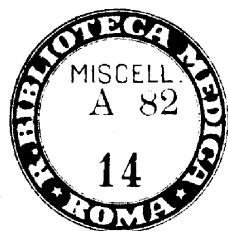


XVIII. 6. 40. (22)

Maggio
Vell'Autore

Prof. A. ANGELINI



Secondo rapporto sull' Ospizio Umberto I° per gli ammalati di tubercolosi polmonare in Roma

Anni 1909-1910

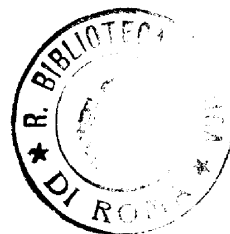
*Estratto dal giornale « LA TUBERCOLOSI »
Fasc. V. — Dicembre 1912*



STUCCHI GERETTI & C.
MILANO

Prof. A. ANGELINI, *Direttore*

Secondo rapporto sull'Ospizio Umberto I° per gli ammalati di tubercolosi polmonare in Roma Anni 1909-1910.



COSTRUZIONE E ORGANIZZAZIONE.

L'Ospizio « Umberto I » fu aperto il 7 agosto 1905, per accogliere malati poveri di tubercolosi polmonare dell'uno e dell'altro sesso, allo scopo di isolarli, assisterli e curarli convenientemente, ed eliminare così la loro degenza, fomite d'infezione per gli altri malati, dalle sale degli Ospedali Riuniti. Esso venne costruito dall'Amministrazione Ospedaliera, Presidente il comm. A. Silvestrelli, sul tipo di un vero Sanatorio popolare; dietro le indicazioni del Direttore Generale degli Ospedali Riuniti Prof. Ballori, sotto la direzione dell'Ing. Filippo Galassi, capo dell'Ufficio tecnico ospedaliero.

In origine era costituito da 5 padiglioni capaci ciascuno di 50 malati, divisi in due sale, una al piano inferiore, l'altra al superiore; ma imperiosi bisogni costrinsero presto ad aggiungere N. 10 baracche Döcker sull'area destinata all'erezione di altri due padiglioni, e poi anche altre due baracche in Eternit, sistema Gay di Roma, nello spazio destinato a giardino dell'Istituto.

Alla Sezione uomini sono destinati tre padiglioni, più cinque baracche Döcker e le due baracche Gay; ed alla Sezione donne, 2 padiglioni e 5 baracche Döcker. Fra le baracche Döcker ve ne sono in ciascuna sezione due più piccole capaci solo ciascuna di 10 letti; esse sono state destinate ai bambini dell'uno e dell'altro sesso, i quali si trovano così in un ambiente più confacente alle esigenze dei piccoli ricoverati, il più possibilmente appartato dal rimanente.

All'Ospizio è annesso, in appositi locali disposti nel fabbricato centrale, un Ambulatorio dispensario, diviso anch'esso in due sezioni, per la cura delle forme capaci di avvantaggiarsi della cura ambulatoria.

L'Ospizio è posto a sud della città, sul monte Celio, è largamente esposto a mezzogiorno e prospetta con ampio orizzonte e i colli Albani e la campagna verso il mare: esso fa parte di una vera *insula-ospedaliera*.

L'Ospizio occupa un'area di 17 mila mq.: con larghezza di m. 100 a nord, che si allarga man mano verso sud fino ad una

ampiezza di m. 132 ed una profondità media di m. 150, su di un piano leggermente inclinato da nord a sud.

La costruzione è a padiglioni, separati con distanza del doppio della loro altezza, con direzione da sud-sud-est a nord-nord-ovest distribuiti parallelamente in due serie in posizione alternata ed a livello leggermente degradante, in modo che la ventilazione e la insolazione di ciascuno di essi ne venne opportunamente favorita. All'ingiro del muro di cinta vi è una galleria coperta per passeggiate all'ombra e al riparo della pioggia, e per alcuni tratti con buona esposizione a mezzodì, anche per riparo giornaliero su di sedie a sdraio. Questa galleria coperta mette capo a due *chalets* destinati a refettori; uno per la sezione maschile, l'altro per la femminile.

Il tipo del padiglione è molto semplice: è a due piani ed ha dal lato nord un allargamento, comprendente da un lato una cucinetta, le latrine ed i lavabi, e dall'altro una camera d'isolamento per due letti; il tutto comunicante colla sala principale per mezzo di un balcone esterno chiuso a vetri.

Nella sala principale lunga metri 27.70, larga 7.50, altezza m. 5, si contengono 24 letti, ciascuno dei quali ha per sé una superficie di mq. 8.61 ed una cubatura di mc. 43.05 ed il fondo porta tre ampie finestre prospicienti la campagna, che danno un aspetto gaio alle sale. La sala è largamente illuminata mediante finestre disposte ai fianchi una, per ogni due letti. La superficie vetrata sommata corrisponde a più di un terzo di quella del pavimento.

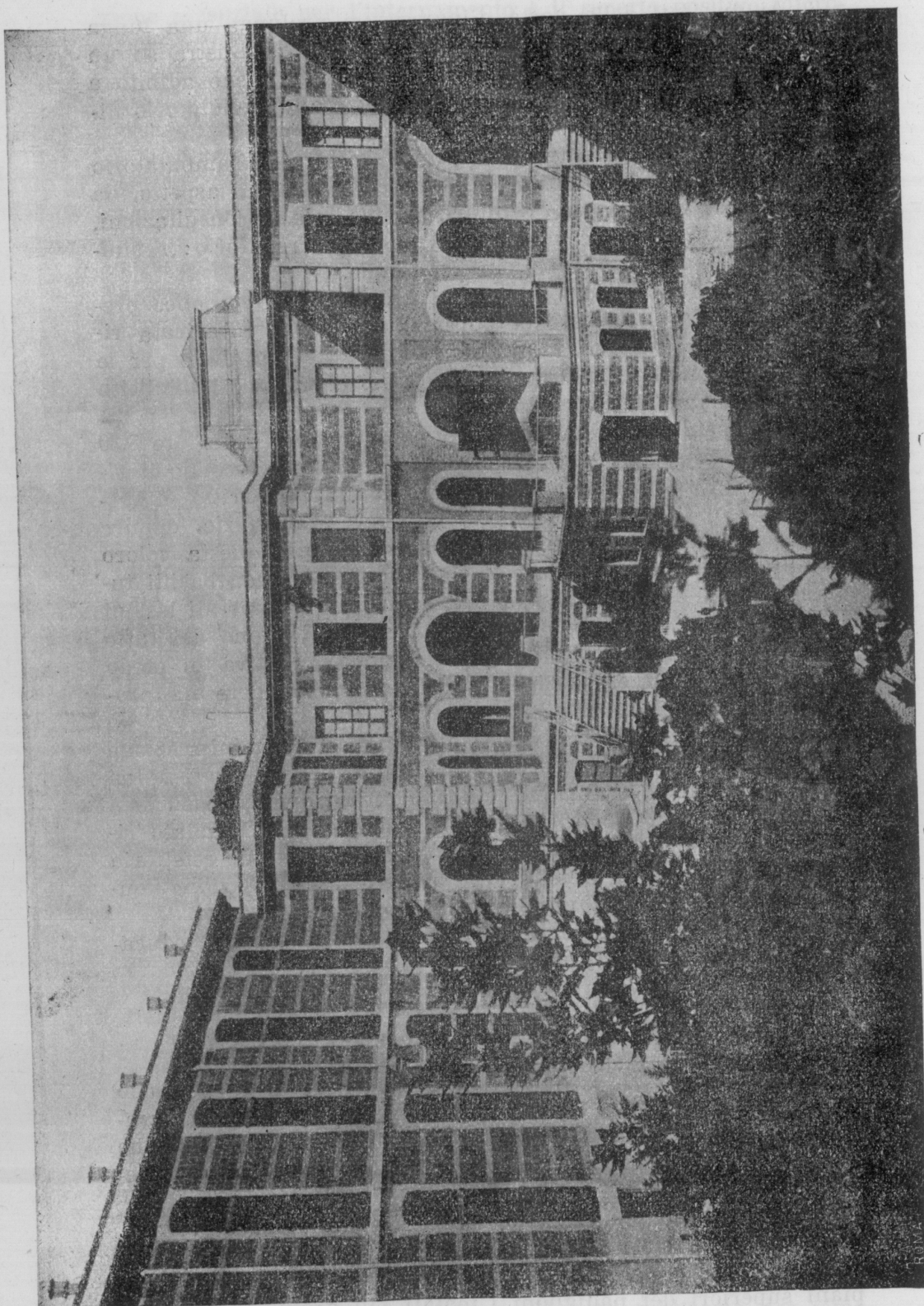
L'Istituto è corredato di un gabinetto per ricerche chimiche e batteriologiche, di bagni e di apparecchi idroterapici, di adatti locali per disinfezione delle suppellettili e delle sputacchiere mediante due distinti autoclavi a vapore, di una lavanderia a vapore: i particolari della costruzione per tutto ciò che concerne pavimenti, ventilazione, riscaldamento, fognatura, ecc., sono informati ai principi della moderna tecnica ospedaliera e sanatoriale.

