



OSPEDALE COLONIALE « PRINCIPESSA MARIA » - CHISIMAIO

Dott. CARLO GUIDETTI
Direttore

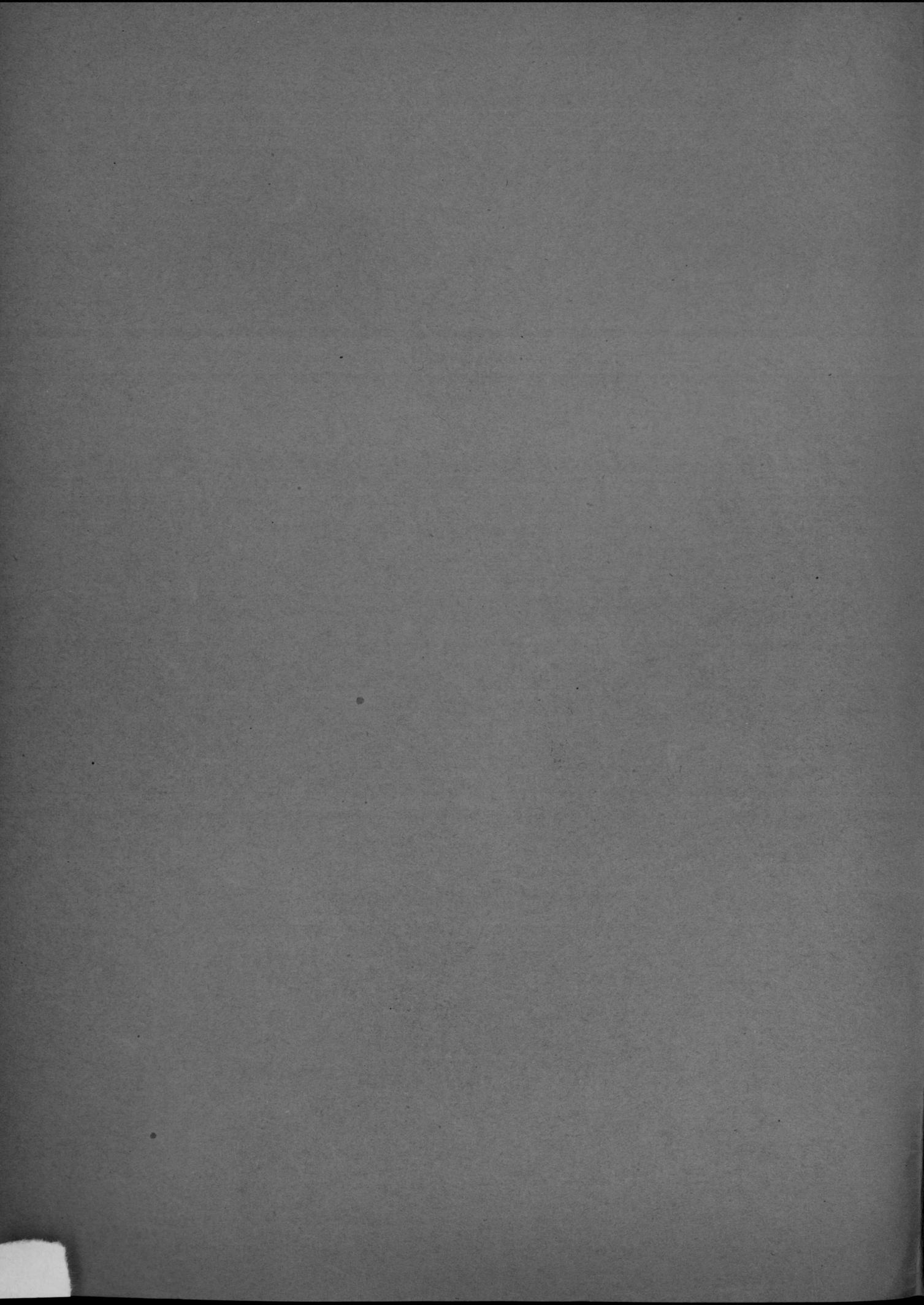
RAZZE E TUBERCOLOSI NELLA REGIONE DEL BASSO GIUBA

Estretto dalla Rivista "La lotta contro la tubercolosi", - Anno VII, n. 5 - Maggio 1937-XV



