze. La colonna mobile costituita da più di 1600 uomini agli ordini del Colonnello Nigra partiva il 15 febbraio da Giose e risalendo il Gebel Nefusa a Kabao aveva come mèta la lontanissima oasi di Gadàmes. A me fu affidato il servizio sanitario di tutta la colonna. Le tappe furono lunghe, si marciava per circa 40 chilometri al giorno attraverso un deserto interminabile, arido, sotto un sole cocentissimo. Si arrivò a Gadàmes il 6 marzo. Nonostante le fatiche, nonostante i disagi per la scarsità di acqua potabile, nonostante le insidie del terreno e dei propugnatori fanatici di una guerra santa, le truppe arrivarono in Gadàmes in ottime condizioni fisiche e morali. L'ulcera agli arti era nella proporzione del 12 % fra le truppe regolari. Fra gli irregolari di Giado Fassato, circa quattrocento, solo o dieci o dodici erano gli affetti di ulcera agli arti quindi nella proporzione del 3 %. Fra essi la malattia prediligeva i più giovani. Tale minima percentuale dipendeva forse dal fatto che fra gli irregolari la maggioranza aveva superato l'età di trenta anni e che il malanno ha preferenza per i giovani anzichè per gli adulti. La scarsa percentuale degli affetti in confronto alla grossa percentuale riscontrata nella compagnia proveniente da Nufilia sta a dimostrare che le marce lunghe non hanno grande importanza sull'insorgenza della malattia e che maggiore importanza ha il terreno che si attraversa. Ciò trova una conferma nell'osservazione fatta da me sul reparto di ascari eritrei e di ascari fezzanesi provenienti dalla remotissima oasi di Ghat. Sebbene questo reparto prima di raggiungere Gadàmes avesse marciato per circa un mese e mezzo non sempre in condizioni ottime, pure nessuno degli eritrei era affetto da ulcera agli arti inferiori. Fra gli ascari fezzanesi ho riscontrato una percentuale del 10 % di affetti, inferiore alla percentuale riscontrata fra gli ascari libici.

Una percentuale aumentata osservai, nonostante le rigorose mi-

sure profilattiche, fra le truppe libiche nella spedizione da Gadâmes a Mezezzem e da Mezezzem a Dergi (150 Km. ad est). effettuata nell'aprile (20 % di affetti).

La temperatura verso la seconda metà di marzo si elevò raggiungendo i 40°. Frequente era il vento del sud o Ghibli. La strada verso queste oasi del sud è in maggioranza pietrosa, a pietre piccole e a pietre grosse e taglienti (Hammada). Fra Gadâmes e Mezezzem esiste una vasta zona di sebca, la sebca di Mezezzem e dei veri laghetti salati. Vi sono anche delle zone sabbiose; in tali zone la sabbia abbondantissima forma delle colline, delle vere catene di dune mobili (Dune di El Bab). Rari sono i pozzi d'acqua; fra le oasi però l'acqua è abbondantissima. Le sorgenti d'acqua affiorano alla superficie del terreno e costituiscono dei superficialissimi rivoli e ruscelli fiancheggiati da folta vegetazione e larghi stagni e laghetti con acqua perenne melmosa, putrida e ricca di sostanze organiche in decomposizione (Sinaun, Matres, Dergi, Mezezzem, Gadâmes).

In Gadâmes e in Dergi fra gli indigeni del paese la malattia esiste. Essa colpisce i giovanetti dall'età di 15-18 anni non risparmiando i bambini. Raramente si riscontra anche in adulti. Sono dei focolai sparsi fra i ceti poveri abitanti nell'oasi in case umide, sporche, dove insieme agli uomini si dava asilo a cammelli.

I caratteri clinici ed anatomo-patologici sono simili a quelli riscontrati fra gli ammalati appartenenti alle truppe.

Un negro, Gadamesino Mohamed ben Messaud, di anni 18, presentava una larga ulcera al terzo inferiore della coscia sinistra nella sua faccia laterale esterna. Presentava ingorgo dolente delle ghiandole inguinali e crurali. L'ulcera era poco dolente, aveva bordi rilevati, quasi callosi, fondo ripieno di pus di colorito verde-bluastro, di consistenza sciropposa, di odore putrido. L'ulcera aveva forma circolare ed aveva un diametro di circa 9 cm. Liberato il fondo dal pus con una soluzione leggermente antisettica rimaneva un fondo rosso-vivo, granuleggiante emorragico. Il negro raccontava che inizialmente la malattia consisteva in una papula piccola come una lenticchia che arrecava delle trafitture all'arto e dell'intenso prurito. Poscia la papula si ruppe all'esterno e giornalmente l'ulcera che ne derivò si ingrandiva in superficie ed un po' in profondità emettendo del pus — L'ulcera era poco profonda ed interessava la pelle ed il cellulare sottocutaneo — si fermava al piano aponeurotico senz'aderlo.

