

Torino 30 maggio - 1 giugno 2024



ATTI

Volume III



54°

Congresso della
Società Italiana
di Storia della Medicina



UNIVERSITÀ
DI TORINO

Università degli studi di Torino

Torino

Collana Storia della Medicina n. 3

Pubblicato aprile 2025

Realizzazione grafica della copertina: Patrizia Lombardi

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons

CC BY-NC Attribuzione 4.0 Internazionale.



ISBN: 9788875903466



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

Università degli studi di Torino



Società Italiana
di Storia della
Medicina



Accademia di
Medicina
Torino

ATTI DEL 54° CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI STORIA DELLA MEDICINA

III volume

A CURA DI

ALESSANDRO BARGONI
GIANCARLO CERASOLI
LUISA FERRARI
NICOLÒ NICOLI ALDINI
RAIMONDA OTTAVIANI

Torino 30 maggio - 1° giugno 2024

Indice Volume III

Antonio Carle fondatore della prima gastroenterologia in Italia Angelo Pera, Cristina Scalon, Amedeo Mandrone, Laura Guardamagna, Alessandro Bargoni	613
Sententia Bruni de aegritudinibus oculorum Alessandro Perrone	637
Dal salasso all'infusione endovenosa di liquidi: analisi dell'evoluzione della terapia del cholera morbus attraverso le pubblicazioni scientifiche dal 1835 a fine secolo Nicoletta Piazza	659
Vaiolo e Lumi. Il dibattito sulla variolizzazione tra medicina e politica Mariassunta Picardi	675
<i>Scripta verba</i> : storia critica della grafologia medica Giovanni Battista Ivan Polichetti	699
La Collana <i>L'Igiene Popolare</i> della Società Italiana d'Igiene (1879-1902) Alessandro Porro, Lucie Biehler-Gomez	719
La Medicina Araba secondo Tommaso Sarnelli (1890-1972) medico tropicalista e linguista Aldo Prinziavalli, Gianmario Prinziavalli	737
Pio Foà, appunti per una biografia nel primo centenario della morte. Alberto Sarzi Madidini	781

La Reale Accademia di Medicina di Torino tra rigore scientifico e responsabilità sociali Francesco Scaroina	795
Le Figlie della Carità, dall'assistenza religiosa all'assistenza laica. Maria Sinatra	827
Gestione e funzionamento dell'ospedale San Gallicano di Roma dal 1725 al 1826 Flavio Stocco	833
Medici e Medicina di montagna nelle Valli Valdesi fra Ottocento e Novecento Anna Vittoria Tarascio	859
Considerazioni Bioetiche, Biodiritto e Linee Giurisprudenziali, sulle reti neurali artificiali e umane Cristina Tornali	873
Il Vaiolo nella Storia della Medicina, storia, diffusione ed eradicazione di una delle malattie più devastanti della storia umana Flavio Alfio Giangiuseppe Vecchio	881
Medicina Ebraica in Sicilia fino al 1492 Ignazio Vecchio	887
Medici condotti contro amministratori locali. 1856, il caso di Stroppio in Val Maira Franco Lupano	889

Antonio Carle fondatore della prima gastroenterologia in Italia

Angelo Pera¹, Cristina Scalon², Amedeo Mandrone²,
Laura Guardamagna³, Alessandro Bargoni⁴

¹Primario Emerito Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino (apera912mail.com),

²Archivio Storico Ordine Mauriziano, ³Storia dell'Architettura, DIST, Politecnico di Torino,

⁴Storia della Medicina Università di Torino

Riassunto

Il presente articolo ha lo scopo di descrivere le vicende che hanno portato alla costituzione del primo reparto di gastroenterologia in Italia, avvenuta al Mauriziano di Torino nel 1913. Dopo aver descritto la nascita della gastroenterologia come specialità autonoma rispetto alla medicina interna, viene delineata la figura del prof. Antonio Carle, illustre chirurgo e caposcuola torinese, unitamente alla dolorosa vicenda che lo ha portato a donare all'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino un intero padiglione per lo studio e la cura delle malattie degli organi digerenti. Infine, viene riportata l'attività sanitaria e le figure dei medici responsabili nei primi decenni di attività del padiglione.

Summary

In this paper we describe the events that lead to the foundation, in 1913, of the first Gastroenterology Department in Italy at the Mauriziano Hospital in Turin. After a brief description of the birth of Gastroenterology as an autonomous specialty and of the first journals entirely dedicated to gastroenterology, we introduce the figure of Antonio Carle, a famous and brilliant surgeon, founder of the modern surgical school of Turin. We then describe the tragical events that brought him to donate

an entire new pavilion to the Mauriziano Hospital, dedicated to the care and research in digestive diseases, in memory of his beloved son. Finally, we report the health-care activities with the most frequent diagnoses of patients admitted in the first years of activity together with the first doctors who worked in the department.

Parole chiave

Gastroenterologia, Antonio Carle, Ordine Mauriziano, Assistenza Ospedaliera

Keywords

Gastroenterology, Antonio Carle, Ordine Mauriziano, Hospital care

La nascita della gastroenterologia moderna

La gastroenterologia si sviluppa in Europa come disciplina autonoma rispetto alla Medicina Interna nei primi decenni del XX secolo.

La più antica rivista dedicata allo studio delle malattie digestive risulta essere la tedesca *Archiv für Verdauungs-Krankheiten mit Einschluss der Stoffwechselfathologie und der Diatetik* (traducibile in italiano in Archivio per malattie digestive, metabolismo e dietetica), pubblicata dal 1895 al 1939.

In Francia, nel testo del Baume¹ del 1888, le malattie dell'apparato digestivo sono ancora definite le più oscure della patologia interna: "Les maladies de l'Appareil digestif ont longtemps constitué un des chapitres les plus obscurs de la Pathologie interne". Tuttavia, già nel 1907, dopo la scoperta dei raggi X avvenuta nel 1895, nella prefazione al primo numero degli *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, Mathieu scrive "La pathologie et la therapeutique des maladies de

¹ L. BAUME, *Maladies de l'appareil digestif – Leçons faites a la société de Médecine de Montpellier*, Montpellier, Camille Coulet Libraire – Éditeur 1888, Paris, A. Delahaye & E. Lecrosnier Libraires – Éditeurs, 1888.

l'appareil digestif et de la nutrition ont fait de grand progrès depuis vingt-cinq ans”². I primi corsi³ e conferenze⁴ dedicati specificamente alle malattie dell'apparato digerente in Francia incominciano ad apparire nel 1919 – 1920.

In Belgio nel 1928 viene fondata la società di Gastroenterologia ⁵.

In Gran Bretagna Sir Arthur Hurst fonda nel 1937 il primo Gastro-Enterological Club costituito in origine da 39 membri ordinari⁶.

Negli Stati Uniti d'America la fondazione dell'American Gastroenterological Association⁷ risale al 1897 mentre quella dell'American College of Gastroenterology è del 1932⁸.

In Italia la prima pubblicazione dedicata alla gastroenterologia è la rivista Archivio Malattie Apparato Digerente, che nasce nel 1931 con una forte impronta multidisciplinare, evidenziata nella prefazione del primo numero della rivista:

L'Archivio per le malattie dell'apparato digerente nasce dalla necessità che anche il nostro Paese, che tanto ha contribuito e contribuisce al progresso di questa branca di studi, abbia una sua Rivista che rispecchi il nostro movimento scientifico in tema di patologia digestiva, e raccolga quanto anche da noi con tanta fede e

² A. MATHIEU, *Avant-Propos* in “Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition”, n. 1, 1907, pp. 1-2.

³ Cours pratique de techniques d'examen et de thérapeutique clinique des maladies de l'appareil digestif. Paris Médical. La semaine du Clinicien. XXXIV - partie paramédicale, 1919 p. 117.

Clinique médicale de l'Hotel Dieu [...]. Cours de perfectionnement consacré aux notions récentes sur les maladies du tube digestif. La semaine du Clinicien. XXXVI - partie paramédicale, 1920.

⁴ Conférences de gastro-entérologie : sur les méthodes modernes de diagnostic et de traitement des maladies de l'appareil digestif. La semaine du Clinicien. XXXIV - partie paramédicale, 1919, pp. XVI-XVII.

⁵ La Société belge de gastro-entérologie. *Le siècle médical*, vol. 1. - Paris, 1928, pag.3.

⁶ G. E. SLADEN British Society of Gastroenterology: golden jubilee Gut. 1987 Sep; 28 (Suppl): 16–17.

⁷ <https://gastro.org/about-aga/about-us/>

⁸ <https://s3.gi.org/members/annbook/chapter1.pdf>

tanto frutto si produce e si conquista. Ma poiché in questo vasto campo, di fronte a problemi comuni, si vanno sempre più eliminando le distanze fra i cultori delle varie branche e sempre più, anche sul terreno pratico, medici, chirurghi e radiologi si trovano in intima e necessaria comunione di lavoro, così nel pubblicare un Archivio Italiano per le Malattie dell'Apparato Digerente, abbiamo creduto corrispondesse alle esigenze della scienza e della pratica il creare una loro reale e fattiva collaborazione e integrazione.