Il costo iniziale della costruzione compreso l'arredamento calcolato sui soli primi 250 letti corrisponde a L. 2387 esclusa la cucina e farmacia che ha in comune col contiguo Ospedale di San Giovanni.

Il costo del padiglione riferito a mq. di area coperta è di L. 164, e a mc. di volume del fabbricato (escluso il sotterraneo non utilizzato) è di L. 15.40.

DISTRIBUZIONE DEI SERVIZI E LORO FUNZIONAMENTO.

I due padiglioni della prima serie sono riuniti fra di loro per mezzo di un fabbricato centrale che serve da ingresso dove si concentrano i servizi dell'ammissione, delle ricerche chimico-batteriologiche, dei bagni, idroterapia e specialmente dell'*Ambulatorio-dispensario* annesso all'Ospizio.



ROMA

Ai due lati della porta d'ingresso si prolunga una lunga galleria la quale termina tanto a destra che a sinistra ad un ramo trasversale ampiamente illuminato, che viene adibito a sala di aspetto per i malati che frequentan l'ambulatorio dispensario.

A destra di chi entra si trovano i locali per l'ambulatorio sezione maschile, costituito dalle descritte sale di aspetto, da una sala da toeletta per i sanitari, da una sala di consultazioni, ed eventuale di medicazione, e da un ampio refettorio: a sinistra altrettanto per la sezione femminile.

I malati sono ammessi alle consultazioni su semplice presentazione del certificato di povertà; una suora incaricata riceve le generalità dei malati, su di uno schedino giallo per le donne, e bianco per gli uomini — questo costituisce il biglietto di ammissione alla consultazione.

Le consultazioni hanno luogo ogni mattina dalle ore 8.30 alle 10 nella sala relativa di ciascuna sezione; e secondo il risultato degli esami biologici moderni (il tutto trascritto in speciale foglio) i malati vengono o internati nell'Ospizio, oppure ammessi alla cura ambulatoria, riservando per questa coloro che presentano forme chiuse, o che pur presentando bacilli tubercolari nell'espettorato, sono generalmente portatori di lesioni lievissime e poco estese dei polmoni, si mantengono del tutto o quasi apirettici, ed in buona condizione nutritiva in modo da conservare una certa capacità al lavoro o attendere alle proprie occupazioni.

La cura ambulatoria viene fatta con la somministrazione dell'olio di fegato di merluzzo, iniezioni di preparati iodici ferro ed arsenico, ed in questi ultimi anni, in molti casi, si è anche applicato l'uso prudente della tubercolina. Il malato ricevuta la sua cura medicamentosa passa nel contiguo refettorio ed ivi alle ore 10.30 viene servita una modesta colazione consistente in una buona minestra, latte e pane.

A tutti vengono impartite istruzioni agli scopi della educazione igienica e della profilassi.

OSPIZIO.

Come si è detto, i malati che nella visita al Dispensario sono giudicati in stato di non potersi sottoporre alla cura ambulatoria vengono internati nell'Ospizio, il quale accoglie anche i malati che eventualmente vengono trasferiti dagli altri Ospedali riuniti.

In genere, ad ogni malato, viene al suo ingresso redatta accurata storia clinica. Nell'assegnamento del posto ai malati si tiene conto possibilmente della loro gravità destinando ai piani superiori dei padiglioni i malati più gravi, ed ai piani inferiori dei medesimi, o alle baracche, i meno gravi. Condi-

zione essenziale per l'internamento è il reperto positivo microscopico dell'espettorato.

Una volta internato il malato, il Sanitario che ha la responsabilità del padiglione, ne regola la cura e l'assistenza, cercando per quanto è possibile ad individualizzarla.

Il trattamento dei ricoverati è ispirato al concetto fondamentale della cura razionale igienico-dietetica, senza trascurare la parte dovuta alla cura sintomatica; ed in molti casi si cerca di trar profitto dall'uso giudizioso e prudente della cura specifica colle tuberculine, escludendo sempre tutto ciò che nella letteratura medica appare non circondato sufficientemente da serietà ed obiettività scientifico-clinica. Le verande disposte in vari punti del giardino e l'ombra delle rigogliose vegetazioni di alberi di alto fusto vengono utilizzate per la cura del riposo all'aria aperta; o su sedie a sdraio o anche semplicemente su sedie pieghevoli da giardino.

Speciale cura si ha per l'alimentazione, la cui tabella dietetica risponde alle esigenze di cura **razionale**, ma non di esagerata iperalimentazione.

L'assistenza immediata è fatta da infermieri ed infermiere laiche; ogni padiglione o reparti ha a capo una ~~suora~~ caposala. Per il servizio religioso sono destinati due cappellani, i quali oltre l'assistenza dei moribondi che la richiedano, curano anche la celebrazione degli uffici divini nella cappella situata in fondo al giardino, accessibile per due vie separate tanto per la sezione maschile che femminile, a tutti coloro che spontaneamente intendono profittarne.

~~Il personale sanitario è costituito dal Primario Direttore coadiuvato da Aiuti ed Assistenti medici, ripartito nei vari padiglioni e baracche, i quali ogni mattina passano la visita ai malati loro assegnati, prescrivendo e sorvegliando tutto ciò che ha attinenza alla cura medica, morale ed igienica di essi.~~

Come si è accennato, all'Ospizio il trattamento consiste principalmente nella cura igienico-dietetica basata sui tre grandi principj del Brehmer-Dettweiler; aria pura, riposo, iperalimentazione razionale.

L'aria pura vivificata dal sole del nitido cielo di Roma, ed addolcita dall'ombra di una ricca vegetazione che nello spazio di pochi anni si è sviluppata nel recinto, per quanto modesto, riservato a giardino, penetrando direttamente nei padiglioni viene a beneficiare anche i malati, che sono obbligati dalla gravità della malattia a rimanere nel letto nelle sale del 2° piano, grazie alle ampie e ben disposte superficie fenestrate, superiori al terzo della superficie pavimentale, ed all'ampio orizzonte che vi si gode sulla campagna.

Il riposo è praticato per mezzo di sedie a sdraio in ferro e tela, ed i malati godono della più ampia libertà per rimanere durante la giornata all'aria libera.

Orario ore 6	— Sveglia e toeletta.
ore 6,30	— Caffè e latte.
ore 8-9	— Visita medica.
ore 10	— Colezione.
ore 11-12	— Visita dei parenti (nei giorni di giovedì e domenica).
ore 12-15	— Riposo a letto od in giardino, nei chioschi o nelle sun-boxer.
ore 14,30-15	— Merenda.
ore 15-17	— Passeggio.
ore 17-18	— 2° pasto.
ore 18	— Libertà in giardino.
ore 20,30	— Riposo in letto.

L'alimentazione è semplice, sana, abbondante, variata e di facile digestione.

È divisa in 4 pasti, cioè:

- 1° Colezione — Caffè latte e pane ;
- 2° „ — Minestra, carne, legumi, pane e vino.
- 3° Merenda — Latte, o uova.
- 4° Cena — Minestra, uova o carne, affettato pane e vino.

Il menù varia ogni giorno compatibilmente colla natura ed indole dell'Istituto. I malati in piedi prendono i due pasti ~~maggiori in comune nei due chalet, a ciò destinati, uno per gli uomini ed uno per le donne. Una razione particolare è destinata nei casi gravi a giudizio del medico curante.~~

Il Personale sanitario è costituito dal Primario Direttore ~~coadiuvato da aiuti ed assistenti medici, ripartiti nei varii padiglioni e baracche,~~ i quali ogni mattina passano in rivista i malati loro assegnati prescrivendo e sorvegliando tutto ciò che ha attinenza alla cura medica, morale ed igienica dei malati.