Un'osservazione importante fu quella di un Tuaregh, che abitava temporaneamente a Gadâmes ma che era nato in un uadi al sud di Gadâmes: Soliman Ben Omar di anni 22. Presentava una larga ulcera al piede destro nella sua porzione posteriore proprio sul tendine di Achille. L'ulcera era ovoidale, a bordi rilevati, netti, callosi, profondi quasi 1/2 cm., col maggior diametro diretto verticalmente in basso e della lunghezza di 6 cm. Essa arrecava molto dolore, impediva i movimenti di estensione del piede, il

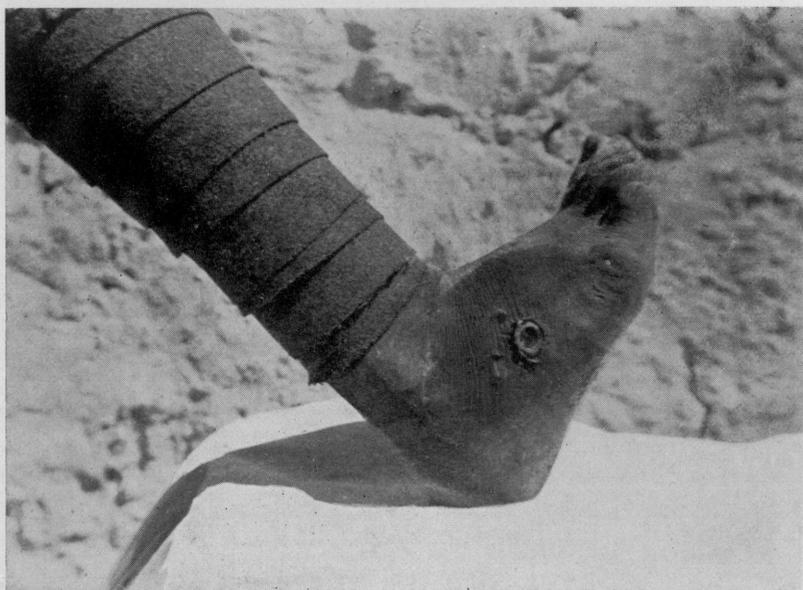
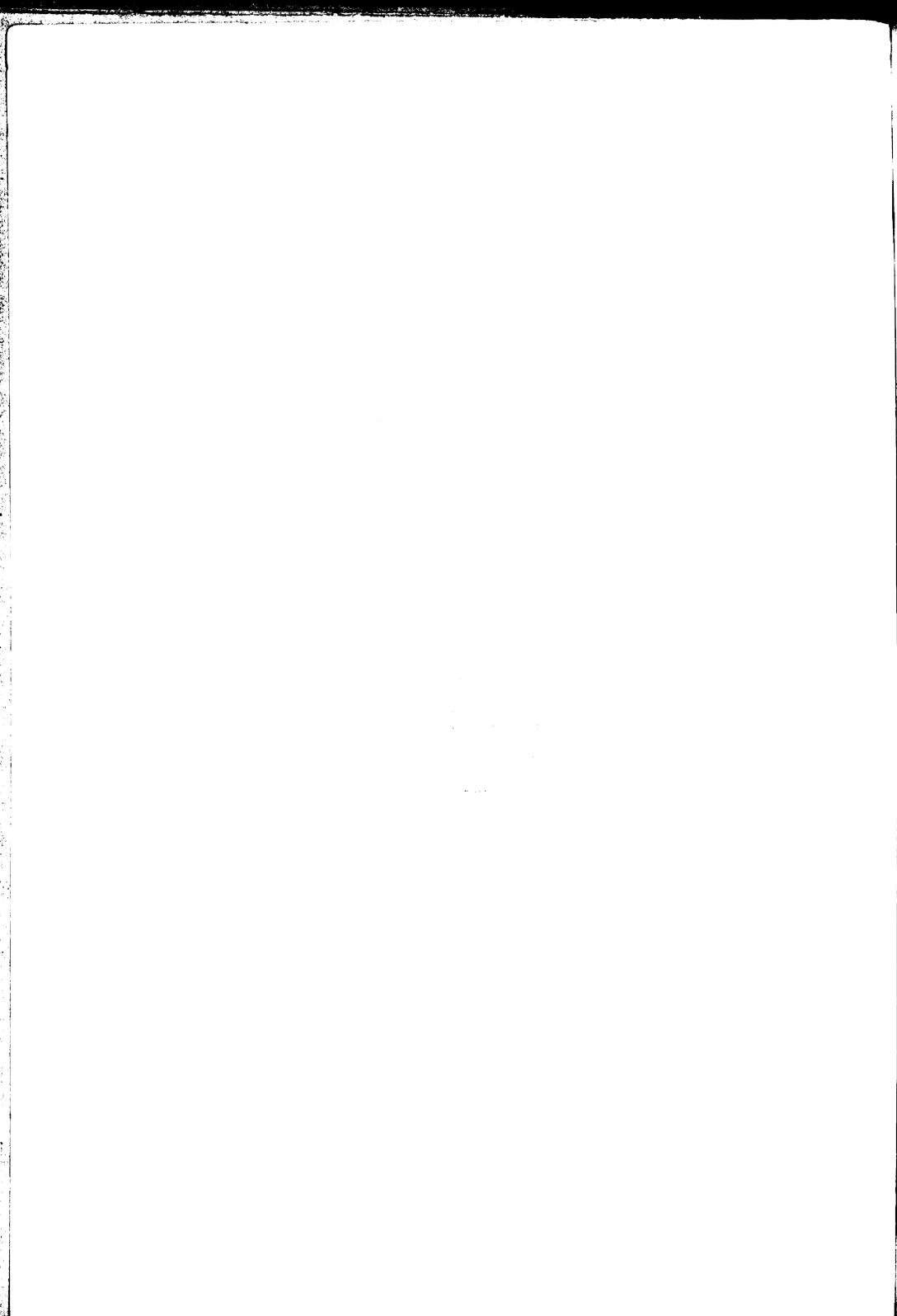


Fig. 1. - L'ulcera nella regione laterale esterna del piede destro in un ascari.



