

Ricordi di vita. Dott. Edoardo Pandolfi junior

a cura di Luigi Paternostro

Nato a Mormanno il 30 marzo 1897 morì in Napoli il 20 dicembre del 1961.

Da studente partecipò alla prima guerra mondiale.

Laureatosi in medicina a Roma il 21 luglio 1921 dopo un tirocinio ospedaliero, fu militare e inviato in Africa Orientale - Somalia Italiana - prima col grado di tenente e alla fine di colonnello medico.

Al ritorno in Italia ebbe la libera docenza in clinica oculistica presso l'università di Roma ove insegnò nel mese di febbraio di tutti gli anni accademici.

Intorno agli anni 50 si ritirò a Mormanno ove continuò ad esercitare la professione, aprendo una Clinica che, dati i tempi e le necessità della gente, fu un'operazione vincente¹.



Dottor Edoardo Pandolfi junior.
Foto gentilmente concessa a Luigi Paternostro dal nipote dott. Vittorio

In essa affluivano oltre a mormannesi, cittadini di tanti i paesi del circondario calabro-lucano afflitti da glaucoma e cataratta².

Attuò tecniche chirurgiche, le migliori del tempo, con amorevole dedizione e con quella competenza derivata da una lunga ed attiva esperienza..

Giovanissimo, ebbi la fortuna di conoscerlo e di accompagnarlo, bontà sua, in lunghe passeggiate vespertine che si spingevano quasi fino a

Procitta.

Mi parlava della sua permanenza africana e, molte volte, additandomi il cielo allora più splendente, mi faceva vere *lezioni* di astronomia per la quale dimostrava passione e competenza.

Per conoscere meglio lo studioso diamo ora un breve sguardo a parte di suoi lavori.

Tra gli scritti accademici, ricordo:

- Contributo alla conoscenza della nosologia delle nostre Colonie. Rendiconto sanitario-statistico del territorio di Ischia-Baidos e di Burhacaba, Somalia Italiana, novembre 1925 -ottobre 1926; Tipografia Sordomuti, Viale Principe Eugenio,1, Firenze
- Coloboma della coroide, associato al coloboma dell'iride e del nervo ottico; Roma, Istituto Poligrafico dello Stato, 1929-Anno VII
- Autolussazione di un bulbo oculare nel delirio da tifo; Rocca S. Casciano, Stabilimento Tipografico L. Cappelli, 1941- Anno XX
- Sulla degenerazione cristallina ereditaria della cornea; edito come sopra
- L'acutezza visiva in rapporto al servizio militare (relazione presentata alla Direzione Generale di Sanità Militare per la Commissione di revisione dell'elenco delle infermità)
- Commento agli art. 33, 34, 46A e 4B degli Elenchi Imperfezioni ed Infermità; Scuola Tipografica Istituto Gualandi Sordomuti, Via di Ripoli 181, Firenze
- Distacco idiopatico della Retina e glaucoma semplice. Rapporti clinici. Stab.Tip. L. Cappelli, Rocca S. Casciano 1941-XX E.F.

¹ L'ospedale più vicino era a Castrovillari e bisognava raggiungere Cosenza per le malattie oftalmiche

² La cataratta è una progressiva e costante opacizzazione del cristallino umano che interferisce o blocca del tutto il passaggio della luce necessaria ad una visione nitida. Ha la forma di una piccola lente simile ad una lenticchia e si trova dietro l'iride colorata, al centro della pupilla. Per diversi motivi quali età, traumi, malattie (es. diabete), uso prolungato di specifici farmaci o fattori ereditari, il cristallino perde la sua trasparenza. L'infermità può svilupparsi rapidamente o con lentezza progressiva. Si avverte la riduzione della capacità visiva, una sua fluttuazione, dei facili abbagliamenti, un peggioramento della visione contro luce ed un falso miglioramento della visione da vicino.