Handwritten:
B
55
60

STAB. TIP. «EUROPA» - ROMA - VIA DELL'ANIMA, 45

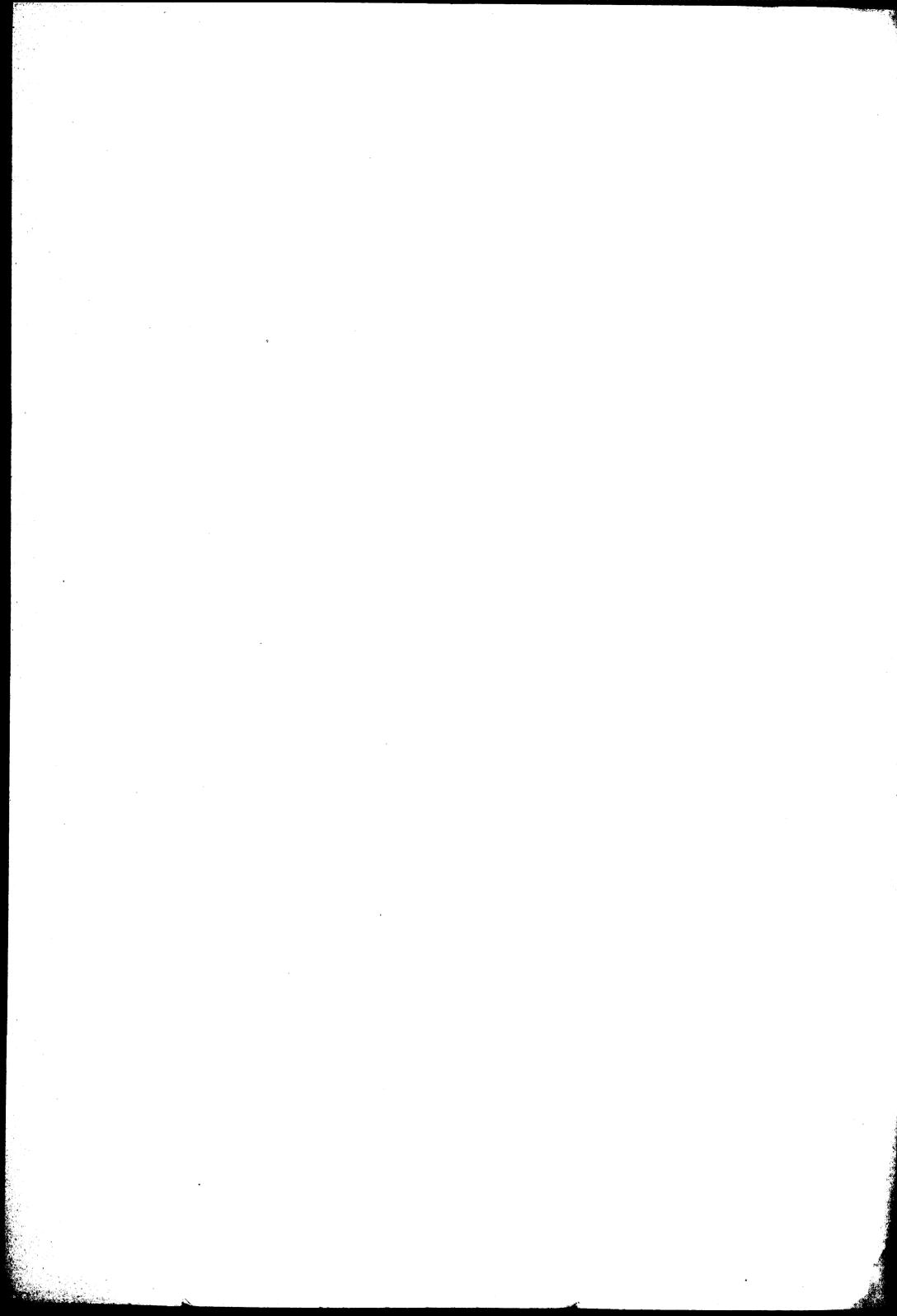


Dott. CARLO GUIDETTI
Direttore

RAZZE E TUBERCOLOSI NELLA REGIONE DEL BASSO GIUBA

Estratto dalla Rivista "La lotta contro la tubercolosi", - Anno VII, n. 5 - Maggio 1957-XV