In questi ultimi anni sono state istituite anche esperienze di cure specifiche con varie tubercoline di cui parleremo in fine.

DISINFEZIONE E PROFILASSI.

Il reparto disinfezione dispone di due grandi autoclavi, una per la disinfezione degli effetti lettereschi e personali, e l'altra per la disinfezione delle sputacchiere.

Non si usano sputacchiere tascabili, perchè riconosciute impratiche; lungo i viali, all'intorno dei padiglioni, baracche e nell'interno delle sale vi sono sputacchiere tipo *Abba* ripiene di soluzioni disinfettanti, entro le quali i malati, ai quali è proibito sputare per terra, depongono le loro espettorazioni.

Ogni malato poi ha una sputacchiera da tavolino da notte in maiolica, la quale viene al mattino, ed eventualmente più volte al giorno, sostituita con altra sterilizzata.

Tutte le immondizie, carte, residui alimentari, ecc., vengono trasportati e bruciati al forno crematorio. I pavimenti, le pareti verniciate fino ad una certa altezza, gli affusti di ferro dei letti, tavolini da notte, ecc. vengono abbondantemente lavati con soluzione di potassa ogni quindici giorni, oltre la pulizia giornaliera con pezze bagnate. Tutte le materie escrementizie, acqua di lavaggio personale, e dei pavimenti sono convogliate in una rete di fognatura, che si scarica in un collettore a distanza, che si riconnette colla fognatura cittadina.

COSTO DELLA DIARIA.

Per dare un'idea del costo della diaria dei ricoverati riportiamo il seguente quadro riassuntivo per l'anno 1909 e 1910, quale ci è stato comunicato dall'Amministrazione.

		Quota per diaria	
		1909	1910
1° Imposte, fitto, fabbricati ospitalieri .	L. 5 006,86	L. 0,038	— 0,034
2° Manutenzione e pulizia locali »	22 462,51	» 0,169	— 0,155
3° Illuminazione e riscaldamento »	48 097,98	» 0,361	— 0,353
4° Personale »	86 887,07	» 0,652	— 0,747
5° Spese d'ufficio, Direzione medica degli Ospedali »	2 625,99	» 0,020	— 0,023
6° Culto ed assistenza religiosa »	1 763,60	» 0,013	— 0,014
7° Vitto »	210 367,87	» 1,578	— 1,789
8° Biancheria e vestiario »	13 509,94	» 0,101	— 0,105
9° Lavanderie »	20 490,34	» 0,154	— 0,159
10° Mobilio »	1 089,48	» 0,008	— 0,007
11° Utensili e stoviglie »	4 368,95	» 0,033	— 0,029
12° Disinfezione »	6 739,01	» 0,050	— 0,063
13° Medicinali ed articoli di medicatura per le infermerie »	52 254,31	» 0,392	— 0,223
14° Pensioni ed assegni al personale sanitario ed assistenza »	9 328,03	» 0,070	— 0,050
15° Spese generali »	2 050,48	» 0,015	— 0,016
TOTALE L.	487 042,02	L. 3,654	3,768
16° Spese per l'Ambulatorio »	2 639,28		
TOTALE L.	489 411,30		

AMBULATORIO DISPENSARIO.

Ogni mattina dalle ore 8 alle ore 9,30 i frequentanti sono ammessi alla consultazione.

Di fronte all'ingresso principale dell'Ospizio nella galleria si trova una suora incaricata a ricevere le generalità dei frequentanti, che essa registra in apposita scheda arancio, per le donne e bianca per gli uomini, e con questa ognuno si dirige nelle sale di aspetto che si trovano agli estremi della galleria. Ivi viene ad ogni nuovo venuto presentata una sputacchiera, dove esso depone l'espettorato che viene subito sottoposto all'esame microscopico nel vicino Gabinetto, registrandone il reperto sulla scheda con un segno convenzionale.

Il malato viene anche pesato, e poi a suo tempo passa nella sala di consultazione, dove previo accurato esame viene redatta la storia clinica, e secondo lo stato di gravità, internato, oppure lasciato alla cura ambulatoria, che viene praticata seduta stante.

Coloro che possono attendere, dopo la cura vengono introdotti nel refettorio annesso ed ivi viene servita alle ore 10 una modesta colazione consistente in minestra, latte e pane, e poi vengono rinviiati a casa, ed una volta iscritti possono liberamente frequentare ogni giorno l'ambulatorio.

Ai nuovi venuti non si omette mai di far tutte le raccomandazioni che costituiscono l'educazione igienica e profilattica, che viene ribadita con tabelle stampate disposte lungo la galleria e nelle sale del refettorio alla portata di tutti.

La spesa dell'ambulatorio nel 1909 ammonta a L. 2369,28 che ripartite per n. 6234 presenze porta ad una media giornaliera individuale di L. 0,38, tutto compreso (*farmachi, medicature, personale, vitto, ecc.*).

MOVIMENTO STATISTICO.

Nel primo rapporto, che fa parte della comunicazione al Congresso nazionale per la lotta sociale contro la tubercolosi, tenutosi in Firenze dal 14-19 ottobre 1911 (1) — si è visto che i ricoverati nell'Ospizio sono andati aumentando.

Da un totale di 510 nel 1905 si sale gradatamente ad un totale di 787 - 759 nel 1906 - 1907 e 1048 nel 1908, senza contare, come risulta dalla Tab. II che queste cifre sono depurate dai rimasti degli anni precedenti e dalle ammissioni plurime, che in molti casi si sono verificate.

Il problema del ricovero dei tubercolosi poveri in Roma aspetta sempre ancora la sua definitiva soluzione perchè il bisogno è sempre molto maggiore ai posti disponibili.

(1) Gli Istituti per il trattamento e l'assistenza per i tubercolosi poveri ed il funzionamento dell'Ospizio Umberto I in Roma, nel suo primo periodo di esercizio fino al 31-12-1908. Atti del Congresso, ecc. Firenze — Tipografia Landi - 1910.

Negli anni 1909 - 1910 gli ammessi nell'Ospizio effettivamente, diffalcati cioè i rimasti degli anni precedenti e le ammissioni plurime, ammontano rispettivamente a 1107 e 1195.

Tale numero si sarebbe certamente sorpassato di molto qualora si fosse avuto maggior numero di posti disponibili.

Al 31 dicembre 1910 i ricoverati effettivamente nell'Ospizio dall'epoca della sua apertura danno un totale di 5406 ripartiti in 3102 uomini e 2204 donne.

Limitiamo il presente movimento statistico ai due anni 1909-1910 come seguito del nostro primo rapporto, che arriva a tutto il 1908.

Salvo qualche maggiore particolarità di dettaglio, manteniamo le stesse linee e lo stesso indirizzo.

Colla Tav. I presentiamo il movimento generale dell'Ospizio, quale ci viene fornito dai nostri registri principali. Però, come già feci avvertire nel precedente resoconto, la libertà assoluta, che hanno i malati di uscire ed entrare dall'Ospizio, porta all'inconveniente, dal punto di vista statistico, che lo stesso individuo finisce per avere ammissioni plurime, e ciò nella statistica di un Istituto del genere, che accoglie solo ammalati della stessa specie deve scomparire se non si vuol vedere alterato il rapporto di mortalità, e di esito in genere, e di degenza media.

Ecco la ragione per la quale fo subito seguire la Tav. II nella quale il movimento statistico viene depurato dei rimasti dell'anno precedente, e nello stesso tempo delle ammissioni plurime, riconducendo così il movimento al vero concetto della realtà.

Ma in questo secondo rapporto ho voluto anche introdurre una maggiore determinazione, classificando i malati secondo lo stadio della malattia, uniformandomi, per quanto è possibile, ai concetti della classificazione di *Gerhardt-Turban*, senza pretesione, che essa risponda esattamente alla precisa graduazione di una malattia tanto proteiforme e complessa (Tav. III e IV).

Ma facendo questi rilievi non credo privo d'importanza il rilievo della degenza *media ultra-annuale*, la quale appunto sta in rapporto con la durata varia dei tre stadi.