Dot. EDOARDO PANDOLFI
MAGGIORE MEDICO

L'ACUTEZZA VISIVA IN RAPPORTO AL SERVIZIO MILITARE

(Relazione presentata alla Direzione Generale di Sanità Militare
per la Commissione di revisione dell'elenco delle infermità)

TIP. SOC. EDITRICE DEL LIBRO ITALIANO
ROMA

L'ACUTEZZA VISIVA IN RAPPORTO AL SERVIZIO MILITARE

L'elenco A delle imperfezioni e delle infermità riguardanti l'attitudine fisica al servizio militare — approvato con R.D. 26 settembre 1930, n. 1401 — prende in considerazione — all'art. 34 — quale criterio del giudizio di idoneità, la riduzione dell'acutezza visiva sostenuta da imperfezioni od esiti permanenti di malattie o di traumi del globo oculare.

Il limite minimo stabilito da detto articolo per la inabilità assoluta è di:

a) meno di 1/4 della normale in ambo gli occhi;

b) meno di 1/20 della normale in un occhio;

In nota, l'art. 34 precisa che per l'idoneità al servizio incondizionato è richiesta un'acutezza visiva di almeno 1/3 in ambo gli occhi, oppure di 1/2 in un occhio e di 1/10 nell'altro.

Le condizioni di limitata idoneità vengono stabilite dall'art. 2 dell'El. B, approvato con il Decreto

— 3 —

succitato, secondo il quale l'acutezza visiva è causa di limitata idoneità quando è ridotta:

a) da meno di 1/3 ad 1/4 in ambo gli occhi;
b) da meno di 1/2 ad 1/4 in un occhio e da meno di 1/10 ad 1/20 nell'altro occhio.

Lo specchio seguente chiarisce meglio tali limiti. (V. quadro A).

Si rileva subito che, secondo il disposto dell'articolo 34 i limiti per l'inabilità e quelli per l'idoneità incondizionata sono ben precisati.

Non altrettanto invece si può dire per quanto riguarda l'art. 2 El. B, in cui si sarebbero dovuti includere quei soggetti, il cui visus è compreso tra quello richiesto per la inabilità e quello richiesto per l'idoneità incondizionata.

Infatti, in base al testo di questo articolo, sorgono dubbi quando si tratta di stabilire per alcune combinazioni di visus se il soggetto possiede l'idoneità incondizionata o quella limitata. Ciò appare evidente dal Quadro A, nel quale gli spazi in bianco indicano quali sono i casi in cui si resta perplessi nell'emettere il giudizio.

Ci si può infatti domandare come dovranno essere giudicati i soggetti:

a) che in un occhio hanno un visus da 1 ad 1/2 e nell'altro occhio un visus da meno di 1/10 ad 1/20;

b) che in un occhio hanno un visus da meno di 1/2 ad 1/3 e nell'altro occhio un visus da meno di 1/3 ad 1/10.

— 4 —

Visus occhio destro	Visus occhio sinistro						
	da 1 a 1/2 (compreso)	da meno di 1/3 ad 1/3 (compreso)	da meno di 1/3 ad 1/4 (compreso)	da meno di 1/4 ad 1/4 (compreso)	da meno di 1/4 ad 1/10 (compreso)	da meno di 1/10 ad 1/20 (compreso)	meno di 1/20
da 1 a 1/2 (compreso)	Idoneo incondizionatamente	Idoneo incondizionatamente	Idoneo incondizionatamente	Idoneo incondizionatamente	Idoneo limitatamente	Inabile	Inabile
da meno di 1/2 ad 1/3 (compreso)	Idoneo incondizionatamente	Idoneo incondizionatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Inabile	Inabile
da meno di 1/3 ad 1/4 (compreso)	Idoneo incondizionatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Inabile	Inabile
da meno di 1/4 ad 1/10 (compreso)	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Inabile	Inabile	Inabile
da meno di 1/10 ad 1/20 (compreso)	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile
meno di 1/20	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile

— 5 —

Nel primo caso (a) se si pronunzia il giudizio di idoneità incondizionata, si contraddice al disposto dell'art. 34 — nota — che richiede, come già si è detto, per l'idoneità incondizionata un minimo di acutezza visiva di 1/2 in un occhio e di 1/10 nell'altro; se invece si esprime il giudizio d'idoneità limitata, si va contro a quanto prescrive l'art. 2 El. B, che richiede per la idoneità limitata una acutezza visiva da meno di 1/3 ad 1/4 in un occhio e da meno di 1/10 ad 1/20 nell'altro occhio.