Fig. 2. - L'ulcera nella regione laterale esterna della gamba destra in vicinanza all'articolazione del ginocchio in un ascari.



quale si presentava gonfio, edematoso e arrossato. Il gonfiore si estendeva all'articolazione del piede colla gamba ed interessava quasi tutto il terzo inferiore della gamba. Il fondo era ripieno di pus nerastro putrido, pastoso. I gangli inguinali e crurali erano ingorgati e dolenti. Leggera elevazione termica; nonostante le sofferenze lavorava in qualità di muratore nel castello di Gadames.

In entrambi i casi l'esito fu favorevole e la guarigione completa.

\*  
\*\*

Dal complesso di tali osservazioni si può opinare che l'ulcera degli arti inferiori è una malattia comunissima in Tripolitania; con una frequenza accentuata colpisce la popolazione delle oasi della Gefara e delle oasi del sud.

È meno frequente fra gli abitanti del Gebel.

È una malattia che colpisce uomini e donne dalla puerizia fino all'età di trenta anni con preferenza nell'età dai 18 ai 25 anni. È rara fra i vecchi, meno rara fra i bambini. Può colpire gli Europei tutte le volte costoro si mettono nelle stesse condizioni di ambiente e di vita degli arabi.

Più che il terreno sabbioso o pietroso è una causa determinante per il sorgere della malattia il suolo umido, la secca e le acque dolci stagnanti ove specialmente in estate gli ascari sono usi a tuffare i piedi.

Le marcie lunghe in terreni umidi e a piedi scalzi influiscono favorevolmente l'apparire della malattia anzi comunemente determinano, nei piedi delle truppe, delle lesioni di continuo dove facilmente penetra il germe apportatore di tale malanno in seguito a contatto con individui infetti. Lo sviluppo di tale malattia risente moltissimo l'influenza del clima. Maggiore è il numero degli infetti in estate ed in autunno che in primavera ed in inverno.

La malattia è dovuta ad un germe specifico non ancora esattamente individualizzato.

Recentemente il De Bernardinis studiando la secrezione dell'ulcera degli arti trova in essa il bacillo di Le Dantec: come questi così il Mazzolani a Tripoli — anzi quest'ultimo addita come mezzo sicuro di diagnosi differenziale la ricerca di tale germe.

I bacilli di Le Dantec sarebbero diritti e uniformi come tratti di linea, immobili, solo eccezionalmente ricurvi, lunghi circa dieci micron, spessi un quarto di micron, sono distribuiti irregolarmente e non formano aggruppamenti caratteristici — sono facilmente colorabili coi comuni colori di anilina non con il metodo di Gram. I tentativi di cultura e di innesto sugli animali di tali bacilli di Le Dantec sono completamente falliti.

Approfittando della benevolenza del Prof. De Vecchi dell'Istituto anatomico-patologico di Bologna, mi permisi inviargli dei preparati a striscio del pus dell'ulcera. L'esame del pus fu completamente negativo, nel senso che con metodi adatti cioè Giemsa — Pappenheim — non si riuscì a scorgere alcun germe specifico nè spirocheti, nè leismanie, nè altre forme alle quali imputare una patogenesi specifica. Unico reperto banale un cocco, diplo e strepto, in gran maggioranza fagocitato dai linfociti neutrofili e dai mononucleari. Dall'esame del pus si ebbe quindi il reperto di un pus banale, probabilmente dovuto ad infezioni secondarie.

La mancanza di mezzi adatti ed il continuo ed incessante peregrinaggio per vaste regioni desertiche non mi permisero insistere sulle indagini. Il reperto negativo di pochissimi preparati non infirma certamente la possibile specificità della malattia: forse osservando le granulazioni profonde e non il pus superficiale si possano mettere in evidenza corpi specifici. L'aver osservato in un contingente di truppe reduce dalla lunga marcia da Nufliia a Zuara il 60 % di affetti dell'ulcera permette che si consideri l'affezione acuta e di grande contagiosità.

La trasmissione si ha per contagio diretto se esiste lesione di continuo agli arti, cioè piccole ferite superficiali, scalfitture, ecc. Il contagio diretto si ha o colle masserizie e gli indumenti infetti di ascari annalati o molto probabilmente col nudo terreno contaminato o mediante il lavaggio degli arti con acqua inquinata. Io credo che molta importanza ha coll'insorgere della malattia la morsicatura di zanzare o di qualche insetto.

È nota la predilezione delle zanzare per il dorso ed il collo del piede. Tali punture escoriate dal grattamento sarebbero appunto le lesioni adatte ad essere secondariamente inquinate.