Le notizie che si hanno sulla diffusione della tubercolosi nel continente africano sono molto gravi. Il morbo si è con rapidità diffuso dall'Egitto al Sud Africa, dal Rio de Oro alla Costa francese dei Somali, dalla Costa d'Avorio al Sudan, dal Marocco alla Somalia Italiana, raggiungendo in molte colonie ben presto il primo ed il secondo posto come frequenza tra le malattie. Dalla costa, attraverso le carovaniere, le camionabili, le ferrovie, la malattia è penetrata nell'interno ed il suo svilupparsi ed estendersi sono collegati agli sviluppi economici ed al progredire degli scambi commerciali.

In alcune località più rara, in altre più frequente, la tubercolosi è senza dubbio una delle malattie dominanti nel quadro nosografico dei vari paesi del continente nero.

Molto imprecise e contraddittorie furono le notizie sulla diffusione della malattia in Somalia fino al 1932, anno in cui l'Ispettore della Sanità, prof. CARLO TEDESCHI, indisse il Primo Congresso Medico a Mogadiscio, radunando in quel centro quasi tutti i medici della colonia. Le varie relazioni fecero conoscere che la tubercolosi era molto diffusa in tutta la Migiurtina (BARTOLUCCI, GUIDETTI, IMPASTATO, SCALAS, TORTORANO), mentre nel Benadir era localizzata solo nei centri principali e nei grandi territori di bonifica e colonizzazione (CIMMINO, CRISCI, DAL RI, DE SENA, MATTEI, POLIDORI, TALAMONTI). I sanitari delle regioni del Giuba, per la lontananza, non poterono presenziare all'adunata e le notizie che si ebbero furono molto imprecise.

In questo lavoro cercheremo di chiarire il problema per quanto riguarda le razze e la diffusione del morbo nel territorio del Basso Giuba.

La regione equatoriale, ricca di bestiame e di terre feracissime, è fornita di buoni approdi e di numerose e comode vie di comunicazione sia marine che fluviali e terrestri che favoriscono un costante e continuo movimento di popolazioni e fanno prosperare un notevole commercio. Per vie marine, attraverso il suo centro portuale principale di Chisimaio, che è posto sulle grandi linee celeri di comunicazione, la regione è collegata con l'Europa, l'Asia ed il rimanente dell'Africa; per via fluviale essa è collegata con le regioni

settentrionali del fiume, con la Somalia orientale e con l'altopiano etiopico; con le carovaniere e le camionabili dell'Ovest al Kenia ed alle regioni dei Galla Sidamo.

La regione, come si è scritto precedentemente, è ricca di bestiame e di prodotti agricoli ed il commercio riguarda quasi esclusivamente questi elementi; notevole inoltre quello delle pelli, del pesce salato ed essiccato (pescicani ed oloturie) ed, un tempo, quello dell'avorio.

La posizione geografica, la natura e la ricchezza del suo territorio, la presenza di numerosi e comodi mezzi di comunicazione, fanno sì che la regione presenti una grande mescolanza di razze, dalle particolari qualità etniche pressochè intatte, per ragioni di indole religiosa, e così vi troviamo, per ordine di importanza, somali, negri uagoscia, bagiuni, negri uabon, suahili, sudanesi, arabi, indiani, etiopi delle più varie razze, ecc. E' pure rappresentata con numerosi elementi la razza bianca e nel 1933 era pure rappresentata, con pochi commercianti cinesi, la razza gialla.

E' naturale che la tubercolosi assuma vari e molteplici aspetti a seconda delle varie razze e sarà quindi necessario trattare, se pure brevemente, dei gruppi etnici principali.