Come si rileva chiaramente dalle tabelle medesime l'aumento della degenza *media ultra-annuale* ha piuttosto tendenza a crescere, e ciò è naturale, se si riflette che ogni anno vi è uno stock residuale di malati il cui soggiorno allungandosi influisce sulla media di degenza dei nuovi entrati.

Per quanto il precipuo scopo del nostro Istituto sia quello di accogliere i malati più gravi, molti di essi escono in istato di tale miglioramento che si può ritenere aver essi riacquisita una *relativa capacità al lavoro*, qualora ciò potesse esser fatto in condizioni favorevoli, ed in modo limitato. Ma nel fatto av-

viene, che per lo più (come ho potuto dolorosamente constatare più volte) rimessi nelle condizioni abituali della vita di miseria e di lavoro incongruo e sproporzionato, finiscono presto per perdere quei vantaggi, che il soggiorno dell'Istituto avea loro procurato.

Da ciò scaturiscono due conseguenze cioè:

1) che parlando di risultati immediati alla cura, evito, per quanto è possibile parlare di *guarigione*, e mi limito solo ad affermare il *miglioramento*, il quale, solo quando avrà subita *la prova del tempo*, che l'esperienza consiglia estendere a vari anni consecutivi, potrà essere convertito nel giudizio di guarigione ;

2) che sarebbe desiderabile mettere questi malati con parziale ricupero di capacità al lavoro, in condizioni di allenarsi al limitato lavoro consentito dalle loro condizioni di salute, condizioni che non possono essere loro offerte dagli ordinamenti sociali attuali. Si sentirebbe quindi vivo il bisogno della istituzione di una colonia agricola adatta al genere delle persone, tanto più che il funzionamento della medesima, qualora venisse amministrata con criteri di economia veramente domestica, finirebbe per vivere di vita propria senza aggravii di pubbliche amministrazioni.

Per completare le indagini sulla degenza e mortalità messe in gran parte in rilievo colle tabelle precedenti faccio seguire la Tav. V che non ha bisogno di alcuna illustrazione.

Colle Tavole VI e VII diamo il movimento mensile che pur non avendo gran significato agli effetti degli scopi che l'Istituto si prefigge, potrà fornire dati utili dopo una serie di anni.

Chiudiamo questa parte, che riguarda l'Ospizio, colla tabella per professioni denunciate ed esito, senza dare ad essa un valore assoluto, ma solo quello che può venire dal fenomeno considerato a grandi linee. (Tavole VIII e IX).

AMBULATORIO DISPENSARIO.

L'Ambulatorio-Dispensario ha continuato a funzionare come negli anni passati, ma mentre per gli internati nell'Ospizio si può dire che il numero è progressivamente aumentato, altrettanto non si può dire per l'Ambulatorio-Dispensario. (Vedi tavola X).

Non per questo bisogna però disconoscere i benefizi che, in questo ramo di servizio, rende alla causa della lotta antitubercolare. Non v'è dubbio che attraverso questo modesto servizio il popolino va mano mano acquistando la coscienza di quanto ciascuno può e deve fare allo scopo di evitare danni a sé e ad altri nei riguardi della tubercolosi. Ma a parte ciò, noi possiamo dire, che molti malati, e particolarmente donne, che sono le più assidue, conservando un certo grado di capacità al lavoro, continuano ad attendere ai loro affari domestici giovandosi non poco della cura ambulatoria.

In quest'ultimi anni ho potuto con piacere constatare come parecchi operai, frequentando l'Ambulatorio si sono potuti giovare anche della terapia tubercolinica, talora con vero successo, senza punto abbandonare il lavoro, che era l'unica sorgente di vita delle loro famiglie, con la sola limitazione di 1-2 ore di lavoro giornaliero.

TAV. I.

Movimento generale dei malati nell'Ospizio Umberto I (1909-1910).

ANNO	ENTRATI compresi i ri- masti dell'anno precedente		USCITI				Totale	RIMASTI	PERCENTUALE di mortalità	GIORNATE di presenza nell' anno	MEDIA ordinaria di degenza per malati nell' anno
			Guariti	Migliorati	Non migliorati	Morti					
1909	U.	902	5 (1)	223	264	191	683	219	21.1	77,445	85.8
	D.	607	9 (2)	128	115	193	445	162	31.7	55,810	92.-
	Tot.	1,509	14	351	379	384	1,128	381		133,785	
1910	U.	956	2	210	206	280	728	228	29.2	88,511	92.5
	D.	592	3 (3)	107	105	212	427	165	35.8	61,053	103.-
	Tot.	1,548	5	317	311	492	1,155	393		149,564	

- (1) Compresi 3 bambini lattanti.
(2) Comprese 2 bambine lattanti.
(3) Bambine lattanti.

TAV. II.

Internati nell'Ospizio. — Ammissione ed ammessi.

ANNO		Rimasti a 1° gennaio dell'anno	Ammissioni durante l'anno	TOTALE	A M M E S S I										TOTALE	MORTI	Percentuale di mortalità	
					1 volta	2 volte	3 volte	4 volte	5 volte	6 volte	7 volte	8 volte	9 volte	10 volte			corretta	senza correz.
1909	U.	193	709	902	422	98	46	21	4	2	3	..	1	..	597	191	31.9	21.1
	D.	133	474	607	428	70	9	3	..	..	..	..	..	..	510	13	37.8	31.7
	Tot.	326	1,183	1,509											1,107	384		
910	U.	220	736	956	517	119	35	15	3	2	..	..	1	..	692	280	40.4	29.2
	D.	162	430	592	425	71	5	..	2	..	..	..	..	..	503	212	42.1	35.8
	Tot.	382	1,166	1,548											1,195	492		

TAV. III.

Quadro dimostrativo
degli infermi dell'anno 1909 (compresi i rimasti dell'anno precedente) divisi per i diversi stadi della malattia, e della durata media della degenza.

ENTRATI 1909

SESSO	1° Stadio			2° Stadio			3° Stadio			Totale entrati	Media degenza	
	En- trati	Media degenza individuale		En- trati	Media degenza individuale		an- nua	Media degenza individuale			annua	com- plessiva
		an- nua	ultra annuale		an- nua	ultra annuale		an- nua	ultra annuale			
Uomini . . .	96	57.5	82.5	532	93.8	135	274	80.4	115	902	77.2	110.8
Donne . . .	79	84.8	122.3	278	111.6	174.8	250	72.4	113.2	607	91.3	136.8
Totale . . .	175			810			524			1509		

USCITI 1909

Esito secondo gli stadi della malattia.

SESSO	1° Stadio					2° Stadio					3° Stadio					Usciti per					TOTALE
	Guarigione	Miglioramento	Stazionario	Peggioramento	Morte	Guarigione	Miglioramento	Stazionario	Peggioramento	Morte	Guarigione	Miglioramento	Stazionario	Peggioramento	Morte	Guarigione	Miglioramento	Stazionario	Peggioramento	Morte	
Uomini	(1) 5	42	35	..	2	..	154	172	7	7	..	27	42	8	182	5	223	249	15	191	683
Donne	(2) 8	37	18	1	..	1	75	68	8	4	..	16	14	6	189	9	128	100	15	193	445
Totale	13	79	53	1	2	1	229	240	15	11	..	43	56	14	371	14	351	349	30	384	1128

(1) Compresi 3 bambini lattanti.

(2) Comprese 2 bambine lattanti.

Quadro dimostrativo

degli infermi dell'anno 1910 (compresi i rimasti dell'anno precedente) divisi per i diversi stadi della malattia, e della durata media della degenza.

ENTRATI 1910

SESSO	1° Stadio			2° Stadio			3° Stadio			Totale entrati	Media degenza	
	En- trati	Media degenza individuale		En- trati	Media degenza individuale		En- trati	Media degenza individuale			annua	com- plessiva
		an- nua	ultra annuale		an- nua	ultra annuale		an- nua	ultra annuale			
Uomini . . .	162	87	152	520	97.6	141.8	274	86.5	123.3	956	90.3	136
Donne . . .	75	83.2	177.2	282	127.9	200	235	80.2	131	592	97	169.4
Totale .	237			802			509			1548		

USCITI 1910

Esito secondo gli stadi della malattia.