Non sarei alieno dall'attribuire importanza per una probabile trasmissione indiretta della malattia al cammello.

È frequente trovare dei cammelli affetti da vaste piaghe al dorso, alle gambe, al collo, piaghe difficilmente guaribili. Il cammello è l'animale che più contatto ha con l'arabo, anzi l'arabo ha più riguardo, più rispetto, più benevolenza verso il cammello che verso le proprie donne. Il cammello è un animale sporco sebbene molto utile in quelle località, è un animale che dà alloggio sul suo corpo a tutte le varietà di insetti che deposita sul nudo terreno tutte le volte che alla fine di una marcia gli è permesso di accovacciarsi. La sosta delle carovane in Tripolitania comunemente è in vicinanza di pozzi e di sorgenti d'acqua. In tali luoghi oltre i cammelli trovano

riposo gli arabi all'aperto e sulla nuda terra: è appunto in tali luoghi che l'ulcera agli arti trova la sua massima insorgenza e diffusibilità.

L'ipotesi che tale malattia sia originariamente malattia del cammello e che essa verrebbe trasmessa all'uomo mediante il veicolo insetto meriterebbe studi seri ed accurati; secondo tale ipotesi verrebbe facilmente spiegata l'esistenza della malattia in punti lontani fra loro, divisi dagli altri centri abitabili mediante lunghissime estensioni di deserto arido, inabitato, infuocato, ma uniti fra loro mediante continui servizi di carovane di cammelli, e verrebbe spiegata la contaminazione del nudo terreno mediante il deposito in esso degli insetti, trasportati dai cammelli.

\*  
\*  
\*

La malattia insorge manifestandosi sulla pelle una chiazza iperemica lievemente sollevata sulla cute. Tale chiazza rassomiglia una morsicatura di insetto; in seguito tale chiazza acquista la forma di una papula che si ingrossa fino ad assumere le proporzioni di una lenticechia. Arrivata a tale stadio la papula, che ha sempre attitudine ad ingrandirsi, si trasforma nel giro di pochi giorni o di una settimana in una pustola. La pustola è dolente, dà leggiero prurito, ha forma pressochè circolare, qualche volta ovoidale. Ben presto nel centro della pustola si nota un infossamento e la periferia resta sollevata assumendo la forma di un bordo nodoso. Il centro a poco a poco si ricopre di lamelle epidermiche ascitte e sottili ed anche di croste. Nel tessuto circostante non esiste infiltrazione nè durezza. Il più delle volte l'individuo colpito, quando l'affezione è arrivata in questo stadio, volontariamente toglie le croste e le lamelle per dare fuoruscita al pus. Ho visto parecchi ascari fermarsi mentre marciavano, munirsi di un piccolo ramoscello secco strappato da un cespuglio e per mezzo di tale igienico strumento chirurgico rompere la pustola distaccando le lamelle e le croste, provocare la fuoruscita del pus e stuzzicare la ferita fino alla fuoruscita del sangue. Effettuata l'operazione chiudere la ferita con la carta delle sigarette.

È naturale che per essere gli ascari costretti a simile procedimento la pustola doveva dare moltissimo fastidio. La pustola svuotata dal pus è un'ulcera già formata, ma ancora munita da una sottile lamella epidermica a mo' di tetto.

Tale lamella epidermica scompare spontaneamente dopo due, tre giorni, ma in seguito ad una leggiera trazione può essere distaccata dal suo tenue punto di impianto rappresentato dal bordo nodoso della pustola.

Allontanato questo sottile strato di pelle il bordo diventa il margine netto, rilevato e cadente a picco sul fondo dell'ulcera.

L'ulcera in tale stadio è già costituita. Essa presenta quasi spesso una forma nettamente circolare con il margine rilevato netto e calloso e con il fondo necrotico secerne un liquido sieropurulento, pastoso attaccaticcio, di colorito grigio sporco, di odore putrido, nauseabondo. L'ulcera ha varie dimensioni, la sua superficie è quanto un 2 centesimi o quanto un soldo. Alle volte acquista le proporzioni di uno scudo.

Si accresce, più che in profondità, in superficie, così mentre i margini si ricoprono di lamelle callose, la superficie interna, perifericamente in rapporto al margine, si necrotizza. La necrosi si insinua al di sotto del margine primitivo, poscia le lamelle callose del margine si distaccano e cadono, e l'ulcera si estende. È raro che l'ulcera si accresca in profondità. Essa interessa la pelle ed il sottocutaneo, arriva al piano aponeurotico che mai attraversa. Intervenendo delle secondarie infezioni l'ulcera acquista caratteri differenti, veri caratteri dell'ulcera fagedenica, distruttiva, cancerosa, e si insinua profondamente necrotizzando le aponeurosi, le guaine, le ossa e anche le articolazioni stesse. Tale complicazione non è rara, ma è evitabilissima. Nonostante le norme igieniche poco scrupolose che regolano la vita degli indigeni musulmani della Tripolitania non ho mai visto simile complicazione. Accrescendosi l'ulcera in superficie essa conserva sempre la forma rotonda od ovoidale mai essa si distende in modo serpiginoso alla superficie.