Analogamente, nel secondo caso (b), il giudizio d'idoneità incondizionata non sarebbe conforme al disposto dell'art. 34 — nota —, in quanto il soggetto, pur avendo in un occhio un visus da meno di 1/2 ad 1/3, ha nell'altro occhio il visus inferiore ad 1/3 e quindi non raggiunge in entrambi gli occhi il visus di 1/3 richiesto dalla legge; parimenti errato sarebbe il giudizio d'idoneità limitata, in quanto, se in un occhio il visus corrisponde a quello richiesto dall'articolo 2 El. B, nell'altro occhio invece il visus (da meno di 1/3 ad 1/10) è superiore a quello stabilito dall'anzidetto articolo (da meno di 1/10 ad 1/20).

* * *

Per evitare incertezze di giudizio si impone una rettifica dei due citati articoli, fermi restando i limiti per l'inabilità assoluta in:

- a) meno di 1/4 della normale in ambo gli occhi;
- b) meno di 1/20 della normale in un occhio.

Si propone che i limiti minimi della idoneità incondizionata vengano stabiliti come appresso:

- a) 1/3 in ambo gli occhi;
- b) 1/2 in un occhio e 1/20 nell'altro occhio (anzichè 1/10 nell'altro occhio).

All'idoneità limitata porterebbe una riduzione di visus intermedia tra gli anzidetti limiti stabiliti rispettivamente per l'idoneità incondizionata e per la inabilità assoluta.

L'art. 2 El. B verrebbe in conseguenza ad essere rettificato nel senso di richiedere, per la idoneità limitata, una riduzione da meno di 1/2 ad 1/4 in un occhio e da meno di 1/3 ad 1/20 nell'altro occhio (anzichè da meno di 1/3 ad 1/4 in ambo gli occhi, o da meno di 1/2 ad 1/4 in un occhio e da meno di 1/10 ad 1/20 nell'altro occhio).

Pertanto al quadro precedente si potrebbe sostituire quello che segue. (V. quadro B).

* * *

Il limite di 1/20 per l'idoneità al servizio incondizionato appare più rigoroso al confronto della disposizione in vigore (1/10).

In effetti, però, si tratta in ambo i casi di occhi ambliopici, che possono essere utilizzati nella stessa misura solo per la visione periferica e non per il senso stereoscopico, il quale, secondo il parere della maggior parte degli autori, è da considerare già scomparso quando il visus in un occhio è disceso ad 1/10.

Quadro B

Visus di un occhio	da 1 a 1/2 (compreso)	Idoneo incondizionatamente					
	da meno di 1/2 a 1/3 (compreso)	Idoneo incondizionatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Inabile
	da meno di 1/3 a 1/4 (compreso)	Idoneo incondizionatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Inabile
	da meno di 1/4 ad 1/10 (compreso)	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Idoneo limitatamente	Inabile	Inabile
	da meno di 1/10 ad 1/20 (compreso)	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile
Visus dell'altro occhio	meno di 1/20	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile	Inabile

Se poi si fa il confronto tra un soggetto con visus di 1/3 in O. O. ed un soggetto con visus di 1/2 in un occhio e di 1/10 nell'altro occhio, si deve convenire che il secondo, utilizzando l'occhio migliore, possiede una acutezza visiva superiore al primo, e conseguentemente un più alto grado di attitudine al servizio militare.

Nel valutare la capacità fisica al servizio militare, non si può prescindere da quanto l'esperienza ha insegnato nel campo della medicina del lavoro ed inoltre, per quanto riguarda il visus, è bene tener presente la distinzione che gli infortunati fanno tra visus fisiologico e visus professionale.