Per ciò il nostro Archivio ha un direttore per ognuna delle sue branche e si ripromette di raccogliere quanto la medicina interna, la chirurgia e la radiologia porteranno di contributo in un campo di studi di tanta importanza e sempre più aperto all'indagine e alla pronta applicazione curativa⁹.

Negli articoli pubblicati nel primo anno della rivista si può osservare come alcune divisioni di Medicina generale assumano un indirizzo prevalentemente gastroenterologico come, per esempio, a Torino la divisione del prof. Allodi, che pubblica un articolo sulla patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale¹⁰.

Fino ad ora, si è ritenuto che il primo reparto di Gastroenterologia in Italia sia stato nell'ospedale San Camillo di Roma, e risalga al 1933, con primario dapprima il prof. Arullani e successivamente il prof. Luminari, mentre la prima Società Italiana di Gastroenterologia viene fondata nel 1935¹¹.

Antonio Carle

Nasce a Chiusa Pesio (CN) il 3 maggio del 1854. Dopo aver frequentato il liceo classico G.B. Beccaria a Mondovì (CN) si iscrive alla facoltà di Medicina a Torino e

⁹ Prefazione in "Archivio per le malattie dell'apparato digerente", Bologna 1931, vol. I, n. I.

¹⁰ A. ALLODI, G. CERRUTI, *Contributo allo studio della patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale*, in "Archivio per le malattie dell'apparato digerente", Bologna 1931, vol. I, n. I, p. 387.

¹¹ www.sigeitalia.it/Docs/Storico_Presidenze_SIGE.pdf

dal 1876 diventa allievo interno all'Ospedale Mauriziano di Torino. In quell'epoca gli studenti che erano scelti come allievi interni avevano diritto a vitto, alloggio e ad un'indennità di 500 lire annue. Dopo la laurea, conseguita nel 1878, viene assunto al Mauriziano come Assistente di Chirurgia. Ricopre questo ruolo fino al 1885 quando, giovanissimo (31 anni), viene nominato co-primario nello stesso ospedale al tempo del trasferimento dalla vecchia sede di via della Basilica alla nuova in corso Stupinigi e, tre anni dopo, nel 1888 primario chirurgo. Ricoprirà questa carica fino alla morte avvenuta nel 1927 (fig. 1). Carle nel 1880-1881 si reca, con il supporto dell'Ordine Mauriziano, per un anno di studio a Vienna e a Lipsia in qualità di assistente volontario. Successivamente effettuerà un altro soggiorno di studio a Parigi presso il prof. Pèan. In particolare il soggiorno a Vienna sotto la guida del famoso chirurgo Theodor Billroth, è destinato a segnare un'impronta scientifica e professionale indelebile in Antonio Carle, che qui ebbe modo di impostare e perfezionare la sua tecnica ed il suo approccio alla chirurgia viscerale, come ricorda il suo allievo Mario Donati: "Egli ha infatti compreso fin dall'inizio della sua carriera chirurgica, che scienza e pratica sono nella clinica indissolubilmente e tenacemente unite; ed ha imposto a sé stesso, come più tardi ai suoi allievi, una rigorosa preparazione scientifica"¹²

Anche Ottorino Uffreduzzi, nella commemorazione di Carle, ricorda "l'esempio ed il metodo" appresi da Billroth: "[...] all'infuori della patologia e delle scienze fondamentali, la chirurgia non può essere che fredda tecnica e spesso pericoloso empirismo [...]; il virtuosismo tecnico poco vale se la mano non è guidata da una mente, che conosca le leggi della vita e della malattia".¹³

Nel 1893 Carle è nominato Professore Straordinario di Patologia Chirurgica dell'Università di Torino.

Il prof. Carle è stato un acuto ricercatore e un chirurgo di fama internazionale. Come ricercatore possiamo citare la sua ricerca sull'antisepsi con iodoformio,

¹² M. DONATI, *L'opera chirurgica di Antonio Carle*, in *In onore di Antonio Carle nel XXX anno di insegnamento*, 11 maggio 1925. Tipografia Sociale Torinese, Torino 1925, pp. 30-39.

¹³ O. UFFREDUZZI, *Commemorazione di Antonio Carle*, in *Giornale della Reale Accademia di Medicina di Torino*, anno 1928, pp. 182-196.

pubblicata nel 1881¹⁴. Inoltre, nel 1884, pubblicò con Giorgio Rattone sul Giornale della Reale Accademia di Medicina un articolo che dimostrava l'infettività del tetano¹⁵. Ciò avveniva prima della scoperta di Nicolaier e prima dell'individuazione del bacillo del tetano da parte di Guido Tizzoni e Giuseppina Cattani. Nel 1886 pubblicò con Fantino uno studio sulle conseguenze fisiopatologiche della gastroenteroanastomosi¹⁶ e con Angelo Mosso studiò le modificazioni della circolazione cerebrale durante la narcosi. Nel 1888 pubblicò uno studio che valutava gli effetti dell'asportazione della tiroide nei cani e nel 1890 con Lustig dimostrò il potere gozzigeno delle acque della Valle d'Aosta, smentendo l'ipotesi di un fattore infettivo¹⁷.

Carle venne riconosciuto dai suoi colleghi del tempo come uno dei chirurghi più versatili e più abili; rivolse il suo interesse verso gli aspetti pratici della chirurgia rifuggendo la magniloquenza retorica dell'accademia e praticando un magistero orientato prevalentemente allo studio della fisiopatologia e della tecnica chirurgica. A dimostrazione di ciò è possibile citare le sue immense casistiche: nel 1894 il più vasto contributo mondiale sulla chirurgia delle affezioni benigne dello stomaco¹⁸; nel 1897 i risultati della terapia chirurgica dei tumori della tiroide; nel 1898 con Fantino una monografia su 100 casi di carcinoma gastrico sottoposti ad intervento chirurgico; nello stesso anno effettuò e descrisse la coledocotomia trans-duodenale indipendentemente da Kocher e Pozzi¹⁹; eseguì importanti studi sulla chirurgia del

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ A. CARLE, G. RATTONE, *Studio sperimentale sull'eziologia del tetano*, in Giornale della Reale Accademia di Medicina, 1884, pp. 174-180.

¹⁶ E. MASENTI, A. BARGONI, Antonio Carle fondatore della moderna scuola chirurgica piemontese, in Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino, anno CLVII, Tipografia Bodrato, Torino 1994, p. 284.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ibidem*.

rene e presentò alla Società Italiana di Chirurgia una relazione su 279 interventi di isterectomia per fibroma uterino²⁰. Carle praticò per primo l'isterectomia per via addominale allargata ai parametri e ai linfonodi pelvici e preaortici (intervento cosiddetto di Wertheim)²¹. Inoltre, praticava l'isterectomia per via vaginale in soli 4-5 minuti, come ricorda Uffreduzzi.²² Inoltre ideò la pinza angolata per la chiusura della vagina negli interventi di isterectomia e pubblicò i dettagli di questa invenzione prima di Wertheim, anche se oggi, ingiustamente, la pinza prende il nome di pinza di Wertheim²³. Inoltre è stato autore del capitolo sul carcinoma uterino per il trattato italiano di chirurgia, sostenendo la creazione di centri per la diagnosi precoce!²⁴

Il prof Carle è stato inoltre un grandissimo caposcuola (fig. 2-3). Fra i suoi numerosissimi allievi citiamo Fasiani, Donati, Bobbio, Uffreduzzi, Marro, Villa, Serafini, Nejrotti, Delfino, Dardanelli, Stropeni, Massa, Bertone.

È stato presidente della Reale Accademia di Medicina di Torino nel biennio 1919-1921. Nel 1908 fu nominato Senatore del Regno d'Italia.

Morte del figlio e donazione di un nuovo padiglione al Mauriziano

Nel giugno 1909, durante un soggiorno a Roma per gli impegni legati alla sua nomina a senatore del Regno, il prof. Carle fu raggiunto da un telegramma inviato dalla moglie, che lo informava dell'improvvisa malattia del figlio Antonio, soprannominato Mimo. Il prof. Carle ritornò precipitosamente a Torino viaggiando in treno di notte; il mattino era al capezzale di Mimo. In un istante capì che si trattava di peritonite per la perforazione dell'appendice. Nonostante l'immediato intervento chirurgico d'urgenza, il bambino non riuscì a superare lo stato settico.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Non avendo però Carle pubblicato i particolari della tecnica, l'intervento è oggi ricordato con l'eponimo di Wertheim.

²² UFFREDUZZI, *Commemorazione di Antonio Carle*, cit..

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*.

Sopraffatto dal dolore per la perdita, dopo alcuni mesi decise, assieme alla moglie signora Adele Abrate, di donare all'Ordine Mauriziano un intero padiglione da costruire sul versante ovest dell'Ospedale Mauriziano di Torino.