Somali: la grande maggioranza della popolazione nella regione è formata dai somali ed i gruppi principali che li costituiscono sono dati dagli Harti, dai Mohamed Zuber, dai Bartireh, ed, in minor numero, dai Mogabo, dagli Aulihan e dai Talamoghe. I Merehan, pure appartenendo alla stirpe originaria degli altri somali, non sono della stessa razza benchè abbiano le stesse particolarità fisiche degli altri somali.

I somali che appartengono al tipo lungilineo-microsplancnico del DE GIOVANNI, sono fisicamente belli, alti, slanciati, agili, con lineamenti fini, labbra sottili e naso regolare; hanno la pelle color rame oscuro. Intelligenti ed osservatori, parlatori instancabili e fioriti, hanno una rapida intuizione. Non sono resistenti ai lavori pesanti e prediligono le occupazioni in cui siano necessarie la rapidità, la leggerezza e l'intelligenza. Musulmani praticanti e convintissimi sono in massima parte dediti alla pastorizia e si nutrono quasi esclusivamente di latte, the e zucchero. Se pure fragilissimi sono molto resistenti alle fatiche, ai disagi ed alla fame; di animo bellicoso, si dedicano con molta passione al mestiere delle armi divenendo soldati molto apprezzati. Molti di essi attratti dalle voci dei rapidi e facili guadagni abbandonano la vita della foresta per divenire buoni soldati, apprezzati servitori, infermieri, meccanici, autisti, interpreti, impiegati, ecc., modificando in breve tempo vita ed assumendo con poca fatica nuove usanze e nuovissimi costumi.

Questo fenomeno, che in un certo qual senso si potrebbe rassomigliare al nostro urbanesimo, ha una importanza notevolissima per la malattia di cui vogliamo trattare.

Il somalo della boscaglia vive una vita faticosa, non tranquilla, ma salubre. Egli si ripara con la propria famiglia dalle intemperie e dalle notevol-

sime escursioni notturne con piccole capannette fatte di ramaglie sconnesse e ricoperte con fasci di foglie; deve provvedere ad accompagnare il bestiame al pascolo ed all'abbeverata, a farlo rientrare alla sera nei recinti e, forzatamente, è costretto ad un continuo movimento; deve provvedere a curare ed isolare le bestie ammalate, disinfestarle dalle zecche; difendere le mandrie dalle belve che costantemente le seguono; cercare i pascoli migliori e le abbeverate più ricche; eseguire la mungitura e preparare il burro. Si nutre esclusivamente di latte, the e zucchero. Solo per le grandi ricorrenze religiose, o quando avvengono matrimoni o per affari vantaggiosi mangia la tradizionale « odca » carne cotta nel burro e mescolata ad aromi, ed il « bun » caffè in grani croccantato nel burro bollente con lo zucchero.

I somali sono costituzionalmente sani e, pur essendo nella quasi totalità affetti da malattie fortemente debilitanti come la malaria, l'anchilostomiasi, la dissenteria sia d'origine amebica che bacillare, la bilarziiosi vescicale, ecc., che spesse volte si presentano associate negli stessi individui, la tubercolosi presso di essi è rara.

La forma clinica che, sempre in via eccezionale, più facilmente si riscontra è quella caratterizzata da febbre alta, subcontinua ed anche continua, cefalea, polso frequentissimo, congestione polmonare con dispnea, dolore alla respirazione, tosse secca; epistassi; disturbi dissenterici; talvolta eruzioni maculose; espettorato sanguigno e frequentemente emottisi.

Questa forma sempre di brevissima durata è generalmente mortale.

Si possono trovare presso i somali della boscaglia anche tutte le altre manifestazioni cliniche della tubercolosi, ma la quasi totalità dei casi si presenta in individui che si contagiarono nei paesi e nelle città e che son ritornati alla vita della boscaglia sperando di ritrovare la salute perduta.