« E' ovvio — scrive Ciampolini (1) — che il visus fisiologico ed il visus professionale non stanno entro gli stessi limiti: quest'ultimo ha un ambito molto più ristretto perchè anche quando il primo persiste esso può far difetto; d'altra parte, allorchè un occhio vede imperfettamente può essere capace per un qualsiasi mestiere d'ordine generico ».

Ora le mansioni che vengono affidate al militare variano dalle più grossolane alle più delicate e mentre alcune si possono disimpegnare anche con visus basso, altre invece richiedono una buona vista, specie quando si tratta di servizio di guerra.

Opportunamente quindi si fa distinzione fra servizio limitato e servizio incondizionato.

(1) A. Ciampolini. La Traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge. Casa Editr. L. Pozzi - Roma.

Sarebbe desiderabile che il militare, per essere dichiarato idoneo al servizio incondizionato, avesse una vista perfetta: ma un tale criterio ridurrebbe troppo il contingente dell'Esercito. Dovendosi per necessità includere fra gli idonei al servizio incondizionato anche i portatori di qualche difetto visivo, bisogna scegliere, fra questi, coloro, la cui imperfezione sia il meno invalidante possibile, e, per restare nel campo dell'acutezza visiva, quelli che posseggono un visus compatibile con le attitudini che si richiedono nel combattente.

Il criterio di tener conto della capacità visiva monoculare risponde bene alle suddette necessità di ordine superiore.

Anche in altri eserciti vige tale criterio.

Nell'esercito francese per l'idoneità al servizio militare è richiesta una acutezza visiva (visus corretto) superiore o almeno uguale a 1/2 in un occhio ed a 1/20 nell'altro occhio (art. 77).

Nell'esercito tedesco (1) per l'idoneità al servizio di guerra è richiesto un visus non inferiore ad 1/2

(1) In Germania vien fatta distinzione tra i difetti che di regola non pregiudicano l'idoneità al servizio di guerra e le malattie o i difetti che non permettono un impiego illimitato al fronte, ma invece un impiego utile negli altri lavori dell'esercito.

Non pregiudicano l'idoneità al servizio di guerra:

- N. 25 A 1) Visus normale in un occhio con V. leggermente diminuito (fino a $\frac{1}{2}$) nell'altro occhio, oppure leggera diminuzione (fino a $\frac{6}{10}$) del V. in O.O., se a mezzo di occhiali si può reintegrare piena acutezza visiva in O.O.
- 2) Almeno in un occhio acutezza visiva completa o quasi ($\frac{5}{6}$, $\frac{6}{7}$) dopo correzione di eventuali vizi di refrazione.

* * *

Le modificazioni agli attuali elenchi di infermità a + 3 D; a cyl 2.50 fino a 3 D, anche se associate alle sferiche — a meno che l'altro occhio non sia cieco, nel qual caso l'occhio superstite deve avere un visus normale — anche se corretto con lenti come sopra —.

Se invece occorrono per la correzione lenti di più alto potere diottrico e fino al limite massimo di 14 D. per sf. negative, di 10 D. per sf. positive e di 5 D. per cyl., il visus, almeno in un occhio, non deve essere inferiore a 2/3.

Per la correzione sono al massimo permesse lenti di sf — 6 fino a 6.50 D; sf + 2.5 fino a 3 D; cyl 2.5 fino a 3 D (singole o in combinazione).

Il visus dell'occhio peggiore può essere debole, ma la cecità di un occhio va giudicata secondo il N. 27 (come cecità e da intendersi anche la « cecità pratica » — solo 1/50 del visus —).

- B 1) in un occhio almeno $\frac{1}{2}$ della acutezza visiva.
Per la correzione sono ammessi solo occhiali come alla lettera A.
- 2) Almeno in un occhio acutezza visiva piena oppure $\frac{2}{3}$; per la correzione però sono necessari occhiali fino a — 14 D; + 10 D; cyl 5 D.
- Consentono l'idoneità al servizio di guarnigione:
- L 1) Diminuzione dell'acutezza visiva qualora essa importi all'occhio migliore meno di $\frac{1}{2}$ ma almeno 1/4 della piena forza visiva. Per la correzione sono ammessi gli occhiali come alla lett. A.
- 2) Diminuzione del visus qualora esso importi all'occhio migliore $\frac{1}{2}$, oppure meno di $\frac{1}{2}$, ma almeno 1/4 della piena acutezza visiva. Per la correzione sono richiesti occhiali più forti di quelli contemplati nella lett. B 2.