La levatura del grande chirurgo la si apprezza in pieno anche in questa dolorosa vicenda. Lui e la moglie desiderano in primo luogo promuovere il ricordo dell'amato figlio secondogenito (fig. 4), compiendo un atto d'amore donando un luogo di soccorso a chi è sofferente, ma la sagacia di Carle lega a questo atto benefico un'occasione di progresso degli studi medici e di stimolo a puntare verso nuove mete, aprire strade che fino ad allora non erano state percorse. Un centro per lo studio, la diagnosi e la cura delle malattie gastroenterologiche. Qualcosa che non si era ancora visto nel nostro Paese.

Dapprima, come si può rilevare dai verbali relativi alla seduta del Consiglio dell'Ordine Mauriziano del 7 dicembre 1910 (fig.5), Carle indirizzò una lettera al Primo Segretario dell'Ordine Paolo Boselli offrendo la somma di 200.000 lire per costruire questo nuovo padiglione:

Eccellenza, l'Ospedale Mauriziano Umberto I colla sua crescente riputazione attrae sempre maggior quantità di ammalati per modo che ogni giorno si è obbligati a respingere molti poveri bisognosi di cure, nonché molti abbienti per mancanza di posti disponibili. Questa deficienza di letti pei pensionari si è manifestata quest'anno in cui l'affluenza di questi sorpassò le larghe previsioni fatte in bilancio. Sarebbe quindi desiderabile che l'Ospedale potesse allargare la sua azione aggiungendo un nuovo padiglione a quelli già esistenti. La cura degli ammalati costituisce e costituirà sempre anche nel volgere dei tempi e delle idee sociali, la forma di beneficenza la più utile, la più simpatica e meglio apprezzata e già l'Ordine, ispirandosi a questo concetto, sotto l'impulso del compianto Cesare Correnti si decise a trasferire l'Ospedale Umberto I dall'angusta via della Basilica nella magnifica sede attuale che ha permesso al Pio Istituto di beneficiare in larghissima misura gli ammalati poveri e di acquistare primaria importanza fra gli Istituti congeneri nel nostro Paese. L'Ospedale attuale inaugurato nel 1885 forma coi suoi otto padiglioni un rettangolo aperto a ponente dove finora non esistevano che prati. Prossimamente a filo di

questo lato dell'Ospedale si aprirà il prolungamento del corso Umberto I che è un viale di circa 60 metri di larghezza. Volendo su questo lato e nell'attuale recinto dell'Ospedale si potrebbe, con vantaggio dell'estetica, fabbricare un nuovo padiglione che farebbe facciata al nuovo corso. Questo padiglione dovrebbe essere a due piani, il primo diviso in due infermerie interamente devolute ai poveri, il secondo ai malati delle classi poco agiate pei quali si esercita una vera opera di carità pur salvaguardandone la dignità e l'amor proprio, assicurando loro le migliori cure col pagamento di una modesta retta giornaliera. Per accrescere il valore e l'utilità di questo nuovo Padiglione sarebbe opportuno farne una clinica speciale per lo studio e la cura delle vie digerenti. Queste malattie stanno sul confine tra la Medicina e la Chirurgia e lo studio delle medesime fatto contemporaneamente dal punto di vista medico e chirurgico son certo ne farebbe progredire la conoscenza, e soprattutto la terapia che in molti casi è del tutto chirurgica. Questa clinica che sarebbe per momento unica nel nostro Paese potrebbe essere non solo utile per gli ammalati, ma eziandio un campo molto apprezzato dagli studiosi di queste malattie. Per la creazione di tale clinica avendo io intenzione, come ebbi già a dire verbalmente a V.E. di istituire qualche opera di beneficenza che ricordi il compianto mio figlio Antonio, farei l'offerta di € 200.000, somma che credo più che sufficiente per l'impianto. Molto probabilmente si troveranno altri benefattori che vorranno contribuire con offerte a quest'opera benefica. L'E.V. che con tanto amore ed interesse si occupa degli Ospedali dell'Ordine e nulla risparmia di quanto è possibile per crescerne il lustro e l'azione benefica, spero vorrà prendere in considerazione questa mia proposta, e sottoporla allo Ecc.mo Consiglio dell'Ordine. Nella ipotesi che il Consiglio consenta nelle idee da me esposte ed approvi la proposta, io prego la E.V. a comunicare che S.M. si sarebbe degnato di consentire al mio vivo desiderio che questo Padiglione venga intitolato alla memoria del mio povero figlio e che io sarei riconoscentissimo se il Consiglio volesse unire il suo gradimento all'assenso del nostro Amatissimo Sovrano. Riservandomi, quando l'E.V. lo desidero di presentare un progetto dettagliato, coi più sentiti ringraziamenti e col più profondo ossequio.

Devotissimo²⁵.

Nella lettera che il Carle inviò al Consiglio dell'Ordine, manifesta esplicitamente questo suo proposito. Il senatore Paolo Boselli, in qualità di Primo Segretario di S.M., a nome del Consiglio, inviò a Carle un telegramma di completa accettazione della proposta:

Il Consiglio autorizzando ad accettare la generosa offerta alle condizioni enunciate nella lettera della S.V. del 5 corrente mi incarica di esprimerle la sua riconoscenza per il nuovo beneficio che Ella vuole arrecare all'Ospedale Mauriziano il quale dalla opera sapiente di Lei già riceve ogni giorno così gran lustro. Il Consiglio inoltre nel porgere riverente plauso al consenso Sovrano perché il nuovo Padiglione si intitoli al nome del compianto di Lei figlio, fa voti che la consacrazione di così cara memoria in opera tanto benefica e pietosa riesca di conforto al Suo dolore cui prende parte con alta ed affettuosa considerazione per Lei²⁶.

Successivamente, nella riunione del Consiglio dell'Ordine del 5 Giugno 1911, Carle modificò il suo intendimento, e anziché elargire una somma propose di costruire il Padiglione interamente a sue spese comprensivo di arredamento, presentando il progetto dell'architetto Giovanni Tempioni:

[...] S.E. Boselli riferisce in seguito circa all'offerta del Professore Carle per l'istituzione di un nuovo padiglione da intitolarsi al suo figliuolo Mimo nell'Ospedale Mauriziano di Torino. Spiega come siano ora mutate le proposte del donatore, invece della somma di lire 200.000 dapprima offerte, il Professore Carle consegnerà all'Ordine il padiglione completamente costruito ed allestito a sua cura e spesa,

²⁵ Archivio Storico Ordine Mauriziano (d'ora in poi AOM), *Sessioni del Consiglio*, 1910-11-12, vol. n. 132, f. 68-69.

²⁶ AOM, *Sessioni del Consiglio*, 1910-11-12, vol. n. 132, f. 69 v.

indipendentemente da qualsiasi ingerenza amministrativa. Presenta al Consiglio i disegni e progetti dell'architetto Tempioni, da lui esaminati ed approvati; il nuovo padiglione conterà di due piani, oltre al sotterraneo; sarà collegato all'edificio già esistente e sorgerà sull'area tuttora sgombra nel lato di ponente prospettante il Corso Re Umberto. Al primo piano destinato agli ammalati gratuiti, vi saranno due sezioni, una maschile, l'altra femminile, capaci di 22 letti, dei quali non meno di 14 interamente gratuiti ed 8 semi-gratuiti; al secondo due reparti a pagamento per gli uomini e per le donne, capaci complessivamente di 18 letti. Feci fare degli studi, continua S.E. Boselli, sulla spesa che occorrerà per mantenere questo nuovo padiglione e sullo ammontare della diaria che si potrebbe fissare per i ricoverati a pagamento; tali diarie che si potrebbero calcolare a Lire 3 per i semi-gratuiti, a £ 10 e 14 per i più abbienti darebbero un reddito annuo tale che compenserebbe della spesa occorrente pel mantenimento dei gratuiti. Le rette a pagamento si potrebbero anche fissare a £ 9 ed a £ 12 ma di tutto ciò chiede al Consiglio facoltà di deliberare nel miglior interesse dell'Amministrazione Mauriziana [...]»²⁷.

Nella riunione del Consiglio dell'Ordine del 16 settembre 1912 veniva anche approvato un regolamento in sei articoli riguardante il nuovo Padiglione; in particolare l'art. 2 recita "Questo nuovo padiglione che il donatore deliberò di offrire all'Ordine Mauriziano, provvidendolo con prospera liberalità d'ogni arredo necessario al suo pieno e regolare assetto, è destinato alla cura delle malattie degli organi digerenti"²⁸.

Il Padiglione viene costruito in pochissimo tempo ed inaugurato nel 1913.

Dopo una prima cerimonia avvenuta il 3 aprile 1913, si ha riscontro dei primi ricoveri a partire dal 6 aprile 1913. L'inaugurazione ufficiale alla presenza del Re d'Italia Vittorio Emanuele III avviene il 16 settembre 1913, e Boselli per l'occasione così si esprime:

²⁷ AOM, *Sessioni del Consiglio*, 1910-11-12, vol. n. 132, f. 96-97.

²⁸ AOM, *Decreti*, vol. 15, 1910-1914, p.242.