Sono rarissimi i casi di tubercolosi trasmessi per contagio da familiari ammalati agli altri sani e si ritiene che questo sia dovuto al complesso dell'ambiente esterno che non è favorevole alla trasmissione dei bacilli; all'assenza di dormire separati in ripari arieggiatissimi; di condurre una vita continuamente all'aperto; alla mancanza di quelle effusioni affettive in uso presso gli europei; alla impossibilità di contagio attraverso utensili, biancherie, ecc., perchè nella boscaglia ognuno ha un'unica veste ed una propria ciotola personale per il latte.

E' stato osservato inoltre che la tubercolosi acuta colpisce quasi esclusivamente gli uomini ed in particolare quelli che si interessano della vendita e dell'acquisto del bestiame, cioè quegli elementi che sono più spesso in contatto con la vita paesana e cittadina.

All'incontrario la tubercolosi è molto diffusa tra i somali che hanno abbandonato la vita primitiva della boscaglia per intraprendere quella dei soldati, dei servitori, ecc. E' tra di essi la principale e più frequente causa di morte.

Giunti nei paesi o nelle città i somali, se non trovano parenti o conca-

bili, cosa del resto rarissima perchè essi sono straordinari viandanti che si trovano ovunque, si adattano ad una vita di sacrifici, dormendo all'aperto, soffrendo la fame, laceri e stracciati e si prestano volenterosamente a tutti i mestieri, cosicchè li vedremo servitorelli, fattorini, venditori ambulanti, ecc., correre e lavorare tutto il giorno per pochissima mercede. Con la volontà, la costanza e l'intelligenza essi certamente riusciranno nei loro intenti e per la facilità di apprendere lingue, per la scaltrezza, la volenterosità li vedremo in seguito divenire bojs, meccanici, infermieri, ecc., molto apprezzati.

Così come gli europei debbono superare all'arrivo ai tropici il periodo di acclimatazione o di adattamento, altrettanto i somali della boscaglia debbono compiere un duro periodo per adattarsi alla nuova vita. Essi sono in questo periodo assai sensibili ai fattori etiologici delle più svariate malattie, così sono i primi ad ammalare d'influenza, a subire le recidive della malaria e della dissenteria, ad accusare una accentuazione di disturbi delle numerose parassitosi intestinali dapprima latenti, ecc.

E' durante questi periodi che i somali pagano i loro contributi alla tubercolosi che difficilmente li risparmia. Spesso essa si presenta col quadro acuto che si osserva presso le genti della boscaglia, ma altrettanto spesso il quadro clinico della infezione si manifesta con la bronchite caratteristica, con rantoli crepitanti, respiro aspro, sfregamenti pleurici, tosse, dispnea, sputi sanguigni, od emottisi, sudorazione, febbre non elevata, polso frequente e molle.

Da questo si giunge poi al quadro classico della tubercolosi cronica.

Si è cercato di studiare quali sono le fonti di questo contagio e da un complesso di osservazioni si è stati indotti a ritenere che il massimo valore sia da attribuire alla costituzione fisica, fertilissimo terreno di predisposizione, quindi alle disagiate condizioni in cui si vengono a trovare tutti i somali della boscaglia al loro arrivo nei paesi, al contatto diretto coi tubercolotici che essi trovano nelle capanne ospitali, nel caffè e nei ristoranti indigeni e che favorisce l'attecchimento della malattia durante il periodo di diminuita resistenza che produce l'adattamento, le nuove usanze e le nuove abitudini che indeboliscono gli organismi.

Una volta ammalato il tubercolotico rappresenta nei paesi la fonte del contagio e della trasmissione pei familiari o per gli ospiti.

Le abitazioni degli indigeni sono costituite da capanne quadrangolari fatte di rami e di argilla mescolata a sterco e ricoperte da fasci di foglie di palma dun. Sono prive di finestre e ricevono aria e luce da piccole porte. Per fortuna ampi, alti e ben chiusi recinti limitano dei cortiletti e quivi le donne ed i bambini più piccoli trascorrono la loro vita quotidiana. E' nella notte che la capanna raccoglie tutti i familiari.