Sarebbe desiderabile che il militare, per essere dichiarato idoneo al servizio incondizionato, avesse qualsiasi correzione), mentre per l'idoneità ad impiego di fatica è considerato sufficiente un visus anche inferiore a 1/4 nell'occhio migliore, a meno che l'altro occhio non sia cieco, nel qual caso il visus dell'occhio superstite dovrebbe essere di 1/2 o anche meno.

In Germania è risolta quindi anche la questione della idoneità al servizio militare dei monoculi, i quali sono giudicati idonei persino al servizio di guerra, se il visus dell'altro occhio ha un'acutezza visiva normale.

Per la idoneità al servizio di lavoro:

- U Diminuzione del visus qualora l'acutezza visiva importi all'occhio migliore meno di 1/4; per la correzione vengono adoperati occhiali senza limitazione del potere diottrico.
- N. 27 Non pregiudica l'idoneità al servizio di guerra:
- B La cecità o perdita di un occhio purchè la cavità non sia infiammata, se l'altro occhio ha una acutezza visiva normale. Per la correzione sono ammessi occhiali come nel N. 25 A.
- L Consente l'idoneità al servizio di guarnigione:
La cecità o perdita di un occhio, qualora la forza visiva dell'altro occhio sia meno che normale, ma più della metà del normale.
- Per la idoneità al servizio di lavoro:
- U La cecità o perdita di un occhio anche con cavità costantemente infiammata che non permette di portare un occhio artificiale, qualora il visus dell'altro occhio sia la metà o meno della metà del normale, se lo stato generale fisico e mentale sia soddisfacente.

* * *

Le modificazioni agli attuali elenchi di infermità da noi proposte in tema di acutezza visiva e che ci lusinghiamo realizzino il risultato di colmare le lacune esistenti nelle disposizioni vigenti, sono in sostanza ispirate, come è agevole rilevare da quanto precede, al medesimo criterio generale, cui dette disposizioni in vigore sono informate.

Tali modifiche forniscono la possibilità di eliminare i dubbi che, alla stregua della legislazione vigente, si presentano in determinati casi, i quali, attualmente, stante le lacunosità della legge, possono essere risolte solo ad arbitrio del perito o dell'interprete nei riguardi del giudizio di idoneità incondizionata o limitata al servizio militare.

La proposta inoltre da noi formulata di ritenere sufficiente per la idoneità al servizio incondizionato il limite di 1/20 di acutezza visiva in un occhio, anziché quello più elevato di 1/10, come è invece negli elenchi in vigore, ci è sembrata opportuna.

A proporre l'attuazione siamo stati indotti anche dall'esempio delle legislazioni francese e tedesca, le quali sono ispirate, a paragone della nostra, a criteri di minor rigore nel determinare le condizioni visive necessarie per l'incondizionata idoneità al servizio militare. Soprattutto la legislazione tedesca è tanto avanti su questa strada da riconoscere, come si è innanzi detto, la idoneità al servizio militare persino dei monoculi.

DOTT. EDOARDO PANDOLFI
CAPITANO MEDICO

COLOBOMA DELLA COROIDE, ASSOCIATO A COLOBOMA DELL'IRIDE E DEL NERVO OTTICO

Estratto dal *Giornale di medicina militare*, fasc. I, 1930-VIII

ROMA
ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO
1929 - ANNO VII

SCUOLA DI APPLICAZIONE DI SANITÀ MILITARE
GABINETTO OTTALMICO
Direttore: Colonnello medico prof. A. BUCCIANTE

COLOBOMA DELLA COROIDE, ASSOCIATO A COLOBOMA DELL'IRIDE E DEL NERVO OTTICO

per il dott. Edoardo Pandolfi, capitano medico - assistente

Se non molto numerosi sono i casi descritti di colobomi tipici ed atipici dell'iride, della coroide e del nervo ottico, molto più rare sono le osservazioni di difetti congeniti del muscolo e dei processi ciliari, sia che questi manchino completamente, sia che essi siano rudimentali, in corrispondenza del coloboma dell'iride o della coroide.