Antonio Carle e la consorte di lui, Adele Abrate, donna di sante virtù, trassero da un immenso lutto consiglio benefico e generoso. Un giovinetto sugli undici anni di età, bello della persona, scintillante d'ingegno, pronto ad ogni amabile vivacità, fu, per indomita malattia, divolto dall'amplesso dei genitori che tanta parte del loro cuore avevano riposta in quel sorriso di vita lieta e gagliarda e nei presagi del suo avvenire. E vollero, i dolorosi, che la memoria del diletto MIMO proseguisse cara ed invocata in quest'Ospizio di carità e di scienza, di lagrime e di conforti; qui dove il Dio delle misericordie consola gli afflitti, qui dove regna il sapere di Antonio Carle e si propagano luminosi i suoi insegnamenti e la sua mano, prodigiosamente, salva, vivifica, trasforma; qui dove – da oltre sette lustri – si svolge, come in domestica consuetudine, quasi in familiare dimora, l'insigne magistero suo, che pare sempre sia giunto al sommo delle mirabili prove e sempre, ancora, progredisce e si innalza. Quando, o Signori, presso al letto di chi soffre si posa l'occhio e si pensa, si studia, si prega e si vincono, od almeno si alleviano i mali, la fraternità umana si manifesta nelle supreme virtù dell'intelletto e dell'amore. Qui, Antonio Carle eresse, con liberalità di benefattore, con sapienza di maestro, il Padiglione, che del predetto figliuolo serba il nome e l'effigie, cui Pietro Canonica ridiede, per quanto l'arte più e meglio vale, spirito e favella. Divisò il Carle di accogliere in questo Padiglione le malattie che si appartengono agli organi digerenti, rispetto alle quali, proprie com'esse sono e della chirurgia e della medicina, è autorevole opinione che giovi uno speciale ordinamento, sì per le odierne guarigioni e sì perché sempre più si avanzi nel procurare quelle dell'avvenire. L'ufficio degli Ospedali, informati ai propositi della carità illuminata, mira insieme alle cure presenti e alle vigili e rivelatrici operazioni della scienza, onde a pro' di tutte le generazioni si ristaura la vigoria e si favorisce la serenità della vita umana. Il pensiero clinico del Padiglione Carle concorda coll'andamento costante di questo Ospedale dove, e nelle aule della medicina e in quelle della chirurgia, diffondono luce di dottrina e porgono esempio di abilità i Primari illustri, mentre ferve l'ingegno e si tempera l'esperienza di giovani valenti che tramanderanno e accresceranno il retaggio degli ammaestramenti sicuri e rinnovatori. Nel Padiglione Carle, al quale un rinomato architetto conferì i

convenienti pregi della bellezza e le acconcie comodità, la maggior parte dei letti è apprestata per gli infermi poveri e significa la vocazione pietosa. E vocazione di pietà e religione di carissime memorie, consacrate nel pianto inconsolabile, e impulso di amicizia grata e devota, mossero persone elette a partecipare nell'opera di Antonio Carle; e il nome di esse, più lungamente ancora che sui marmi, rimarrà scolpito nei cuori che benedicono. Interpreti diuturne dei cuori benedicienti saranno le nostre Suore di carità, alle quali l'idea celeste apprende l'amore e i miracoli del sacrificio senza posa e senza confini. Piacque al Re d'Italia, dell'Ordine Mauriziano *Magnus Magister*, accettare l'offerta del munifico donatore, e l'Augusto Sovrano inaugurò il Padiglione Mimo Carle nel dì 16 del trascorso settembre. In quel giorno solenne la tradizione delle antiche liberalità si rinnovellò per l'eccelso intendimento del Principe che sa delle istituzioni della sua Casa tutte le glorie e asseconda propizio quanto di vero e di giusto si annunzia nel progredire di ogni giorno [...]. Varcando la soglia del nuovo padiglione salutiamo, o Signori, il dolore che benefica, la carità che rigenera, la scienza che trionfa. La gloria dei cuori è massima parte della gloria dei popoli civili ²⁹.

Attività sanitaria e medici della sezione di gastroenterologia dell'ospedale Mauriziano Umberto I di Torino

RICOVERI E VISITE AMBULATORIALI. Si riportano i dati relativi al numero di ricoveri e alle diagnosi più frequenti formulate nei primi tre anni di attività 1913-1915 (tab.1). Possiamo notare che le patologie e le alterazioni funzionali gastro-duodenali (ulcere gastriche o duodenali, neoplasie gastriche, iper - o ipocloridria gastrica, ptosi gastrica ecc.) costituiscono il nucleo più numeroso dei ricoveri. Il Padiglione dedicato alla Gastroenterologia è indicato nei documenti come Sezione Gastropatica per molti anni. Riteniamo che questo sia fatto per brevità ma anche

²⁹P. BOSELLI, *L'Ordine Mauriziano dalle origini ai tempi presenti*, Officina Grafica Elzevieriana, Torino 1917, pp. 603-605.

perché fra i ricoveri, come riportato sopra, prevalgono le malattie del tubo digerente superiore ed anche perché in quegli anni i clinici ed i ricercatori concentravano i loro sforzi su secrezione gastrica, dispepsia, ptosi gastrica, nevrosi ipersecretorie, gastrite, dilatazione gastrica, atonia gastrica³⁰. Inoltre, l'esame radioscopico dello stomaco aggiungeva altri dati alle valutazioni del paziente. Negli anni '30 i ricoveri presso il padiglione Mimo Carle – sezione gastropatica – registrano un incremento (tab.2).

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, riportiamo il numero delle visite effettuate nell'anno 1915 (tab.3).

L'assistenza ospedaliera nel padiglione Mimo Carle è stata continuativa dal 1913 ad oggi, come risulta dai certificati di ricovero dei pazienti e dai medici che hanno lavorato presso la sezione gastropatica (gastroenterologica).

Medici della Sezione Gastropatica. Il primo responsabile medico della Sezione è stato il dr. Ettore Gruner nominato Aiuto responsabile della Sezione dal 1° aprile 1913 e successivamente primario dal 1° gennaio 1915 fino alla morte avvenuta il 3 aprile 1934 (fig.6).

Successivamente, il dr. Guido Virano risulta essere stato Aiuto responsabile della Sezione Gastropatica dal 1° gennaio 1937 fino al 29 febbraio 1944. Dal 11 dicembre 1941 “gli sono affidati il funzionamento e la dirigenza dei Servizi di accettazione, di Ambulatorio e di Laboratorio speciale per le malattie dell'Apparato Digerente”. A marzo del 1944 il dr. Virano diventa “co-primario della Sezione Medica per le Malattie dell'Apparato Digerente” e dal 21 aprile 1950 ottiene la qualifica di Primario fino al collocamento a riposo avvenuto il 26 ottobre 1972.

Oltre ai dr. Gruner e Virano, che sono stati responsabili medici della Sezione Gastropatica fino ai giorni nostri, occorre ancora ricordare almeno altri due medici

³⁰ A. MATHIEU, J. C. ROUX, P. DUVAL, *Esquisse générale de l'évolution de la pathologie et de la thérapeutique gastro-intestinales depuis vingt-cinq ans* in “Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition”, n. 1, 1907, pp. 3-19.

che hanno lavorato nel suddetto reparto in questo periodo: il dr. Delfino Reinerio che ha lavorato in qualità di “Assistente straordinario” e poi “Ordinario” dal 1 gennaio 1951 al 31 dicembre 1956 presso la Divisione per le Malattie Gastropatiche ed il dr Piero Mazzola, radiologo addetto alla Sezione Gastropatica dal 1955 fino al decesso avvenuto il 18 agosto 1964.

Commenti e conclusioni

Crediamo che la storia del padiglione dedicato a Mimo Carle dal padre sia esemplare e meriti di essere ricordata per vari motivi.

Innanzitutto, per la grande generosità di Carle nel volere, in ricordo del figlio deceduto in tenera età per una patologia gastrointestinale, un’opera che potesse essere di aiuto per tutti, al servizio della popolazione e che potesse aggiungere ulteriore lustro all’Ordine Mauriziano e nello specifico all’Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, al quale era legatissimo.

Inoltre, per la visione innovativa che ha dimostrato nel voler costruire un padiglione da dedicare per intero alla cura e alla ricerca delle malattie gastrointestinali. Questa visione è molto in anticipo sui tempi in considerazione del fatto che il secondo reparto istituito in Italia fu inaugurato nel 1933 all’Ospedale San Camillo di Roma.

Ancora più anticipatrici appaiono oggi le sue idee se consideriamo che, nella sua convinzione, il reparto di gastroenterologia avrebbe dovuto coniugare assistenza e ricerca e collaborare strettamente con la chirurgia, quasi prefigurando un futuro dipartimento (“è autorevole opinione che giovi uno speciale ordinamento”)³¹. Se pensiamo che il primo dipartimento sperimentale medico-chirurgico gastroenterologico in Italia fu realizzato nel 1992 alle Molinette di Torino sotto la guida del prof. Giorgio Verme, possiamo capire quanto Carle fosse in anticipo sui tempi.

³¹ BOSELLI, *L’Ordine Mauriziano dalle origini ai tempi presenti*, cit.