Altri sintomi accompagnano la malattia. Così non raramente si nota negli affetti una leggiera elevazione termica che insorge all'inizio e che dura pochi giorni. La temperatura è di pochi decimi elevata sulla normale, qualche volta l'ho visto arrivare fino a 38°. Frequentissimo è l'ingorgo dei gangli linfatici della regione. Tale ingorgo è doloroso e dà molta molestia all'infermo. I gangli inguinali e crurali si presentano dolenti sia spontaneamente, sia durante la deambulazione e sia alla palpazione. All'ispezione si presentano ingrossati e la pelle che li ricopre è arrossata. Tale linfadenite perdura per quasi tutto il tempo della malattia, può alle volte scomparire dopo due, tre settimane o appena dopo iniziata la cura. Non ho mai osservato dei casi di suppurazione dei gangli ingorgati e tumefatti.

L'ulcera quasi spesso è unica, ma alle volte, e non raramente, si presenta multipla.

Difficilmente si riscontra in entrambi gli arti.

La sede prediletta è il piede, ma si riscontra frequentemente l'ulcera nella gamba ed anche, sebbene raramente, nella coscia.

In ordine di frequenza vengono lesi il margine esterno del piede, la regione del malleolo esterno ed interno, la regione del tendine di Achille, la regione laterale esterna ed interna della gamba nel suo terzo inferiore, la regione laterale esterna ed interna della gamba sul suo terzo superiore. La coscia nel suo terzo inferiore lateralmente all'esterno ed all'interno.

Molto frequentemente si riscontra anche nella faccia dorsale del piede.

L'ascaro Mohamed Ben Iusuf di anni 24 del 1.<sup>o</sup> battaglione libico (osservazione fatta nell'agosto) presentava l'ulcera nel dorso del piede quasi alla sua metà, un po' avvicinata all'impianto delle dita da cui distava circa due dita trasverse.

L'ascaro Sliman Ben Alì Said di anni 18 (osservazione fatta nel settembre) appartenente al 1.<sup>o</sup> Battaglione Libico presentava l'ulcera nella faccia dorsale del piede proprio all'impianto dell'alluce.

L'ascaro Mohamed Bell'Age di anni 22, e l'ascaro Alì Ben Belgassem di anni 20 (osservazione dell'agosto 1914) presentavano l'ulcera lungo il tendine di Achille.

L'ascaro Scebani Ben Belgassem di anni 18, prentatosi il 10 settembre all'infermeria di Ieffren presentava ulcere multiple al piede destro. Un'ulcera aveva sede sulla faccia dorsale del piede, una seconda sulla regione del tendine di Achille. Oltre a queste ulcere ne presentava un'altra nella gamba di dimensioni più vaste e che interessava la regione infero-laterale interna della gamba destra.

È rara la guarigione spontanea.

L'ulcera quando non è curata dura molto a lungo. Gli ascari e gli indigeni affetti da ulcera usano come fasciatura dei bendaggi che comunemente sono delle tele sporche o stracci. Tale protezione, tale fasciatura è naturale che non possa dare un risultato benefico. Nè benefico risultato danno i mezzi locali di cura.

Ho visto degli indigeni ricorrere all'impacco caldo con farina ed olio ed alle volte medicare l'ulcera colla *sabbia* considerata dalla medicina locale della stessa efficacia dell'iodoformio. Un cammelliere che aveva osservato nell'agosto a Tigi fu da me ritrovato nel dicembre a Giose.

Apparteneva alla tribù dei Sean disseminata nella Gefara occidentale fra Zuara ed il Gebel Nefusa. Costui dopo cinque mesi presentava sempre un'ulcera della grossezza di un soldo al margine laterale esterno del piede sinistro in vicinanza del malleolo esterno. Tale ulcera presentava il fondo necrotico, il margine calloso e non aveva tendenza alcuna alla cicatrizzazione.

Nella cura degli ascari affetti da tale malattia io ho potuto adoperare diversi metodi.

La medicatura antisettica e modificatrice e la medicatura alla Bainton (bendaggio compressivo con striscie di sparadrapo) adoperata dai medici militari nostri a Massaua nella cura degli impiagamenti alle gambe non mi ha dato nella cura dell'ulcera risultati pronti e definitivi.

Scarsi risultati ho avuto anche col trattamento dell'ulcera con polvere di magistero di bismuto accompagnata da una fasciatura ben compressa. Nè la polvere di jodoformio giornalmente applicata previa disinfezione con soluzione fenica ed accompagnata da una fasciatura ben compressa mi ha dato risultati pronti e definitivi. Mediante tali cure ottenevo un arresto nell'ulteriore progresso dell'ulcera, ma non la guarigione completa in breve tempo.

Migliori risultati ho avuto trattando l'ulcera col raschiamento radicale del fondo con un cucchiaino tagliente ed asportando il collo del margine con leggiera trazione con una pinza.

Il fondo diventava sanguinante; procedevo allora ad una disinfezione dell'affezione con acqua jodata ed applicavo un impacco con tale medicinale unito ad una fasciatura ben compressa.