Si è osservato che la malattia per trasmettersi ha bisogno, negli individui sani, di un contagio diretto e prolungato. Infatti il contagio avviene dall'uomo alla donna e da questa ai bimbi che essa allatta (l'allattamento materno perdura nei somali fino a tre anni) ed a quelli più piccoli. I bambini più gran-

dicelli che vivono continuamente all'aperto e rientrano nelle capanne solo per i pasti o per dormire sono quasi totalmente immuni. Anche negli altri familiari (fratelli o sorelle o parenti) la malattia è più rara.

Per quanto riguarda la tubercolosi tra i ragazzi diremo che il numero dei bambini tubercolotici è inferiore dai 4 ai 10 anni che dalla nascita ai 4 anni. Ciò probabilmente è in relazione al fatto che i primi conducono una vita assolutamente libera e gli altri invece in continuo contatto con le madri infette.

Che sia questa l'unica ragione per spiegare la rarità delle osservazioni tra i bambini lasciati liberi lo dimostra anche il fatto che, ad esempio, nell'asilo infantile dell'ex missione svedese di Chisimaio, su 42 ragazzi dai 5 ai 14 anni, si trovarono 27 tubercolotici. Questi ragazzi vivevano in poche e non igieniche camerate, si nutrivano malamente e non osservavano le regole igieniche più elementari (stoviglie, posate, biancherie, ecc., in comune). E' necessario che il contatto sia prolungato perchè avvenga il contagio ed infatti nelle scuole coraniche che riuniscono molti bambini per parecchie ore del giorno, ma dove il tempo per lo studio vien trascorso all'aperto, la tubercolosi pur essendo presente in alcuni non è diffusa come nell'asilo svedese. Altrettanto si è verificato nella missione svedese di Jonti, dove i ragazzi conducevano una vita all'aperto, la malattia era assai meno diffusa: su 38 esaminati 7 furono i positivi.

Queste osservazioni ci hanno indotto anche a ritenere che la malattia si vada ora diffondendo in quanto alcune età sono risparmiate, mentre tutte le altre età vengono colpite indifferentemente. L'età più rispettata dal morbo è quella compresa dai 10 ai 14 anni e quella più colpita è l'età che volge dai 15 ai 35 anni.

In complesso le forme cliniche che si osservano con più frequenza tra i somali sono:

- a) tubercolosi polmonare che colpisce uomini e donne di ogni età;
- b) tubercolosi ghiandolare nei bambini e nelle donne sia giovani che adulte;
- c) tubercolosi delle sierose, col dominio delle forme pleuriche, frequente nei giovani e negli adulti di ambo i sessi, ma osservabile, con maggiore frequenza negli uomini.

Le sottoindicate forme cliniche si riscontrano con minore frequenza:

- d) tubercolosi cutanea di difficoltà diagnostiche pressochè insormontabili, per la molteplicità delle affezioni cutanee di cui sono colpiti i somali, senza l'ausilio della cutireazione. Se pure raramente, sono state osservate con maggiore frequenza lo scrofuloderma, la forma verrucosa e l'eritema indurato;
- e) tubercolosi ossea nei giovani e negli adulti di ambo i sessi, ma maggiormente riscontrabile negli uomini;

f) tubercolosi intestinale nei giovani e negli adulti di ambo i sessi, ma più osservabile nelle donne giovani;

g) tubercolosi meningea nei giovani e negli adulti di ambo i sessi, ma più riscontrabile nei giovani maschi;

h) tubercolosi degli organi genitali, eccezionale.

Uagoscia: sono negri delle più diverse origini e provenienze che, dapprima schiavi o liberti di razze più nobili della Somalia e del Kenia, si riunirono presso il Giuba, difendendo con strenuo valore ed accanimento la propria libertà. Appartengono al tipo brevilineo-megalosplancnico del DE GIOVANNI, piuttosto piccoli, tarchiati, con gambe arcuate e braccia lunghe e muscolose, dalle labbra grosse e dal naso camuso, sono poco intelligenti, ma forti, volenterosi, tranquilli e con l'astuzia propria dei contadini. Sono dediti all'agricoltura e sono molto ricercati come manovali. Si nutrono con polenta di dura, latte, carne e the, ma con parsimonia. Vivono presso il fiume in villaggi o sparsi, in famiglie, nei terreni più fertili, irrigati naturalmente dal fiume.