A dimostrazione di come l'innovazione tecnologica e la ricerca scientifica siano state la guida dell'operato di Antonio Carle, e come queste fossero incoraggiate e ben si inserissero nelle decisioni e negli orientamenti dell'Amministrazione, è opportuno ricordare che, con R.D. 8 febbraio 1914 veniva inaugurato il Gabinetto speciale di radiumterapia, tra i primi al mondo dopo l'*Institut du radium* di madame Curie inaugurato a Parigi nel 1909.

Dobbiamo ancora ricordare come la progettazione, l'esecuzione dei lavori e l'inaugurazione di un'opera così importante e complessa siano avvenute, sotto il controllo e la spinta diretta di Antonio Carle, in tempi brevissimi.

Le benemeritenze in campo sociale di questo grande chirurgo rappresentano certamente un suo grande valore personale, tuttavia ben più grande in campo sociale è stata l'importanza del suo insegnamento, basato sul metodo scientifico e sull'innovazione in ambito chirurgico, che ha lasciato in eredità a tutta la sua scuola e alla chirurgia italiana.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano l'Archivio Storico Ordine Mauriziano, il dott. Rodolfo Rocca e la Divisione di Gastroenterologia dell'Ospedale Mauriziano per la collaborazione e disponibilità.

Bibliografia

- A. Allodi, G. Cerruti, *Contributo allo studio della patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale*, Archivio per le malattie dell'apparato digerente, Bologna 1931, vol. 1, n. 1, p. 387.
- L. Baumel, *Maladies de l'appareil digestif – Leçons faites a la société de Médecine de Montpellier*, Montpellier, Camille Coulet Libraire – Éditeur 1888, Paris, A. Delahaye & E. Lecrosnier Libraires – Éditeurs, 1888.

- P. Boselli, *L'Ordine Mauriziano dalle origini ai tempi presenti*, Officina Grafica Elzeviriana, Torino 1917.
- A. Carle, G. Rattone, *Studio sperimentale sull'eziologia del tetano*, Giornale della Regia Accademia di Medicina, 1884.
- M. Donati, *L'opera chirurgica di Antonio Carle*, in *In onore di Antonio Carle nel XXX anno di insegnamento*, 11 maggio 1925, Tipografia Sociale Torinese, Torino 1925, pp. 30-39.
- G. M. Fasiani, C. Frugoni, E. Milani, *Archivio italiano delle malattie dell'apparato digerente*, n° 1, Bologna 1931.
- E. Masenti, A. Bargoni, *Antonio Carle fondatore della moderna scuola chirurgica piemontese*, in *Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino*, anno CLVII, Tipografia Bodrato, Torino 1994.
- A. mathieu, *Avant-Propos*, Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition, I, 1907, pp. 1-2
- A. mathieu, J.C. roux, P. duval, *Esquisse générale de l'evolution de la pathologie et de la thérapeutique gastro-intestinales depuis vingt-cinq ans*, Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition, I, 1907, pp. 3-19.
- G. E. Sladen, British Society of Gastroenterology: golden jubilee Gut. 1987 Sep; 28 (Suppl): 16–17.
- O. Uffreduzzi, *Giornale della Reale Accademia di Medicina*, 18 maggio 1928, pp. 182-196.
- Paris Médical. *La semaine du Clinicien*. XXXIV - partie paramédicale, 1919 p. 117.
- Paris médical, *La semaine du Clinicien*. XXXVI - partie paramédicale, 1920. *Le siècle médical*, vol. 1. - Paris, 1928, pag.3.

SITOGRAFIA

- [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(17\)36278-9/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(17)36278-9/fulltext)
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2579719/pdf/gut00732-0018.pdf
- <https://gastro.org/about-aga/about-us/>
- <https://s3.gi.org/members/annbook/chapter1.pdf>
- www.sigeitalia.it/Docs/Storico_Presidenze_SIGE.pdf
- [https://www.treccani.it/enciclopedia/antonio-carle_\(Dizionario-Biografico\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/antonio-carle_(Dizionario-Biografico)/)

Fonti archivistiche

Archivio Storico Ordine Mauriziano (AOM).

AOM, Sessioni del Consiglio, 1910-11-12, vol. 132.

AOM, Personale Sanitario dal 1870 al 1923, vol. 1.

AOM, Personale Sanitario dal 1923 al 1946, vol. 2.

AOM, Decreti, 1910-1914, vol. 15.

Carle Dottore Antonio				
1 COGNOME E NOME	2 LUOGO e DATA della nascita e domicilio anteriore all'impiego	3 STATO DI FAMIGLIA se celibe, ammogliato o vedovo, se con prole o senza numero delle persone della famiglia data del matrimonio	4 GRADI ACCADEMICI Studi, Esami sostenuti, Volontariato Uffici occupati prima di appartenere al Gran Magistero e tempo del relativo servizio	5 ANNOTAZIONI
Carle Dott. Antonio n. 3 maggio 1844	Chiara Felice	Ammogliato con prole	Laureato in Medicina e Chirurgia nell'anno 1872. Dal 1872 allievo interno dello spedale civ. di Torino. Dopo la laurea restò nello stesso spedale in qualità di Assistente fino al giugno 1885, e fora in cui venne no- minato Comprimario. Dietro concorso gli fu conferita nel 1885 pure la qualità di libero do- cente di Clinica Chirurgica nella R. Università di Torino.	Nell'anno scolastico 1880-81 si recò, col consenso ed incorag- giamento dell'Ordine, all'estero nelle clini- che di Vienna e di Lipsia, dove passò un anno in quali- tà di assistente volontario.

Fig. 1: Antonio Carle. AOM, Personale Sanitario dal 1870 al 1923, vol. 1, fasc. 1.



Fig. 2: C. Gregorio Calvi di Bergolo, *La scuola di Antonio Carle*, 1937, dipinto su tela, aula di Clinica Chirurgica Università di Torino.

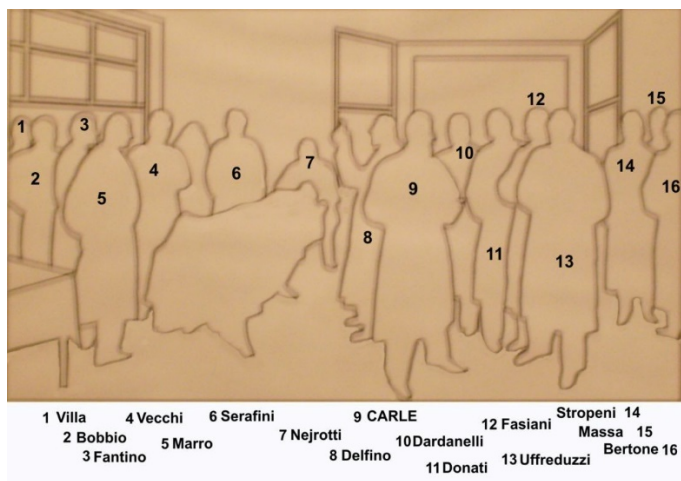


Fig. 3: Indicazione dei soggetti ritratti nella fig. 2.

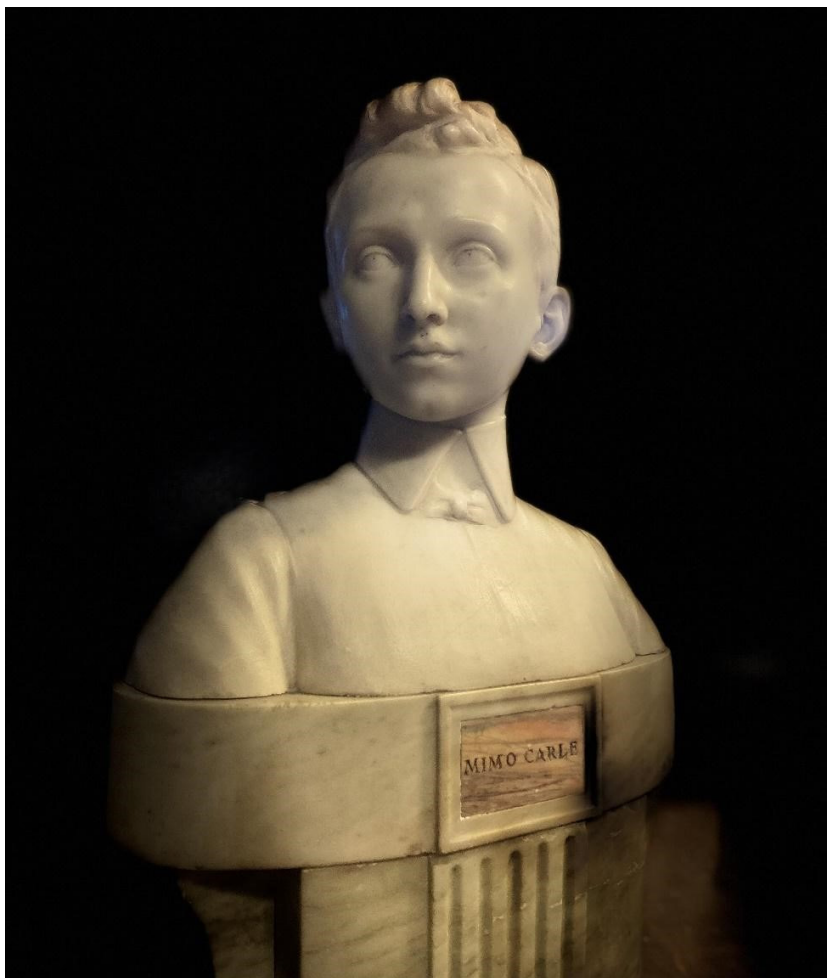


Fig. 4: Busto di Mimo Carle. Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino. Biblioteca Storica.