Dopo pochi giorni si avevano delle granulazioni nel fondo dell'ulcera, granulazioni che in poco tempo ricolmavano il fondo. Si aveva così una sovrapposizione della proliferazione cicatriziale e l'ulcera si avviava alla guarigione definitiva. Cambiavo allora il trattamento applicando nell'ulcera una pomata di vaselina all'jodoformio. L'ulcera guariva tanto più rapidamente quanto meno grande era la sua dimensione.

I caustici (nitrate di argento, cloruro di zinco) non mi diedero mai ottimi risultati. Ottenevo la formazione di un'escara superficiale al di sotto della quale si sviluppava in grande abbondanza del pus. L'ulcera si accresceva in profondità e accresceva le sofferenze dell'infermo.

La cura antisifilitica mi ha dato eccellenti risultati.

Procedevo alla medicazione locale con la polvere di calomelano o con pomata di vaselina all'ossido giallo di mercurio. Qualche volta mi limitavo a delle semplici pennellature con una pasta di calomelano ed acqua clorurata o ricorrevo alla pomata di vaselina al calomelano.

Praticavo all'infermo delle iniezioni intramuscolari alla regione glutea con mercurio bijoduro ed joduro di potassio fabbricate dalla farmacia militare (una iniezione ogni due giorni).

L'ulcera gradatamente regrediva, il fondo si sollevava, i margini non avevano più quella nettezza e quella rilevatezza iniziale.

Dopo venti giorni, un mese, al massimo un mese e mezzo l'ulcera, anche di grosse dimensioni, spariva completamente e ne residuava una cicatrice liscia, regolare, uniforme. La pelle che ricopre la cicatrice è spostabilissima, lucente, arrossata. Tale arrossamento è più visibile alla periferia in rapporto al margine dell'ulcera. La cicatrice non è deformante.

\*  
\*\*

Molte difficoltà presenta la diagnosi della malattia. Il Mazzolani vede un buon elemento per la diagnosi differenziale dell'ulcera degli arti dalle altre affezioni nella ricerca del bacillo di Le Dantec. Tale reperto è positivo nelle osservazioni del De Bernardinis.

Questi studi recenti della malattia hanno una grandissima importanza, senonchè presentemente non si può affermare essere il bacillo di Le Dantec il vero ed unico germe specifico dell'affezione non essendo i ricercatori riusciti ancora a coltivarlo e ad inocularlo agli animali. L'affezione ulcerativa degli arti erroneamente è stata considerata quale ulcera fagedenica.

Il De Bernardinis chiama ulcera fagedenica tale affezione e sotto lo stesso nome comprende due importantissimi casi di ulcera al volto osservati in due bambini con decorso sinistro e dai quali ha non il reperto del Bacillo di Le Dantec ma il reperto del corynebacterium fusiforme insieme al reperto di spirochete.

Pur essendo del parere del De Bernardinis nel considerare la non unicità dell'agente del fagedenismo tropicale, non credo che le ulcere degli arti inferiori siano delle vere e proprie ulcere fagedeniche.

Il Rho considera le ulcere fagedeniche quali affezioni ulcerative congiunte a sfacelo.

Io nei miei casi non ho mai osservato il vero quadro clinico del fagedenismo, cioè estensione rapida del processo ulcerativo, *distensione dell'ulcera in modo serpiginoso alla superficie* o lesioni e necrosi delle aponeurosi, delle ossa, delle articolazioni, nè corrosione di grossi vasi e conseguenti emorragie, nè lesioni di grossi tronchi nervosi. Niente quindi sfacelo.

L'ulcera degli arti da me osservata appartiene invece alle varietà di affezioni ulcerative congiunte ad *Atonia* e nettamente differenziata dalle altre dal Rho e dal Plehn.

Tale differenziazione vale per quanto concerne i caratteri anatomico-patologici, ma non esclude la somiglianza con delle forme analoghe dovute alla sifilide nello stadio terziario.

L'origine sifilitica è avvalorata d'altro canto dall'ottimo risultato ottenuto nella guarigione delle ulcere dalla cura coi mercuriali e gli jodici. L'origine sifilitica, però, non spiega la grande contagiosità da me osservata nell'agosto a meno che non si vada col presupposto che tutti gli abitanti dell'Africa siano sifilitici. Gli ascari affetti da ulcera non erano sifilitici. Essi infatti erano forti e robusti e non presentavano sintomi che potevano far supporre una sifilide progressiva o una sifilide ereditata.

Oltre che colla sifilide l'ulcera agli arti facilmente può confondersi col granuloma da fromboesia (pian) o col bottone di oriente.

Il granuloma da fromboesia o pian raramente compare agli arti, raramente è unico. Esso compare con molta frequenza presso l'ano, i genitali e la bocca e le lesioni sono diffuse a tutto il corpo prediligendo anche le mucose visibili. Il granuloma è contagiosissimo e, secondo le osservazioni di Rat, veicolo della diffusione è il suolo. Si ha nella fromboesia invasione febbrile e dolori reumatoidi muscolari ed articolari. Come cicatrice rimane una chiazza rossa che scompare col tempo. La fromboesia colpisce i ragazzi e secondo le osservazioni di Jeanselme-Sceube ed altri in certi paesi si inocula la malattia ai ragazzi perchè è opinione locale che i ragazzi che contraggono la malattia, crescono meglio.