Questa anomalia è stata messa poco in rilievo, non solo perchè essa è poco comune, ma perchè non sempre è stato possibile farne la constatazione sull'occhio vivente.

È utile pertanto descrivere il caso, capitato alla nostra osservazione, di un individuo, il quale all'occhio destro, oltre a coloboma dell'iride e della coroide presentava un coloboma del corpo ciliare e della zonula di Zinn, mentre all'occhio sinistro era affetto da coloboma della coroide e delle guaine del nervo ottico.

La coesistenza inoltre di alterazioni a carico di altri sistemi, c'induce a fare, dopo alcuni cenni di embriologia, una rapida disamina delle varie teorie con cui si sono volute spiegare queste alterazioni congenite a carico dell'occhio e ad esporre una nostra opinione sulla patogenesi delle lesioni riscontrate nel nostro soggetto.

B. A., di anni 29, in osservazione presso l'Ospedale militare principale di Firenze.

Anamnesi. — Padre forte bevitore. La madre, sofferente di reumatismo, nei primi anni di matrimonio ha avuto tre aborti, e successivamente nove figli, due dei quali morti in tenera età, uno di questi per meningite. Una figlia maritata ha avuto tre aborti.

Esame esterno. — Microftalmo sinistro.

OO — Nistagno orizzontale oscillatorio, più evidente nello sguardo laterale.

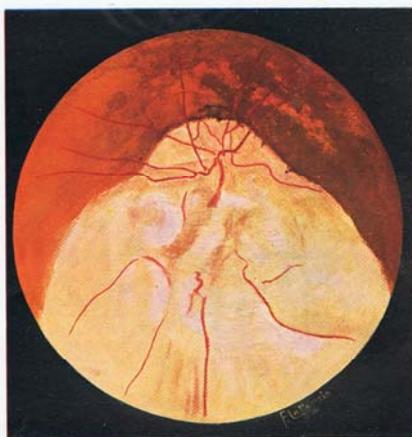
Tensione endoculare. — OO Tn.

Pupille. — O. D. — Pupilla destra a forma di buco di serratura, per coloboma tipico congenito dell'iride; è spostata in basso tanto che il suo bordo superiore corrisponde poco al disotto del centro della cornea; l'apice del coloboma raggiunge inferiormente la periferia dell'iride; il maggior asse ha direzione infero-interna (vedi fig. 1).

Riflesso pupillare normale; abolito il riflesso consensuale.

TAV. III.

E. PANDOLFI - Coloboma della coroide, associato a coloboma dell'iride e del nervo ottico.



COLOBOMA DELLA COROIDE E DELLE GUAINI DEL N. OTTICO

Dr. EDOARDO PANDOLFI
Capitano Medico - Direttore dell'Infermeria Coloniale di Baidoa

Contributo alla conoscenza della nosologia delle nostre Colonie

Rendiconto sanitario statistico del Territorio
di Iscia-Baidoa e di Burhacaba - (Somalia Italiana).
Novembre 1925 - Ottobre 1926



TIPOGRAFIA SORDOMUTI
Viale Principe Eugenio, 1
FIRENZE

Contributo alla conoscenza della nosologia delle nostre Colonie.

Rendiconto sanitario statistico del territorio di Iscia-Baidoa e di Burhacaba
(Somalia Italiana). - Novembre 1925 - Ottobre 1926.

Circostrizione sanitaria. — L'assistenza sanitaria affidata al Medico di Baidoa, si esplica nelle Residenze di Baidoa e di Bur-Hacaba, nel territorio cioè compreso fra il 2°30' e il 3°30' di lat. Nord e fra il 43°5' e il 44°30' di long. Est.