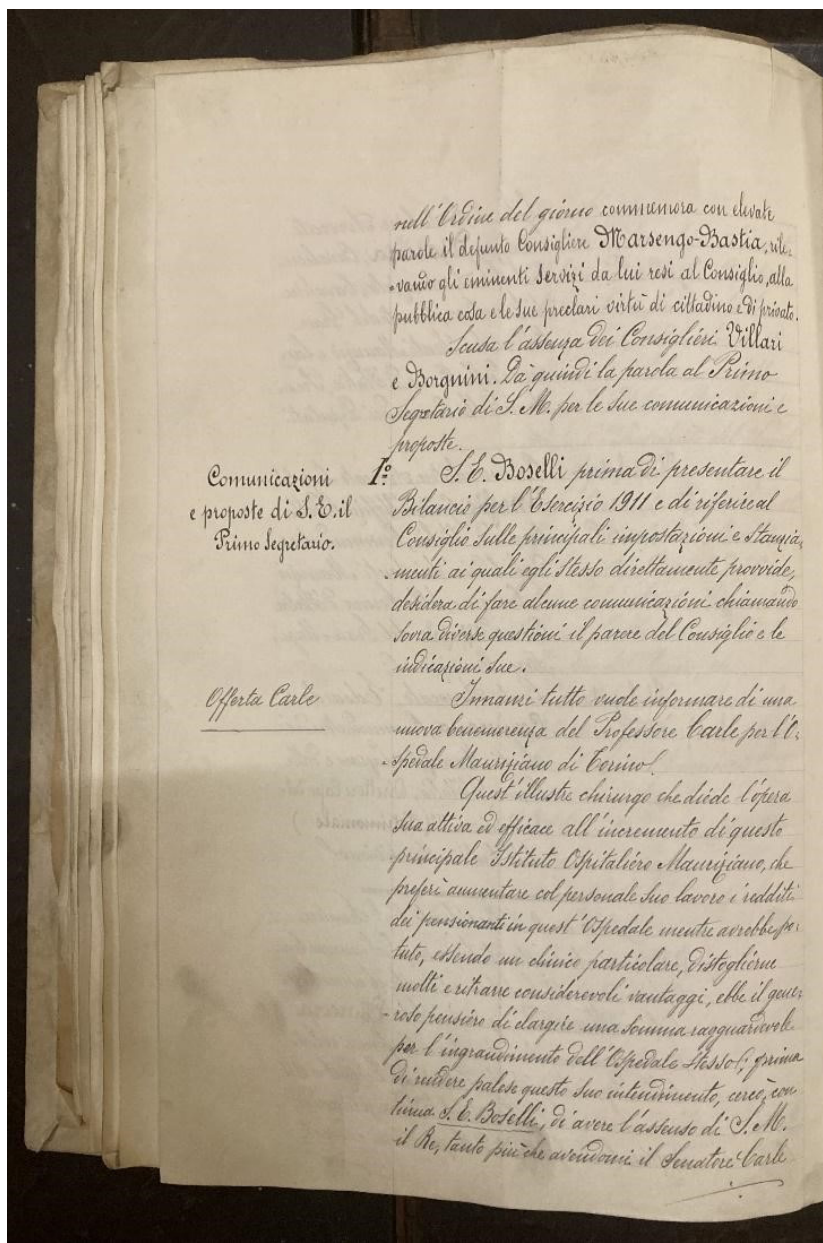


Fig. 5: Estratto del verbale della delibera del Consiglio dell'Ordine Mauriziano della seduta del 7 dicembre 1910. AOM, Sessioni del Consiglio, 1910-11-12, vol. n. 132, f. 68 v.

STATO PROGRESSIVO DI SERVIZIO NEL GRAN MAGISTERO MAURIZIANO, O NELLE AMMINISTRAZIONI CHE NE DIPENDONO						
DATA DELLE NOMINE Traslocazioni, Promozioni aumenti di classe, ecc., ecc.	QUALITÀ DEGLI UFFIZI SOSTENUTI	ANNUO STIPENDIO		TEMPO per cui si è occupato ciascun Ufficio		
		It.	L.	Cent.	Anni	Mesi
R. D. 31 agosto 1899	Assistente supplente all'ospedale S.° "Lombardo" con lo stipendio di per un anno, dal 1° agosto 1899	200				
R. D. 2 settembre 1900	Tale confermato per un anno, con dal 1° agosto 1900	300				
R. D. 28 luglio 1901	Tale confermato per un anno, con dal 1° agosto 1901	300				
R. D. 4 agosto 1902	Tale confermato per un anno, con dal 1° agosto 1902	300				
R. D. 22 luglio 1903	Tale confermato per un anno, con dal 1° agosto 1903	300				
R. D. 26 giugno 1904	Tale confermato a tutto die. 1904, con	300				
R. D. 1° febbraio 1906	Tale confermato a tutto die. 1906, con	300				
R. D. 20 die. 1906	Tale confermato a tutto die. 1907, con	300				
R. D. 13 giugno 1907	Assistente effettivo con lo stipendio di dal 1° luglio al 31 die. 1907	1000				
R. D. 29 die. 1907	Tale confermato a tutto giugno 1908, con	1000				
R. D. 2 luglio 1908	Tale confermato a tutto die. 1908, con	1000				
R. D. 20 die. 1908	Tale confermato per il biennio 1909-1910, con	1200				
R. D. 4 die. 1910	Assistente ordinario di 1° classe, con la qualifica di Aiuto di medicina, per il biennio 1911-1912, con lo stipendio di	1200				
R. D. 27 febb. 1913	Aiuto specialmente incaricato della parte medica nel nuovo padiglione "Mimo Carle" per il biennio 1913-1914, con lo stipendio di Lo stipendio cominciò a decorre soltanto dal 1° aprile 1913, data d'apertura del padiglione	1200				

Fig. 6: Estratto del registro del personale del dott. Gruner con l'assegnazione al Padiglione Mimo Carle. AOM, Personale Sanitario dal 1870 al 1923, vol. 1., fasc. 6.

RICOVERI PADIGLIONE MIMO CARLE 1913-14-15

1913 totale 240	1914 totale 325	1915 totale 298
Appendicite		N.95
Ulcera gastrica o duodenale		N.79
Carcinoma stomaco o esofago		N.95
Colecistite o litiasi VBP		N.42
Gastroptosi		N.53
Iperipocloridria		N.53
Stenosi intestino, polipi, Ca retto, Ca perineale		N.46
Patologie intestinali funzionali		N.18
Tumori fegato,pancreas o altre sedi		N.22
Cirrosi epatica		N. 6

Tab. 1 - Diagnosi di dimissioni più frequenti nella sezione gastropatica padiglione Mimo Carle anni 1913-14-15.

ATTIVITÀ SANITARIA MAURIZIANO 1932-41			
	1932	1936	1941
Numero letti	414	414	637
N. ricoverati	4.451	4.404	7.555
N. Ricoverati per sezione: Medica	1.633	1.331	2.145
Chirurgica	2.366	2.490	3.834
Gastropatica	452	583	1.098
Durata media degenza: Medica	26,32	27,36	21,75
Chirurgica	22,67	20,35	19,71
Gastropatica	25,18	22,30	22,84
Presenze ricoverati per Sez: Medica	42.977	36.420	46.670
Chirurgica	53.638	50.666	75.600
Gastropatica	11.381	13.006	25.088
Eccedenza attivo di bilancio £.	720.981,58	371.966,01	690.794,95

Tab. 2 - ricoveri presso la sezione gastropatica padiglione Mimo Carle negli anni 1932, 1936, 1941, con l'indicazione della durata media delle degenze.

Ospedale Mauriziano « Umberto I »

Consultazioni e cure negli ambulatori nell'anno 1915

	GRATUITE	A PAGAMENTO	TOTALI
Chirurgia generale	13.778	—	13.778
Medicina generale	7.592	—	7.592
Ginecologia	6.498	—	6.498
Otorinolaringologia	9 083	—	9.083
Gastropatia	2.618	—	2.618
Urologia	234	—	234
Neurologia	133	—	133
Odontoiatria	902	—	902
Infortuni	—	17.281	17.281
Casi d'urgenza	893	—	893
TOTALI	41.731	17.281	59.012

Consultazioni e cure nei gabinetti speciali nell'anno 1915

	GRATUITE	A PAGAMENTO	TOTALI
Radiumterapia			
Applicazioni	205	23	228
Emanatori	213	23	236
Radiologia			
Applicazioni	90	11	101
Radiografie	1.334	201	1.535
Radioscopie	707	251	958
Elettroterapia	1.232	558	1.790
TOTALI	3.781	1.067	4.848

Tab. 3 - Attività ambulatoriale nella sezione gastropatica nell'anno 1915.