SESSO	1° Stadio					2° Stadio					3° Stadio					Usciti per					TOTALE
	Guarigione	Miglioramento	Stazionario	Peggioramento	Morte	Guarigione	Miglioramento	Stazionario	Peggioramento	Morte	Guarigione	Miglioramento	Stazionario	Peggioramento	Morte	Guarigione	Miglioramento	Stazionario	Peggioramento	Morte	
Uomini	2	69	35	8	7	..	150	120	10	93	..	21	30	3	180	2	240	185	21	280	728
Donne	(1) 3	27	12	2	7	..	65	64	4	58	..	15	20	3	147	3	107	96	9	212	427
Totale	5	96	47	10	14	..	215	184	14	151	..	36	50	6	327	5	347	281	30	492	1155

(1) Bambine lattanti.

**Tabella dimostrativa
dei giorni di degenza nell'Ospizio degli infermi decessi negli anni 1909-1910.**

ANNO		DECESSI DOPO GIORNI DI DEGENZA												Totale
		1	2	3	4-5	6 a	11 a	21 a	31 a	41 a	61 a	81 a	+ di	
						10	20	30	40	60	80	100	100	
1909	Uomini	3	0	2	6	9	22	15	12	22	17	15	(1) 68	191
	Donne	4	2	3	2	20	16	24	18	26	14	11	(2) 53	193
	Totali	7	2	5	8	29	38	39	30	48	31	26	121	384
1910	Uomini	3	3	3	2	11	35	29	24	24	28	18	(3) 100	280
	Donne	5	2	5	4	9	16	20	15	26	26	17	(4) 67	212
	Totali	8	5	8	6	20	51	49	39	50	54	35	167	492

(1) Di questi da 2 a 5 anni 1 — da 1 a 2 anni 13 — 10-12 mesi 7 — 7-9 mesi 17 — 4-6 mesi 30. Tot. 68.
 (2) Di questi da 2 a 5 anni 3 — da 1 a 2 anni 5 — 10-12 mesi 5 — 7-9 mesi 12 — 4-6 mesi 28. Tot. 53.
 (3) Di questi da 2 a 5 anni 5 — da 1 a 2 anni 9 — 10-12 mesi 13 — 7-9 mesi 21 — 4-6 mesi 52. Tot. 100.
 (4) Di questi da 2 a 5 anni 5 — da 1 a 2 anni 6 — 10-12 mesi 10 — 7-9 mesi 13 — 4-6 mesi 33. Tot. 67.

**Movimento Mensile dedotto dal registro dei movimenti.
1909.**

MESI	Rimanenze al 1° del mese		Entrati nel mese		Totale		Usciti nel mese				Totale		Rimanenze alla fine del mese		Totale
	U.	D.	U.	D.	U.	D.	vivi		morti		U.	D.	U.	D.	
							U.	D.	U.	D.					
Gennaio	163	133	49	42	242	175	19	13	14	10	33	23	209	152	361
Febbraio	209	152	25	21	234	173	19	8	11	7	30	15	204	158	362
Marzo	204	158	59	41	263	199	34	11	14	24	48	35	215	164	379
Aprile	215	164	58	38	263	202	39	35	15	12	54	47	219	155	374
Maggio	219	155	57	30	276	185	44	27	17	11	61	38	215	147	362
Giugno	215	147	72	44	287	191	60	23	17	21	77	44	210	147	357
Luglio	210	147	63	35	273	182	51	22	19	20	70	42	203	140	343
Agosto	203	140	86	40	289	180	58	32	21	17	80	49	209	131	340
Settembre	209	131	91	65	300	196	62	20	19	20	81	40	219	156	375
Ottobre	219	156	69	45	288	201	53	17	16	19	69	36	219	165	384
Novembre	219	165	43	50	262	215	24	24	16	21	40	45	222	170	392
Dicembre	222	170	37	23	259	193	29	20	11	11	40	31	219	162	384
Totali	..	..	709	474	..	..	492	252	191	193	683	445	..	..	..

Movimento Mensile dedotto dal registro dei movimenti. — 1910.

MESI	Rimanezze al 1° del mese		Entrati nel mese		Totale		Usciti nel mese				Totale		Rimanezze alla fine del mese		Totale
	U.	D.	U.	D.	U.	D.	vivi		morti		U.	D.	U.	D.	
							U.	D.	U.	D.					
Gennaio	219	162	62	38	281	200	7	7	15	21	22	28	259	172	431
Febbraio	259	172	49	22	308	194	32	7	21	10	53	17	255	177	432
Marzo	255	177	47	33	302	210	28	24	22	12	50	36	252	174	426
Aprile	252	174	57	32	319	206	31	22	28	11	59	33	250	173	423
Maggio	250	173	62	35	312	208	49	34	25	15	74	49	238	159	397
Giugno	238	159	80	46	318	205	61	17	21	17	82	34	236	171	407
Luglio	236	171	56	39	292	210	49	22	18	22	67	44	225	166	391
Agosto	225	166	83	43	308	209	50	24	28	27	78	51	230	158	388
Settembre	230	158	62	33	292	191	41	11	19	21	60	32	232	159	391
Ottobre	232	159	76	48	308	207	37	26	22	17	59	43	249	164	413
Novembre	249	164	55	33	304	197	17	7	34	18	51	25	253	172	425
Dicembre	253	172	48	28	301	200	46	14	27	21	73	35	228	165	393
Totali	..	..	737	430	..	..	448	215	280	212	728	427	..	..	..

Tubercolosi uomini — Classificati per professioni denunziate e l'esito.

N. d'ord.	PROFESSIONI	1909			1910		
		Vivi	Morti	Totale	Vivi	Morti	Totale
1	Agricoltori (Cont. camp.)	52	15	67	61	22	83
2	Beccai-Pescivendoli	11	..	11	4	4	8
3	Boscaioli (Taglia legna)	3	..	3	1	1	2
4	Barbieri-Parrucchieri	8	3	11	5	1	6
5	Bottegai in genere	3	..	3	5	3	8
6	Cavatori-Minatori	1	..	1	..	..	..
7	Cenciaioli, Venditori ambul., Mend.	13	1	14	8	5	13
8	Caffettieri-Liquoristi	6	2	8	7	9	16
9	Cuochi, Friggitori, Rosticciari	5	4	9	8	4	12
10	Commessi di negozio	24	7	31	20	6	26
11	Erbivendoli-Fruttivendoli	4	..	4	3	1	4
12	Faccchini	8	7	15	22	5	27
13	Fornai-Panettieri	19	2	21	18	3	21
14	Filatori-Tessitori	..	..	..	..	1	1
15	Falegnami-Ebanisti	45	6	51	48	7	55
16	Ferrai-Lavoranti in ghisa	21	1	22	12	5	17
17	Fotografi-Artisti	3	..	3	2	..	2
	<i>A riportarsi</i>	226	48	274	224	77	301

Numero d'ord.	PROFESSIONI	1909			1910		
		Vivi	Morti	Totale	Vivi	Morti	Totale
	<i>Riporto</i>	226	48	274	224	77	301
18	Guardie. So dati	8	1	9	16	1	17
19	Infermieri	..	3	3	3	..	3
20	Impiegati, pensionati	24	7	31	32	12	44
21	Lavoranti in ce a, saponi, fiammiferi	..	..	..	..	..	..
22	Lavoranti in gas, cauteuc e tabacco	1	..	1	..	..	..
23	Lavandai	..	..	..	..	..	..
24	Muratori, Braccianti	82	24	106	92	31	123
25	Meccanici, Macchinisti, Fuochisti . .	22	10	32	31	15	46
26	Osti, Vinai, Trattori	7	3	10	6	3	9
27	Orefici, Argentieri, Doratori	5	..	5	6	2	8
28	Operai in genere	21	3	24	22	16	38
29	Pescivendoli, Barcaioi, e Cacciatori.	..	..	..	..	..	..
30	Pizzicagnoli, Salumieri	..	1	1	..	1	1
31	Pellai, Cacciatori	2	..	2	..	1	1
32	Persone di servizio	22	7	29	34	7	41
33	Professori, Sacerdoti, Monaci	7	..	7	7	2	9
34	Professioni varie	23	5	28	15	8	23
35	Ramai, Fonditori	1	..	1	4	1	5
36	Scalpellini, Marmisti, Tagliapietra .	4	4	8	..	1	1
37	Spazzini, Selciaroli, Cantonieri . .	10	2	12	9	2	11
38	Stallini, Maniscalchi	2	1	3	2	1	3
39	Sarti, Calzolari, Modisti	78	25	103	58	22	80
40	Studenti	16	4	20	13	9	22
41	Tintori, Verniciatori, Colorari . . .	12	3	15	5	2	7
42	Tappezzieri, Sediari	4	1	5	2	3	5
43	Tipografi Litografi Incisori e Legatori	36	5	41	16	10	26
44	Vignatori, Orticoltori, Giardin. Fiorai	9	4	13	8	4	12
45	Vetturini carrettieri	25	7	32	35	17	52
46	Vetrai, Fornaciai, Mattonieri	3	3	6	4	1	5
47	Senza professione	61	20	81	35	31	66
	Totale	711	191	902	676	280	656

TAV. IX.