Questa vasta circostrizione è popolata dalle seguenti cabile: Elai, Arien, Ober, Lissan, Mallim, Uena, Garovale, Iantar, Gobauin, Elleda, Ghelidle, Arau, Rer Dumal, Eile, Ualamoghe, Scek Mumin; vi sono inoltre rappresentate molte altre cabile di Rahanuin, e circa 200 famiglie di Arabi.

Il tipo somatico di questa popolazione rappresenta l'espone di una avanzata selezione morfologica, attraverso una vita per eccellenza naturale: il sistema della vita di relazione prevale su quello della vita vegetativa; il tronco e gli arti, lunghi ed armoniosamente sviluppati, ben coperti da muscoli dal profilo netto, danno una linea leggera, elegante.

Clima. — Dall'esame del bollettino metereologico si deduce che in Baidoa la temperatura più elevata si ha nei mesi di gennaio, febbraio, con una temperatura massima assoluta di 36°-37°, media diurna di 28°-28,7, e con escursione di 9°-10°, mentre la minima si ha nel giugno, con temperatura massima assoluta di 30°-5, media diurna 24°-7. L'escursione minima si ha nel dicembre: 4°-5. Le precipitazioni più abbondanti si hanno in aprile e in novembre (Nov. 1925, 388 mm.).

Geologia. — Il suolo può considerarsi costituito da due pianure: una (a N.O.) soprastante di natura calcarea, l'altra

— 4 —

(a S.E.) sottostante, argillosa, con affioramenti granitici (Burhacaba, ecc.), separate da un gradino con andamento generale da N.E. a S.O., ricco di sorgenti — El Gir — dalle quali trae origine l'Ischia, piccolo corso d'acqua permanente, sulle cui rive è una vegetazione lussureggiante.

Nel periodo delle piogge, sulle pianure, specie in quelle argillose, si formano degli stagni, che insieme ai numerosi pozzi alimentati da una ricca falda di acqua sotterranea, ed agli Uar (conche artificiali) costituiscono la più importante risorsa idrica.

La principale ricchezza di questa zona è costituita dalla pastorizia e dall'agricoltura (dura, canne da zucchero, banane, ecc.).

Nosologia.

Malattie mediche. — Le forme più comuni riscontrate fra gli indigeni, e che ne hanno determinato la maggiore affluenza all'infermeria sono state: per l'apparato digerente: gastriti, diarree, enteriti, coliche intestinali, elmintiasi, congestioni epatiche (da malaria, sifilide, vizi cardiaci), epatiti, splenomegalie croniche da malaria e da sifilide, asciti da stasi, ecc.

Per le affezioni dell'apparato respiratorio: angine acute, bronchiti catarrali, broncopolmoniti, pleuriti secche, sierose, purulente, enfisemi polmonari.

Fra le cardiopatie: le endocarditi croniche, con prevalenza di vizi aortici su quelli mitralici.

Comunissime sono inoltre: cefalee, nevralgie, forme influenzali, reumatismi muscolari ed articolari, anemie.

Particolare importanza va data alla tubercolosi. Si sono controllati 30 casi di T.B.C. polmonare, con una mortalità di 12 su 467 ricoverati in infermeria.

La infezione tubercolare ha nei Somali un decorso rapido e mortale.

Si è notata maggiore frequenza fra gli abitanti del paese che fra gli indigeni della boscaglia, probabilmente perchè quelli cadono di più sotto l'osservazione sanitaria, ma non si può certo escludere che gli agglomerati indigeni, con le abitazioni senza luce e con poca circolazione di aria, favoriscano il contagio più del soggiorno in campagna.

I bianchi sono andati soggetti in prevalenza ad affezioni dell'apparato digerente, rappresentate da gastricismi, dispepsie, imbarazzi e catarrhi intestinali; da qualche febbre di natura gastro-reumatica, che in due individui ha raggiunto particolare gravità tanto da richiedere per lo stato di debilitazione e di deperimento, un congruo periodo di licenza in località costiera.