Nonostante certe differenze fra la fromboesia e l'ulcera agli arti, la contagiosità e l'azione favorevole della cura mercuriale e jodica in entrambe le forme farebbero pensare ad una stretta parentela fra le due forme morbose o ad una varietà della fromboesia. Ciò al momento devesi escludere perchè mancando il reperto positivo della spirocheta pallidula del Castellani nelle ricerche batteriologiche fatte dal secreto dell'ulcera agli arti inferiori, non può considerarsi tale affezione come affezione fromboesica.

Il bottone orientale è frequente nel Nord-Africa e nelle Oasi del Sahara, è contagioso, ha sede secondo Kaposi sul volto e sulle pareti laterali della mano e del piede, frequentemente ha sede sulla pelle presso le articolazioni.

La descrizione della insorgenza e del decorso del bottone orientale secondo Manson, Kaposi, Jeanselme ed altri ha molti punti di contatto colla affezione agli arti da me osservata. Mentre il Kaposi ed il Rihel affermano che l'ulcera nel bottone orientale si formi dopo cinque o sei mesi dalla insorgenza della chiazza rilevata, secondo V. Dühring invece l'ulcera si ha dopo pochi giorni.

Jeanselme insieme alla comparsa dell'ulcera descrive nel bottone orientale la tumefazione delle ghiandole linfatiche della regione.

La cicatrice dell'ulcera del bottone orientale è raggiata, pigmentata, deforme. Così Colville dice che gli Ebrei d'oriente inoculano di tale affezione i loro bambini per proteggerli dalla consecutiva cicatrice che suole deturpare il viso.

Il Manson a Bagdad riconosce gli abitanti già affetti da bottone orientale dalle tipiche cicatrici al volto. L'affezione da me osservata agli arti non residua cicatrici deformi.

Nonostante però fra l'ulcera agli arti ed il bottone orientale vi siano molti punti di contatto, sin al momento sull'ulcera degli arti non sono stati osservati i quadri parassitari di Wright, simili ai corpi di Leishmann e Donovan considerati quali parassiti specifici del bottone orientale.

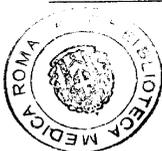
Presentemente adunque non si erra considerando tale malattia tanto comune in Tripolitania, quale affezione ulcerativa congiunta ad atonia, quale ulcera semplice e comune degli arti inferiori dovuta ad un germe specifico non ancora perfettamente individualizzato.

#### BIBLIOGRAFIA.

- ABELARD, Contributo allo studio delle ulcere dei paesi caldi (Arch. de Méd. nav., XLII, 1884).
- BLAISE, L'ulcera fagedenica dei paesi caldi in Algeria (Gaz. hebdom. de Méd. et de Chirurgie, 10 ott. 1897).
- BRAULT, Ulcera fagedenica dei paesi caldi (Ann. de Derm. et de Syph., 1897, pag. 165).
- Note sur le phagédénisme chez les Arabes et les Kabiles (Janus, 1898, III, pag. 268).
- BREDA, Contributo allo studio dell'ulcera fagedenica dei paesi caldi (Giorn. It. delle Mal. Ven. e della pelle, 1905, fasc. 5.<sup>o</sup>).
- CASTELLANI, Further observations on Parangi or Yaws (British Med. Journal, 18 nov., 1905).
- DE BERNARDINIS, Ulcera fagedenica dei paesi caldi (Morgagni, maggio 1915).
- V. DUHRING, Orientbeule (Realencyclopädie des ges. Heilkunde, 1898, vol. XVIII, pag. 82).
- GABBI e DEBELLA, Malattie cutanee a Tripoli, 1912.
- GAUCHER E. A. e BERNARD HENRY, Ulcère gabonaise (Ann. de Derm. et de Syph.).
- Ulcère gabonaise, son identité avec le clou de Biskra (Ann. de Dermatologie, 1898, pag. 989).
- JEANSELME, Cours de dermatologie exotique, Paris 1904.
- Le pian dans l'Indo-Chine française (Gaz. hebdom. de Médecine et de Chir., 1904, 1.<sup>o</sup> dic).
- KAPOSI, Fall. von bouton d'Alep (Ans. d. Ges. wien. Aerzte, 1885, n. 6).
- Trattato, 5.<sup>a</sup> Ed., 1899. Demonstration eines Falles von Bouton d'Alep. (Wien. med. Blattes, 1884, n. 46).
- LE DANTEC, Origine microbienne de l'ulcère phagédénique des pays chauds. (Arch. di Méd. nav., 1885, XLIII).
- Précis de pathologie exotique. Doin, Paris 1903, pag. 577.