Tubercolose donne — Classificate per professioni denunciate e l'esito.

Numero d'ord.	PROFESSIONE	1909			1910		
		Vive	Morte	Totale	Vive	Morte	Totale
1	Berrettaie	2	..	2	1	..	1
2	Calzettaie	1	..	1	2	..	2
3	Contadine	21	8	29	14	14	28
4	Cuoche	..	..	..	2	..	2
5	Domestiche	44	9	53	34	10	44
6	Donne di casa	232	127	359	223	116	339
7	Fruttiaendole	1	1	2	4	2	6
8	Infermiere	6	..	6	2	2	4
9	Lavandaie	4	2	6	3	5	8
10	Libraie	1	2	3	2	..	2
11	Modiste	2	2	4	4	5	9
12	Professioniste	2	..	2	8	4	12
13	Ricamatrici	5	..	5	5	3	8
14	Sarte - cucitrici	35	20	55	29	17	46
15	Sediare	1	1	2	..	..	..
16	Stampatore	3	1	4	2	1	3
17	Stiratrici	7	3	10	5	4	9
18	Studentesse	2	2	4	4	1	5
19	Telefoniste	..	..	..	1	..	1
20	Senza professione	45	15	60	35	28	63
Totale		414	193	607	389	213	592

TAV. X.

Movimento nell'Ambulatorio negli anni 1909-1910

Anno	DESCRIZIONE		Frequentanti	Frequenze	Frequenza annua			Frequenza media giornaliera
					Massima	Minima	Media	
1909	Uomini	Cura Ambulatoria . .	27	1170	183	1	43	3
		Cura e Refezione . .	10	84	34	1	8.4	0.23
	Donne	Cura Ambulatoria . .	68	3462	324	1	58	9.5
		Cura e Refezione . .	46	1521	316	1	33	4.16
1910	Uomini	Cura Ambulatoria . .	42	2020	340	1	48	5.5
		Cura e Refezione . .	11	489	140	3	17.3	0.5
	Donne	Cura Ambulatoria . .	62	4352	297	6	70	12
		Cura e Refezione . .	46	1894	275	1	41	5.1

ESPERIENZE DI TERAPIA TUBERCOLINICA.

La brevità consentita dall'indole del presente rapporto non mi permette di fare una dettagliata e lunga esposizione dei singoli casi da me studiati. Mi contenterò di fare una breve sintesi delle mie osservazioni coi risultati *globali*, senza approfondire nessuna delle tante questioni, che eventualmente si potrebbero riconnettere con le teorie attualmente dominanti circa la tuberculinoterapia: la mia esposizione è di indole essenzialmente pratica.

Sento però il dovere di premettere, che data l'indole e l'ordinamento del mio Istituto, dal quale è tratto il materiale clinico di osservazione, io ho seguito e sorvegliato *personalmente*, per quanto era possibile, i singoli malati sottoposti all'osservazione, ma in gran parte ho dovuto, per necessità di cose, utilizzare l'opera intelligente dei medici da me dipendenti, i quali, data la inevitabile fluttuazione nel servizio, spesso hanno dovuto interrompere la loro osservazione per cederla ai loro successori, sicchè le osservazioni dello stesso caso sono spesso il frutto dell'opera di più sanitari succedutisi.

Questa circostanza mentre da un lato aggrava l'inconveniente delle differenze di valutazione personali, ha d'altro canto il vantaggio non trascurabile, che un'osservazione passata sotto l'occhio, ed il giudizio di varie persone indipendenti una dall'altra finisce per riuscire, se non nei minimi particolari almeno globalmente più sinceramente e nettamente obbiettiva.

Fatta questa dichiarazione sento il dovere di ringraziare i signori Colleghi che hanno colla loro opera coadiuvato al lavoro di osservazione.

Per non complicare eccessivamente le esperienze non ho creduto, nè potuto sperimentare tutte le tubercoline conosciute, e passate nell'uso della terapia, ma mi sono limitato ai principali tipi.

E partendo dal concetto, dalla maggior parte degli autori affermato, che la immunizzazione attiva contro una tubercolina non riesce ad immunizzare che verso questa tubercolina, ma non verso tutti i prodotti del bacillo tubercolare, e molto meno verso il bacillo medesimo, dopo aver provato su individui diversi separatamente l'azione di una tubercolina isolata, ho voluto in molti di essi sperimentare successivamente e dopo un congruo riposo l'azione dell'altra anche allo scopo di osservare le differenze di azione delle medesime.

Le prime tubercoline da me usate nelle esperienze sono state: 1^a la TAK di Meister Lucius, poi il BF di Denis, e la CL del Calmette, preparata dalla Casa Pouenc di Parigi, la TR e la BE della Casa Meister Lucius.

Il metodo seguito nell'uso di queste tubercoline è stato quello, generalmente raccomandato, delle dosi piccolissime pro-

gressivamente crescenti. Per l'esecuzione di queste iniezioni non mi sono mai servito dell'opera dell'infermiere, trattandosi di sostanze di azione potentissima il cui dosaggio regolabile volta per volta, per ogni caso singolo può facilmente esporre ad errori disastrosi, ma le ho in gran parte eseguite personalmente, oppure le ho affidate a colleghi esperti e diligentissimi. E pure, con tutto ciò, ho dovuto, in un caso di passaggio dello stesso malato da uno ad altro collega, che si succedeva nel servizio, per quanto da me personalmente messo al corrente della pratica necessaria deplorare un errore di dose col BF di Denis.

Tale incidente mi determinò senz'altro a restringere le esperienze con queste tubercoline a dosi progressive a quelle poche, che ero in grado di seguire personalmente, e nello stesso tempo a mettermi alla ricerca di un metodo che eliminasse queste difficoltà pratiche.

L'occasione mi venne dall'offerta fattami dal dott. Sbarigia di provare la sua Sierosina. Dopo le esperienze eseguite con la medesima dal prof. Capparoni nell'ospedale di S. Giovanni, io l'aveva solo provata in qualche cosa isolato, però prima di sottoporla ad una estesa esperienza, pregai gli egregi colleghi professori *Pende* e *Marchesini* di eseguire sulle cavie una serie di esperienze, che dessero una garanzia di maggiore attendibilità sull'azione della medesima almeno su tali animali. Tali esperienze vennero pubblicate in un volume ricco di bellissime illustrazioni, ed al quale io mi credei in dovere di aggiungere una mia prefazione. Sebbene il lavoro dei professori Pende e Marchesini offra il fianco a qualche critica, pure nel suo risultato finale mi parve tale, che potesse autorizzarmi a sperimentare il preparato sui malati.

La *Sierosina*, la quale non è che una Jodotubercolina, nella quale la TA di Koch viene, secondo quanto afferma lo Sbarigia, trattata con un processo speciale, da lui tenuto segreto e poi diluita in una soluzione acquosa di jodio al 2 %, risulterebbe in fondo contenere 2/10 di mg. di TA per ogni centimetro cubo, e 2 centg. di jodio.