Sententia Bruni de aegritudinibus oculorum

Alessandro Perrone

Ospedale dell'Annunziata Cosenza (perroneales@gmail.com)

Riassunto

Un manoscritto del XIV secolo attribuito a Bruno da Longobusso e custodito presso la Biblioteca Nazionale Austriaca a Vienna tratta delle malattie degli occhi e della chirurgia oculistica. Tratto dalla Chirurgia Magna, opera più ampia dell'autore, il manoscritto rivela la vasta cultura e a tratti l'originalità dell'autore, considerato il pioniere della moderna chirurgia accademica.

Summary

A 14th century manuscript attributed to Bruno da Longobusso and kept at the Austrian National Library in Vienna deals with eye diseases and eye surgery. Taken from Chirurgia Magna, the author's most extensive work, the manuscript reveals the vast culture and at times the originality of the author, considered the pioneer of modern academic surgery.

Parole chiave

Bruno, chirurgia, oculistica, medioevo, università

Keywords

Bruno, surgery, ophthalmology, middle ages, university

Bruno da Longobucco

Le notizie sui primi anni di vita di Bruno (Fig.1) si perdono nella notte dei tempi. Padre Francesco Russo¹ ne colloca la nascita nel primo decennio del XIII secolo in considerazione del fatto che fu lo stesso Bruno ad affermare di aver completato la *Chirurgia Magna*², la sua opera principale, nel 1253, presumibilmente in piena maturità umana e scientifica. Sempre dagli scritti di Bruno apprendiamo con certezza il suo luogo di nascita: “Brunus gente Calabrica patria Longoburgensis”. Longobucco o Longoburgo (arcaico) è un borgo situato nel cuore della Sila Greca in Calabria Citeriore conosciuto fin dall'antichità per le sue miniere di argento. Nel XIII secolo l'attività estrattiva fu implementata e incoraggiata grazie all'impulso impresso dall'Imperatore Federico Secondo di Svevia (1194-1250). Fu in questa fase storica di benessere e di vivacità economica e commerciale che nacque e crebbe Bruno. È possibile che il padre fosse un uomo istruito addetto all'amministrazione delle miniere e che l'educazione del figlioletto fosse stata affidata ad ambienti ecclesiastici tra Longobucco e la vicina Rossano, centro culturale di tradizione bizantina dove operavano numerosi medici e chirurghi. Bruno, ormai irrobustito culturalmente dallo studio dei classici e già avviato alla professione medica, lasciò la Calabria per mete più ambiziose. Durante la permanenza alla Scuola di Salerno studiò i testi di medicina di Ippocrate, Galeno, dei Bizantini e degli Arabi completando la sua già ampia base culturale e apprese

¹ F. RUSSO, *Medici e veterinari Calabresi (sec. VI-XV), ricerche storico-bibliografiche*, Tip. Laurenziana, Napoli 1962, p. 10.

² La *Chirurgia Magna* è l'opera più importante e conosciuta di Bruno da Longobucco. Si divide in due libri di venti capitoli ciascuna.

gli insegnamenti di Ruggero Frugardo³, raccolti nella sua *Chirurgia* e pubblicati postumi in varie versioni dai suoi allievi, Guido d'Arezzo e Rolando da Parma. Vale la pena ricordare che nell'Alto Medioevo la chirurgia nel vecchio continente era relegata a pratica minore, ben distinta dalla medicina accademica e appannaggio, nella migliore delle ipotesi ai cerusici, barbieri esperti in piccoli interventi superficiali. Il panorama desolante della pratica chirurgica era composto da cavadenti, conciaossa, salassatori e abbassatori di cataratte che con il loro caravan serraglio ambulante giravano per paesi e villaggi promettendo interventi dalla riuscita miracolosa e assicurata. Non era programmato il controllo post-operatorio anche perché, nottetempo, questi ciarlatani raccoglievano il loro strumentario e ripartivano furtivamente facendo perdere le loro tracce. Unica eccezione era rappresentata dai medici ebrei ai quali era concesso di accedere alle madrase del lontano oriente dove apprendevano l'arte della chirurgia insegnata dai grandi chirurghi arabi, tra i quali ricordiamo Abulcasis, Avicenna e Ammar ibn Ali.

Bruno si inserisce quindi in questa fase storica di rivalutazione, in Europa, della chirurgia come disciplina con dignità autonoma prefigurata da indicazioni, tecniche e protocolli codificati e avallati da studiosi affidabili e dalle solide basi culturali, preparati anche nel campo dell'anatomia, disciplina fino a quel momento negletta a causa di retaggi culturali e religiosi. Nel 1224, veniva sancita, da Federico II, l'importanza degli studi anatomici per la pratica della chirurgia⁴. Egli con decreto imperiale "proibì la pratica della chirurgia a chi non avesse frequentato un corso regolare di nozioni di anatomia"⁵. Si comincia a intravedere anche per la chirurgia un riconoscimento accademico che, come vedremo, troverà realizzazione con Bruno e con la nascita delle prime Università. Negli anni successivi, desideroso di completare la sua formazione chirurgica, Bruno si trasferì a Bologna, alla rinomata scuola del Maestro Ugo de' Borgognoni⁶. Presso di lui Bruno apprende i segreti

³ Ruggero Frugardo, vissuto nella seconda metà del XII secolo e fondatore della Scuola Chirurgica Salernitana.

⁴ N. DELLE NOCI, Storia dell'Oculistica, SIFI Editore, Roma 2000, Volume secondo, p. 61.

⁵ N. DELLE NOCI, Op. cit., p. 56.

⁶ U. de' Borgognoni (Lucca, 1180 – Bologna, 1258) Maestro di Chirurgia.

dell'arte dettati dal Maestro e tra questi la nozione fondamentale che la guarigione delle ferite dipende in larga misura dalla loro pulizia. Questo concetto all'epoca rivoluzionario e sconosciuto era fondato su di una base empirica ma Bruno ne intuì la validità e lo trasferì nei suoi scritti. Il Maestro Ugo non lasciò nulla di scritto ma trasferì oralmente e praticamente la sua esperienza agli allievi. A tal proposito il De Renzi affermò:

e forse neppure il suo nome sarebbe arrivato a' posteri ove non fosse surto altro uomo che veniva a congiungere insieme le dottrine degli antichi e l'efficace chirurgia de' moderni. Quest'uomo fu Bruno da Longobucco...calabrese dotto e intraprendente⁷.

Bruno divenne ben presto un Maestro e insegnava e praticava la chirurgia tra Bologna, Verona, Vicenza e Padova. In quel torno di tempo, il vivace movimento culturale condusse alla nascita delle Università, intese come luoghi di incontro tra docenti e discenti dove trovavano realizzazione la conservazione, la trasmissione la codifica e il rinnovamento della cultura in senso universale. Dopo la fondazione dell'Università di Bologna (1088) intorno ad un nucleo di studi giuridici, fu la volta dell'Università di Padova fondata nel 1222 anch'essa votata inizialmente agli studi teologici, di diritto canonico e civile. Ben presto, grazie ad una migrazione di professori e studenti provenienti da Bologna, dove godevano di maggiore autonomia e libertà, furono attivate le prime cattedre di medicina e per la prima volta una cattedra di chirurgia che fu affidata nel 1250 al Magister Bruno che, secondo alcune fonti,⁸ la tenne fino al 1253 anno di pubblicazione della *Chirurgia Magna*. L'opera, creata in due volumi a loro volta suddivisi in venti capitoli ciascuno, tratta delle ferite, delle fratture, delle lussazioni, delle malattie degli occhi, dei denti, delle emorroidi, delle fistole, degli ascessi, dell'estrazione di corpi estranei, di malattie della pelle. Il trattato divenne ben presto il punto di riferimento per tutti

⁷ S. DE RENZI, Storia documentata della Scuola medica di Salerno, St. Tip. Nobile, Napoli 1857, Rist. an. pp. 491-497

⁸ A. FOCÀ, Maestro Bruno da Longobucco – Chirurgo, Laruffa Editore, Reggio Calabria 2004, p. 47.

coloro che intendevano studiare e praticare l'*ars chirurgica* ed ebbe una grande divulgazione e diffusione tanto da indurre Bruno a scrivere e pubblicare una edizione più maneggevole e riassuntiva che intitolò *Chirurgia Parva*, un vero e proprio manuale ad uso di studenti⁹ e chirurghi nel quale però venivano sacrificati alla sintesi alcuni argomenti come, ad esempio, le malattie degli occhi. Vale la pena sottolineare la circostanza che a quel tempo le copie di queste opere erano eseguite a mano su pergamena dagli amanuensi che ne arricchivano spesso l'edizione con miniature colorate e spesso, come nel caso dell'opera *magna* di Bruno (settanta fogli di pergamena), erano di difficile consultazione a causa delle dimensioni e del peso. Questa attività costava tempo e il tempo come sappiamo è denaro e per questa ragione furono create delle copie di singoli argomenti, quelle che oggi chiamiamo monografie. Ed è proprio uno di questi manoscritti l'oggetto del nostro studio.