- Phagédénisme des pays chauds, son identité avec la pourriture d'hôpital, pathogénie, symptômes, traitement (Arch. de méd. nav., vol. LXXI, pag. 133).
- LEGRAIN, Note sur le clou de Biskra. La distribution géographique dans le Sahara (Ann. de Derm. et de Syph., 1896, pag. 1091).
- MANSON, Trattato delle malattie dei paesi caldi (Milano, Soc. Ed. Libraria, 1909).
- MAZZOLANI, L'ulcera fagedenica a Tripoli (Policlinico, Sez. pratica., 27 aprile 1913).
- MENSE, Trattato delle malattie tropicali (Un. Tipog. Ed. Torinese, Torino, vol. I. Dott. Plehn, Malattie della pelle, 1906).
- MIDULLA, La resistenza degli Ascari Libici alle ferite d'arma da fuoco (in corso di stampa).
- Igiene e adattabilità ai disagi degli abitanti indigeni del Gebel Garian e del Gebel Nefusa (in corso di stampa).
- RIEHEL, Zur Anatomie und Aetiologie der Orientbeule (Vierteljahrsschr. f. Derm. und Syph., 1886, p. 805).
- RHO, Malattie predominanti nei paesi caldi (Torino, Rosenberg e Sellier, 1897).
- ROUX, Traité pratique des maladies des pays chauds, 1888.
- SCHUBE, Die Krankheiten der warmen Länder (Jena, Fischer, 3.<sup>a</sup> ediz. 1903).
- Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern (Arch. f. Schiffs- u. Tropenmed., 1902, vol. 2<sup>o</sup> fasc., V, pag. 177).
- SOPRANO, Contributo allo studio dell'ulcera fagedenica dei paesi caldi o piaga tropicale (Giornale di Medic. Militare, fasc. VI, pag. 508, anno 1914).
- WRIGHT, Protozoa in a case of tropical aker (Delhi sore) (Journal of medic. Researches, vol. X, n. 3 dic. 1903).

39284





# IL MORGAGNI

Giornale di scienze mediche

## IL BOLLETTINO DELLE CLINICHE

Raccolta di casi clinici

### COMITATO DI DIREZIONE

- |   |   |
|---|---|
| <b>Borsolo Sen. Camillo</b> (di Clinica medica nella R. U. di Torino).            | <b>Mingazzini Giovanni</b> (di Clinica delle malattie nervose nella R. U. di Roma). |
| <b>De Giovanni Sen. Achille</b> (di Clinica medica nella R. U. di Padova).        | <b>Majocchi Domenico</b> (di Clinica dermatologica nella R. U. di Bologna).         |
| <b>Grocco Sen. Pietro</b> (di Clinica medica nell'Istituto Superiore di Firenze). | <b>Zoja Luigi</b> (di Istologia e Chimica medica, <i>ibidem</i> ).                  |
| <b>Novaro G. E.</b> (di Clinica chirurgica nella R. U. di Genova).                | <b>Rozzi Lorenzo</b> (di Medicina Legale nell'Istituto Superiore di Firenze).       |
| <b>Tansini Iginio</b> (di Clinica operativa nella R. U. di Pavia).                | <b>Gaglio Gaetano</b> (di Materia med. e Farmacologia nella R. U. di Roma).         |
| <b>Mangiagalli Sen. Luigi</b> (dell'Istituto Ostetrico Ginecologico di Milano).   | <b>Sabbatani Luigi</b> (di Materia medica nella R. U. di Padova).                   |
| <b>Cirincione Giuseppe</b> (di Clinica oculistica nella R. U. di Roma).           | <b>Gauthier Vincenzo</b> (d'Idrologia, Napoli).                                     |

Redattore Capo: Dott. Alessandro Clerici

### CONDIZIONI D'ABBONAMENTO:

L'abbonamento al *Morgagni* dà diritto a ricevere:

- 1.º Un volume di circa 500 pagine riccamente illustrato, contenente memorie originali di clinici italiani e stranieri (Parte I);
- 2.º Un volume di oltre 1150 pagine contenente le riviste originali di specialità, riviste di giornali ed accademie italiane e straniere, recensioni bibliografiche, notizie varie e di interesse professionale (Parte II);
- 3.º Un volume di 576 pagine, ricca raccolta di casi clinici e di formule terapeutiche (*Bollettino delle Cliniche*);
- 4.º Doni agli abbonati che abbiano soddisfatto l'importo dell'associazione entro il 31 gennaio: a) La *Strenna Morgagni* e b) Due volumi delle collezioni dei *Memoriali del Dottorato in medicina* o dei *Manuali del Medico pratico* o dei *Manuali del Medico specialista in brochure* od un volume rilegato della *Collezione Villeroy*.

Per ricevere a domicilio la *Strenna* ed i *Manuali*, od i *Memoriali*, od il *Villeroy*, aggiungere Lire UNA al prezzo di abbonamento. Con Cent. 50 si ha diritto alla sola *Strenna*. I *Manuali* ed i *Memoriali* che offriamo sono legati in brochure, volendoli invece rilegati in tela all'inglese, devono aggiungersi pel costo della rilegatura Centesimi 50 per volume.

L'associazione è obbligatoria per l'anno solare ed è duratura pel successivo, se non viene disdetta entro il 31 Dicembre: la semplice reiezione dei numeri del periodico non può essere ritenuto come disdetta.

L'abbonamento importa elezione di domicilio a Milano presso l'Amministrazione.

Prezzo d'abbonamento L. 12 all'anno per l'Italia - L. 18 per l'Unione postale  
Abbonamento al solo BOLLETTINO DELLE CLINICHE L. 8 l'anno per l'Italia  
e L. 12 per l'Unione postale.