Ora poichè le affermazioni dell'Autore nelle precedenti pubblicazioni portavano a credere, che il processo fatto subire alla TA finiva per eliminare dall'azione di essa alcuni effetti tossici e specialmente quelli pirogeni, veniva in certo modo a mancare l'indice più prezioso per riconoscere nel preparato la presenza della TA, impossibile ad esser rivelata (che io sappia da una reazione chimica, e s'imponeva la ricerca se lo jodio agisse solo perchè portato sul focolaio dalla tubercolina, come crede l'Autore, oppure spiegasse un'azione antitossica attenuatrice sulla tubercolina medesima, (Cantani) (1) e finalmente

(1) A. CANTANI. — *Ueber die Antitoxische Jod. — Tuberkulin bei Tuberkulose.* — *Zeitschrift für Hygiene und Infectiösk. Band* LXIII. — 1909 — Leipzig.

se non fosse da attribuire al metodo ed alla dose usata la peculiarità dell'azione del rimedio stesso. A me parve, che a dirimere, almeno in massima, queste questioni avrebbero, fino ad un certo punto, servito bene esperienze comparative fatte in condizioni, per quanto possibile, eguali con un preparato di nota composizione, cioè di TA della medesima provenienza di quella usata dall'Autore, alla stessa dose in soluzione acquosa di jodio al 2 %. Fu per questo motivo che a lato delle esperienze stabilite con la Sierosina credei di aggiungerne altre eseguite con una Jodotubercolina preparata da me con TA dell'Istituto Sieroterapico di Berna e con soluzione jodica al 2 %, per vedere, se risultassero notevoli differenze di azione da giustificare il trattamento speciale fatto subire alla tubercolina dall'Autore, e per avere un piccolo addentellato onde arrivare a farsi un concetto, per lo meno approssimativo, della parte che lo jodio rappresenta nella complessa molecola della Jodotubercolina.

Ciò premesso come spiegazione sul piano delle mie osservazioni, veniamo all'esposizione dei particolari della medesima limitandoci ai risultati globali dei singoli gruppi, e, per quanto i fatti lo permettono, al valore comparativo fra di essi.

Le esperienze con la TA - BF - e CL rimontano al 1908 e 1909.

TA.

Venne sperimentata da sola su 8 malati, cioè:

N. 1 al I Stadio — Esito:	Guarig. provvis.	1	(a)
» 5 » II » — »	{ migl.	1	
	{ inv.	1	
	{ peg.	2	
	{ +	1	
» 2 » III » — »	: migl.	2	(seguito dalla cura col B F)
» 1 » II » — »	: migl.	1	

Tot. N. 9

BF di Denis.

Il BF usato secondo il metodo raccomandato dal Denis, è stato provato su 29 malati. Di questi n. 11, cioè 3 al 1° stadio, e 8 al 2° stadio, non sono stati sottoposti nè successivamente ne antecedentemente ad altre cure tubercoliniche e su di essi si è avuto il seguente risultato immediato:

N. 3 al I Stadio — Esito:	{ migl.	2
	{ pegg.	1
» 8 » II » — »	{ migl.	2
	{ invar.	1
	{ pegg.	2
	{ +	3

Tot. N. 11

Degli altri 18 casi:

N. 5 al I Stadio — Esito:	guar.	1	} (preceduti dalla cura di C L)
» 1 » II » — »	migl.	4	
» 1 » II » — »	migl.	1 (b)	} (preceduto dalla cura di T A)
» 1 » I » — »	migl. G. e L.	1	
» 1 » II » — »	pegg.	1	} (preceduto dalla cura CL, e seguita da quella con BE, TR e S)
» 1 » I » — »	migl.	1	
» 1 » I » — »	migl.	1	} (preceduto dalla cura di CL e seg. da S)
» 1 » II » — »	migl.	1	
» 1 » I » — »	migl.	1	} (preced. dalla cura di CL, e poi seguito da BE, TRI, ITA)
» 1 » I » — »	migl.	1	
» 5 » I » — »	guar.	1	} (seguiti dalla cura di S)
» 1 » II » — »	migl.	3	
» 1 » I » — »	invar.	1	
» 1 » II » — »	migl.	1	} (seguito dalla cura di S, 1 T A)
» 1 » I » — »	migl.	1	

Tot. N. 18

C L.

E stata sperimentata su 9 casi, 3 dei quali sperimentarono essa sola, e cioè:

N. 2 al II Stadio — Esito:	pegg.	1
» 1 » III » — »	+	1
» 1 » III » — »	+	1

Tot. N. 3

Degli altri 6 casi:

N. 2 al I Stadio — Esito:	migl.	2	} (seguiti dalla cura con B F)
» 1 » III » — »	pegg.	1	
» 1 » I » — »	invar.	1	} (sperimentò successivamente BF, BE TR, S)
» 1 » II » — »	invar.	1	
» 1 » I » — »	invar.	1	} (sperimentò in seguito BF, S)
» 1 » I » — »	migl.	1	
» 1 » I » — »	migl.	1	} (sperimentò in seguito BF, BETRI, ITA)
» 1 » I » — »	migl.	1	

Tot. N. 6

(a) Però questa malata ritornò dopo un anno presentando una piccola caverna al loco sup. destro, e dopo 19 mesi di degenza all'Ospizia uscì nuovamente senza fare altre cure, che l'igienica, con forte miglioramento generale, e locale (scomparsa la caverna, e residuante solo un respiro aspro con presenza di qualche fugace rantolino dopo colpi di tosse)

(b) La malata muore un anno dopo sospesa la cura.

T R.

E stata sperimentata in totale su 7 casi, su 3 dei quali essa sola, e cioè:

N. 2 al II Stadio — Esito:	{	migl.	1	
		pegg.	1	
» 1 » III » — »		+	1	
» 1 » I » — »		migl. G e L	1	{ (preceduto dallo cura con C L, B F, B E, e seguito da quella di S)
» 1 » I » — »		migl.	1	{ (preceduto dalla cura con C L, B F, B E, e seguito da quella di I T A)
» 1 » I » — »		invar.	1	{ (seguito dalla cura di I T A, S)
» 1 » II » — »		migl.	1	{ (seguito dalla cura di S)
» 1 » I » — »		migl.	1	{ (preceduto da B F, B E)

Tot. N. 8

B E.

Sperimentata in soli 3 casi, e cioè:

N. 1 al I Stadio — Esito:	migl.	1	{ (preceduto dalla cura di B F e seguito da quella di T R)
» 1 » I » — »	migl.	1	{ (preceduto dalla cura di C L-B F e seguito da quella di T R-I T A)
» 1 » I » — »	migl.	1	{ (preceduto dalla cura di C L, B F, e seguito da T R, S)

Tot. N. 3

S (Sierosina).

Sperimentata su 146 casi, dei quali 112 con la sola S e cioè:

N. 21 al I Stadio - Esito:	{	migl.	16	
		invar.	5	
» 70 » II » - »	{	migl.	17	
		invar.	20	
		pegg.	6	
		+	37 (a)	
» 21 » III » - »	{	invar.	5	
		+	16	

Tot. N. 112

(a) Da questo computo bisognerebbe diffalcare n. 4 casi, che morirono dopo 6 mesi dalla cessazione della cura S, ed andrebbero messi fra i peggiorati, e quindi si avrebbe peggiorati n. 10, morti n. 23.

N. 5 al I Stadio consolid. di guar.	1	} (preceduti dalla cura di BF)
migl.	3	
invar.	1	
» 1 » II » - Esito : migl.	1	
» 1 » I » - » migl.	1	} (preced. dalla cura di CL, BF, RE, TRI)
» 1 » II » - » pegg.	1	
» 1 » I » - » invar.	1	} (preced. dalla cura di BF e seguito da quella di ITA)
» 3 » I » - » migl.	3	
» 15 » II » - » migl.	5	} (seguiti dalla cura di ITA)
invar.	5	
pegg.	3	
+	2	
» 3 » I » - » migl.	1	} (preceduti dalla cura di ITA)
invar.	1	
+	1	
» 2 » II » - » invar.	1	
+	1	} (preced. dalla cura di TR, ITA)
» 1 » I » - » invar.	1	
» 1 » II » - » migl.	1	} (preced. dalla cura di TR)

ITA (Jodotubercolina).

Sperimentata su 50 malati di tubercolosi polmonare oltrechè su casi di tubercolosi di altri organi.