Il fenomeno del cosiddetto urbanesimo, se pure limitato, esiste anche presso gli uagoscia ed è a questo che si debbono attribuire i «focolai familiari» della malattia che si riscontrano nei vari villaggi.

La malattia presso queste popolazioni non è frequente e, come causa di morte, essa si lascia precedere dalla malaria, e dalle parassitosi intestinali.

Il fatto inoltre che presso gli uagoscia non si osservano casi di tubercolosi acuta, ma invece si riscontrano con più facilità le varie manifestazioni croniche fa ritenere che questi negri posseggano la stessa resistenza al morbo delle razze bianche.

Le forme di tubercolosi più riscontrabili sono:

a) tubercolosi polmonare negli uomini e nelle donne di giovane e matura età;

b) tubercolosi ghiandolare, forma esclusiva dei bambini;

c) tubercolosi ossea di tutte le età.

Eccezionali le altre forme.

Bagiuni: piccola razza di negri in piena decadenza che vive in alcune grandi isole del litorale ed in pochi centri costieri. Generalmente forti, appartengono in massima parte al tipo brevilineo-macrosplancnico, pur presentando le stimate dell'unione delle più disparate razze. Tranquilli, poco intelligenti, gli isolani si dedicano esclusivamente alla navigazione ed alla pesca fornendo capi ciurme e marinai espertissimi. Si nutrono quasi esclusivamente coi prodotti della pesca e con poco the e zucchero. Conducono una vita quasi sempre sul mare conducendo seco i figliolotti.

La tubercolosi presso queste genti è sconosciuta. I rarissimi casi osservati, limitati a pochi individui, si riscontrarono in elementi che ritornarono alle

isole dopo di essersi ammalati nei paesi o nelle città dove si erano recati per dedicarsi ad altri lavori.

La malattia non è diffusa neppure tra i bagiuni che si sono sistemati definitivamente in Chisimaio ed in altre località litoranee, dedicandosi ai lavori di fatica del porto o all'artigianato od all'agricoltura. Questi negri si sono perfettamente ambientati nella nuova vita, si nutrono di pesce, carne, riso, the e zucchero e, pagani o musulmani poco osservanti, bevono con molto piacere gli alcoolici.

La tubercolosi colpisce quasi esclusivamente le donne ed i bambini e tra gli uomini quelli dediti all'artigianato.

Il fatto che tra i bagiuni non sono mai stati riscontrati casi di tubercolosi acuta fa ritenere che la razza possieda le stesse resistenze al morbo che possiede la razza bianca, pur essendo tra di essi una malattia ancora nuova.

Le forme più riscontrabili sono:

- a) tubercolosi polmonare negli uomini e donne di giovane età;
- b) tubercolosi ghiandolare, forma esclusiva dei bambini;
- c) tubercolosi ossea;
- d) tubercolosi cutanea.

Uabon: popolazione dell'interno, primitiva e randagia che sfugge ed è sfuggita dai somali perchè pagana. Fisicamente sta tra il somalo e l'uagoscia pur tendendo verso il tipo brevilineo-megalosplancnico. Ha una discreta e sveglia intelligenza.

Gli uabon sono espertissimi e valorosissimi cacciatori e la caccia è la loro unica occupazione e fonte di vita giacchè si nutrono esclusivamente di cacciagione. Sono pagani e feticisti e posseggono numerosi branchi di cani semiselvaggi che provocano un vero terrore nei somali che sono musulmani convintissimi, e vivono nello stesso territorio.

La tubercolosi presso queste popolazioni è pressochè sconosciuta ed i rarissimi casi osservati furono esclusivamente di forma polmonare acuta, sempre mortale.

Esiste anche un gruppo di uabon presso il Giuba dedito all'agricoltura. Questi vivono tra gli uagoscia, coi quali facilmente, per le qualità fisiche, si confondono. Presso questi uabon la tubercolosi è rara ed ha le stesse caratteristiche di quella che colpisce gli uagoscia.