Su 25 casi fra di essi fu sperimentata da sola la ITA, e cioè:

N. 12 al I Stadio - Esito :	{	migl.	10	
		invar.	1	
» 10 » II » - »	{	migl.	7	
		invar.	2	
		pegg.	1	
» 3 » III » - »	{	pegg.	2	
		+	1	
Tot. N. 25				
N. 3 al I Stadio - Esito :		migl.	3	
» 15 » II » - »	{	migl.	5	} (preceduti dalla cura di S)
		invar.	5	
		pegg. 3	3	
		+	2	
Tot. N. 18				
N. 3 al I Stadio - Esito :	{	migl.	1	} (seguiti dalla cura di S)
		invar.	1	
		+	1	
» 2 » II » - »	{	invar.	1	
		+	1	
Tot. N. 5				

N. 1 al I Stadio - Esito:	migl.	1	{ (preced. dalla cura di CL, BF, BE, TR)
» 1 » I » - »	migl.	1	{ (preced. dalla cura di TR e seguito dalla cura di S)
Tot. N.	2		

★

Questi i fatti nella loro nuda esposizione. Un'analisi sottile delle singole osservazioni riuscirebbe troppo lunga, e forse di nessuna utilità per l'indole della presente pubblicazione.

Premettendo che le nostre osservazioni relative alle varie specie di tubercolina del primo gruppo cioè di quelle usate col metodo delle dosi progressive, sono troppo ristrette per permettere un giudizio qualsiasi; senza pretesa di dare, per esse, come pure per le altre tubercoline sperimentate, alle cifre valore assoluto, calcoliamo per farci un concetto sommario delle cose, sui varii gruppi di esperienze la percentuale dei risultati. Escludendo dai risultati medesimi tutti i casi di 3° stadio, dei quali le esperienze, più che uno scopo terapeutico, ebbero di mira solo un tentativo di saggio della TB, abbiamo il seguente specchietto:

PERCENTUALE DEI RISULTATI

Casi di I e II Stadio	Riferimento alla specie di tubercolina						
	7	29	7	6	3	125	47
	TA	BF	CL	TR	BE	S	ITA
ESITO							
Guarig. provvis.	14	3 %	—	—	—	—	—
Migliorati . . .	28 »	62 »	42 %	83 %	—	38 %	59 %
Invariati . . .	14 »	6 »	28 »	16 »	—	32 »	23 »
Peggiorati . . .	28 »	16 »	14 »	16 »	—	11 »	8 »
Morti	14 »	10 »	14 »	—	—	22 »	8 »

Ora data la estrema varietà delle forme nella tubercolosi polmonare i valori comparativi di questi risultati perdono molto di valore sia perchè per le varie tubercoline non è stato eseguito l'esperimento sullo stesso numero di casi, sia perchè è difficile, se non impossibile, sperimentare su casi nelle identiche condizioni obbiettive.

Quanto alla tolleranza, le osservazioni avrebbero dato:

1° che la CL è in genere mal tollerata dando luogo spesso a forti reazioni tanto che fui costretto ad adoperarla a dosi minori di quelle risultanti dalle fiale preparate dalla Casa Poulenc.

2.° Il BF pare meglio tollerato e si può portare gradatamente a dosi addirittura enormi. Uno dei miei casi ha sopportato bene 2 cc. e 1/4 senza reazioni; però esso mi ha dimostrato che non solo non immunizza il BF verso altre tubercoline (questo caso infatti si mostrò in seguito sensibile alle TR e BE) ma neanche contro i bacilli tubercolari che si sono presentati negli escreti fino anche dopo la cura successiva di BE. Però il miglioramento riportato si è mantenuto per 3 anni circa (arresto della malattia?). Debbo anche dire senza darvi molta importanza, che questo sputo è stato da me inoculato in due cavie, di cui una fu sacrificata dopo 5 settimane e fu trovata sana, e l'altra è tuttora vivente e presenta qualche ingorgo gangliare.

3.° La BE, TR, dato le loro insolubilità, espongono a inconvenienti assolutamente imprevedibili anche con la più accurata attenzione: ma in genere sono ben sopportate.

4.° La TA pura può esser meglio regolata ma anch'essa spesso espone a sorprese circa la tolleranza.

In genere ho riportato l'impressione, che il metodo delle dosi progressive non è un metodo da raccomandarsi nella pratica corrente sebbene meglio corrisponda alle teorie dominanti.

Il metodo delle dosi fisse, come quello sprimentato colla S e colla ITA (Jodotubercolina) è certamente più pratico: però anch'essa va adoperata sotto la sorveglianza del medico. L'esperienza mi ha poi insegnato, che è utilissimo frapporre intervalli di riposo più o meno lunghi fra un periodo di iniezioni e l'altro, onde dare campo all'organismo di fabbricare sostanze difensive.

Quanto all'azione comparativa fra la S e la ITA ho potuto constatare che tanto l'una che l'altra per lo più hanno pochissima o niuna influenza sulla temperatura. Vi sono casi che si sono mantenuti apirettici sotto l'uso della 1^a come successivamente sotto quello della 2^a: casi in cui la T mostra un comportamento vario sotto l'uso dell'una e dell'altra, senza differenze notevoli.

Così ho potuto osservare, che sotto l'uso sia dell'una che dell'altra si sono talora presentate emottisi: come vi sono casi di ipersensibilità sia all'una che all'altra.

È interessante sotto questo riguardo l'osservazione 139^a la quale tanto all'S quanto alla ITA, reagiva immediatamente con febbre ed emottisi tanto che si dovè rinunziare alla cura e il n. 138 che a mezza siringa di S mostrò assoluta intolleranza (1).

(1) Noto per incidente che il caso 139 senza ragione alcuna un bel giorno ebbe un'empiegia seguita da coma, e morì dopo 3 giorni, senza che l'autopsia abbia potuto spiegare questo sintomo finale. Che l'ipersensibilità alle tubercoline stesse a dimostrare l'esistenza dell'estremo limite di tolleranza alla carica tossica dell'organismo?

Si può quindi dire, che la S in genere non ha differenze così notevoli e così costanti da far ritenere, che la sua azione venga migliorata dal trattamento segreto subito, di fronte alla tubercolina semplicemente jodata (Jodotubercolina, ITA).

Questa somiglianza di azione dall'altro canto è per me la prova migliore, che veramente essa contenga la TA, e quindi per me riesce privo di fondamento il sospetto, che il trattamento fatto subire dall'A. alla TA finisse per distruggerla, o modificarla così profondamente da ritenere che non debbasi più parlare di tubercolina. Questa somiglianza di comportamento mi sembra, che stia piuttosto ad appoggiare le conclusioni del Cantani sull'azione antitossica dello jodio associata alla tubercolina.

Quanto all'influenza della cura tubercolinica sul processo polmonare, posso dire, che in generale all'evidente miglioramento, che spesso si verifica, delle condizioni generali, per lo più non fece riscontro, per quanto è dato rilevare coll'esame obbiettivo il più scrupoloso, un eguale miglioramento delle condizioni locali: anzi spesso si videro queste ultime seguire la loro fatale sebbene lenta marcia. Si sono dati, è vero, anche casi nei quali si potè rilevare una evidente e costante modificazione dei fenomeni stetoscopi e plessimetrici insieme al miglioramento progressivo dei fenomeni generali, ma questi casi rientrano nell'ambito di quelle metamorfosi che ogni medico è in grado di osservare colla semplice cura igienica nei malati di tubercolosi polmonare.

Viene spontaneo il dubbio se tali fatti non si sarebbero anche verificati senza nessun trattamento tubercolinico. Tali fatti ho potuto constatare con le varie specie di tubercolina non escluse la S e la ITA.

Dai risultati e dal corso delle esperienze sarei indotto a ritenere:

1.° La terapia tubercolinica allo stato odierno non è ancora in grado di dare i risultati, che da essa si sono sperati; il giudizio sull'efficacia non può essere ancora che *incerto*, fino a che ulteriori perfezionamenti dei metodi ci mettano in grado di averne la dimostrazione.

2.° Il metodo delle iniezioni quotidiane a dose costante è certamente più pratico: esso è riuscito privo di inconvenienti e si può dire che il suo uso nei casi lievi di 1° e 2° grado riesce spesso di aiuto alla cura igienico-dietetica, la quale finora merita sempre, quando è possibile, un'indiscussa preferenza perchè *della guarigione spontanea della tubercolosi polmonare nessuno può dubitare*, mentre di nessun rimedio finora conosciuto si può dire con assoluta sicurezza che abbia guarito un solo caso di tubercolosi polmonare.