Le forme cliniche più diffuse sono:

- a) tubercolosi polmonare negli uomini e nelle donne giovani;
- b) tubercolosi ghiandolare nei bambini;
- c) tubercolosi ossea;
- d) tubercolosi cutanea.

Le altre forme sono eccezionali.

Arabi: presso gli arabi emigrati nella regione la malattia è notevolmente

diffusa ed assume tutti gli aspetti coi quali si presenta nella razza bianca. Gli arabi appartengono al tipo brevilineo-megalosplancico, e sono forti, resistenti, attivi, intelligenti. Lavoratori ed economi, sono in massima parte dediti ai commerci.

Si ritiene che una delle ragioni principali della diffusione del morbo sia da ricercarsi nell'abitudine di tener chiusi in abitazioni prive d'aria, ristrette ed oscure, in scadenti condizioni igieniche, le donne ed i figli.

Le forme cliniche della malattia che si osservano per ordine di frequenza sono:

- a) tubercolosi polmonare, particolare dei giovani di ambo i sessi;
- b) tubercolosi ghiandolare dei bambini;
- c) tubercolosi delle sierose nei giovani di ambo i sessi, ma in particolare dei giovani;
- d) tubercolosi ossea più frequente nei maschi;
- e) tubercolosi intestinale;
- f) tubercolosi cutanea;
- g) tubercolosi degli organi genitali maschili;
- h) tubercolosi meningea.

Indiani: in Chisimaio vive un nucleo numeroso di emigrati indiani dediti ai commerci. Vivono in case in muratura con ampi cortili e verande, conducendo una vita molto ritirata. Appartengono in media al tipo normolineo-megalosplancico e sono forti, robusti e lavoratori.

I musulmani formano il gruppo principale e pur essendo monogami sono prolificissimi cosicchè la media delle gravidanze a termine s'aggira dai 10-15 figli. L'abitudine di sposar donne giovanissime e le gravidanze susseguenti danneggiano fortemente le resistenze organiche di queste, cosicchè il morbo è molto diffuso.

Anche tra i baniani che conducono la stessa vita degli altri, nutrendosi però esclusivamente di verdure, cereali e latte, la tubercolosi è diffusa.

Tra gli indiani si notano le stesse manifestazioni cliniche che la tubercolosi provoca nella razza bianca. Come ordine di frequenza abbiamo:

- a) tubercolosi polmonare;
- b) tubercolosi ghiandolare;
- c) tubercolosi delle sierose;
- d) tubercolosi ossea;
- e) tubercolosi cutanea;
- f) tubercolosi intestinale.

Non furono osservate altre manifestazioni della malattia.

Presso gli altri negri che vivono nella zona la tubercolosi è frequente ed ha il dominio la forma polmonare.

Per quanto riguarda la tubercolosi nei bianchi diremo in breve che abbiamo osservato più volte che è estremamente raro il contagio dall'indigeno al bianco, pure vivendo una vita di continui contatti e che viceversa difficilmente il negro non ammala vivendo a contatto col bianco tubercolotico.

In generale il bianco ammalato supera con difficoltà il periodo di acclimatazione e molto spesso riappaiono in esso i segni di pregresse infezioni che si ritenevano completamente guarite. Superato il periodo di acclimatazione il tubercolotico può vivere nel paese benissimo purchè abbia maggiori riguardi, per ciò che concerne l'alimentazione, la vita regolata, le abitudini sane, ecc., ma noi abbiamo osservato più volte che quando gli organismi malati vengono ad essere debilitati da una lunga permanenza nei climi tropicali, dalle malattie frequenti come la malaria, la dissenteria e le parassitosi intestinali, la tubercolosi esplose ad un tratto coi suoi quadri più gravi e quasi sempre mortali.

RIASSUNTO

L'A. tratta delle diffusioni della tubercolosi nella regione del Basso Giuba, con particolare riguardo alle varie razze.

Egli ritiene che la maggiore o minore diffusione della malattia nelle varie popolazioni debba ricercarsi oltre che negli abiti fisici anche e notevolmente nelle abitudini di vita, negli usi e costumi.

55600



~~217055~~