Il Manoscritto¹⁰

Si tratta di un vero e proprio “manuale” di chirurgia oculistica estratto in larga misura dalla *Chirurgia Magna* opera nella quale l'autore tiene in grande evidenza le malattie degli occhi e il loro trattamento chirurgico. Di seguito l'*incipit* del secondo libro:

Dopo che io, Bruno da Longobucco, nella prima parte di questo libro ho sufficientemente parlato della soluzione di continuità, tanto di quella semplice, quanto di quella composita e secondo tutti i tipi, amico caro, propongo di dirigere il mio corso, col favore divino, alla cura delle altre malattie provocate da cause

⁹ Veniva utilizzato come testo universitario a Padova e Bologna e come testo curriculare previsto dallo statuto dell'Università di Bologna dal 1405. Tanto è vero che per sostenere gli esami è prescritto l'uso di una traduzione manoscritta della *Chirurgia* di Bruno. A. Maierà, *Gli atti scolastici nelle università italiane*, in Luoghi e Metodi.

¹⁰ Consulenza paleografica e traduzione del testo a cura del dott. Ciro Borrelli

estrinseche o intrinseche, in base a ciò che è giusto sapere nell'ambito della chirurgia, e dirò in primo luogo della passione degli occhi.

Nell'ambito della tradizione manoscritta, il testo della *Sententia Bruni de aegritudinibus oculorum* (Il parere di Bruno sulle malattie degli occhi) si inserisce, in linea approssimativa, in un periodo intermedio tra il XIII e il XIV secolo, anche se è bene collocare la sua stesura in un periodo decisamente anteriore, prendendo come *terminus post quem* la periodizzazione cui si fa risalire la Chirurgia Magna composta tra il 1252 e il 1253.

L'originale (Fig. 2-3-4) è custodito a Vienna presso la biblioteca nazionale austriaca e consta di tre fogli pergamenei manoscritti in latino basso medioevale¹¹. Annoverato probabilmente in quegli sprazzi di pamphlettistica accademica, si tratta di un manoscritto redatto e diffuso nella veste della scrittura corsiva umanistica, nata in reazione al carattere gotico, come si può constatare nel Vat. lat 3285, con testi di Lucano, realizzata da Pomponio Leto attorno al 1470, o nel Vat. Lat. 3617, in cui Angelo Poliziano trascrisse nel 1475 parte dell'Iliade omerica tradotta in esametri latini. Essa si caratterizza per l'eleganza e l'armonia dei suoi caratteri tondeggianti. È verosimile che le glosse riportate a margine dall'amanuense (anonimo) possano configurarsi come una sistematica suddivisione dei temi affrontati dall'autore nell'ambito della sua trattazione.

La chirurgia oculistica nel Medioevo

Nell'alto medioevo le conoscenze e le pratiche intorno alla chirurgia oculistica rimanevano ristrette intorno alle indicazioni ippocratico-galeniche, riprese e tramandate, con scarsa originalità dai medici e dai chirurghi di scuola bizantina. In

¹¹ Vienna, National Bibliothek: Cod. 3306 (medic.85), ff.91-92. Incipit: *Passiones oculorum sunt diverse nam ex eis sunt lacrimae* ...Explicit: ... *sicut fuit omnino*.

particolare, ricordiamo le opere di Oribasio (321-403), Ezio d'Amida (502-575)¹², Alessandro di Tralles (525-605)¹³ e Paolo di Egina (625-690)¹⁴ che scrissero trattati comprendenti argomenti di chirurgia oculistica. A partire dall'VIII secolo si sviluppò una scuola di medicina di ispirazione arabo-islamica che raggiunse il suo massimo fulgore nell'XI secolo.

La medicina e l'oftalmologia erano tenute in grande considerazione nella civiltà islamica antica...oculisti si diventava dopo lunghi studi teorici in collegi annessi alle moschee e studi pratici in ospedale. Gli aspiranti oculisti, prima di poter esercitare la professione dovevano dimostrare ad un ispettore di conoscere le nozioni teoriche, soprattutto il contenuto dei dieci trattati sull'occhio di Joannitius. (Hunain): dovevano essere in grado di sezionare un occhio e distinguere le sette membrane e i tre umori, diagnosticare le malattie principali, essere capaci di preparare colliri e unguenti, conoscere gli strumenti chirurgici necessari per le varie operazioni¹⁵.

Se l'opera di *Joannitius*¹⁶ rappresentò un testo di riferimento per un lungo periodo (lo stesso Bruno lo cita nella sua *Chirurgia*) furono diversi i medici arabi che nei secoli successivi scrissero di oftalmologia e di chirurgia oftalmica. Tra questi ricordiamo Razes (865-925)¹⁷, Avicenna (980-1037)¹⁸, Albucasis (? - 1013) e Jesus-Hali (1010-?). Quest'ultimo autore scrisse il *Memorandum Oculariorum* che l'Hirschberg¹⁹ definì *il Canone dell'oftalmologia*. In Europa, la chirurgia oftalmica nell'alto medioevo era quasi sconosciuta. Trovare un chirurgo oculista di scuola

¹² Scrisse un'opera voluminosa intitolata *Tetrabiblion* contenente dettagliate nozioni sulle malattie oculari.

¹³ Scrisse un completo trattato di Oculistica.

¹⁴ Scrisse un'opera intitolata *Della Medicina*, nella quale descrive accuratamente le malattie degli occhi e le relative tecniche chirurgiche.

¹⁵ N. delle Noci, op. cit., p. 94

¹⁶ HUNAIN IBN IS-HAQ JOANNITIUS (809-873), scrisse un trattato di oculistica intitolato *Dieci libri sull'occhio*, pubblicata intorno alla metà del IX secolo e tradotto in epoca successiva da Costantino Africano (1020-1087) e in alcuni casi a lui erroneamente attribuito.

¹⁷ Nel secondo libro del *Continens*, Razes tratta tutti gli aspetti dell'oftalmologia compresa la chirurgia.

¹⁸ L'oftalmologia è trattata nel sesto libro del *Canone*.

¹⁹ JULIUS HIRSCHBERG (1843-1925) è stato un oculista tedesco autore di una monumentale *Storia dell'Oculistica*.

risultava praticamente impossibile. Come già accennato solo i medici ebrei (di scuola araba) la praticavano ma i loro onorari erano alla portata di pochi. Per il resto, soprattutto nelle zone rurali o periferiche, la chirurgia dell'occhio era praticata da cerusici ambulanti o, peggio, da ciarlatani senza alcuna preparazione. La situazione tende a migliorare nel basso medioevo con l'affermazione di scuole mediche anche in Europa. Tra tutte ricordiamo la scuola di Salerno, di Parma, di Bologna e quella di Montpellier in Francia. A Salerno domina nell'XI secolo la figura di Costantino l'Africano (1020-1087), traduttore di molte opere di argomento oftalmologico della tradizione araba e autore di opere originali. A Parma il caposcuola fu Ruggero di Frugardo, nella seconda metà del XII secolo, autore di un testo completo di chirurgia, il *post mundi fabricam* e a Bologna Ugo de' Borgognoni (1180-1258) che fu Maestro di Bruno. A Montpellier, fu rettore Arnaldo da Villanova (1235-1311) coevo di Bruno, che insegnò anche a Salerno. Ricordiamo tra queste l'interessante figura di Pietro Ispano che insegnò medicina nella neonata Università di Siena nella metà del XIII secolo. Scrisse un libro di argomento oculistico che ebbe grande diffusione. Nel 1276, fu eletto Papa. Il suo pontificato fu breve perché morì otto mesi dopo a causa del crollo del tetto dei suoi appartamenti. È ricordato come il Papa Oculista. Fu in questo contesto storico di ripresa degli studi scientifici in Europa e in Italia, dopo secoli di oscurantismo e arretratezza culturale, culminato con la fondazione delle Università di cui si è sopra accennato che si inserisce la figura di Bruno da Longobucco chirurgo e maestro di chirurgia e di oftalmologia. Così il de Renzi:

Appartengono allo stesso tredicesimo secolo, ed ai principi del decimoquarto, i celebri chirurghi Bruno, Teodorico, Guglielmo di Saliceto e Lanfranco, i quali si elevarono dalla massa dei volgari, ed avviarono l'arte per la buona strada. Bruno era calabrese, nativo in Longobucco, pieno di vivace ingegno e d'intraprendenza²⁰.

²⁰ S. DE RENZI, *Storia della medicina in Italia*, Forni editore, Bologna 1988, Il vol., p. 171

Se è vero che la tradizione chirurgica della scuola arabo-islamica ebbe grande influenza sulle teorie e sulle pratiche chirurgiche, anche oculistiche, in Europa e in Italia nel Basso Medioevo e nei secoli a seguire²¹, non si può negare che le opere di Bruno contengano elementi di novità e di personali modifiche alle tecniche già proposte. D'altro canto, il richiamo ad autori classici e arabi evidenzia la solida base culturale del *nostro*, arricchita dalla individuale esperienza. Così Rombolà:

Anche se Bruno riporta, già nelle prime battute del libro, ai nomi dei grandi medici del passato, quali Galeno, o di grandi medici arabi, quali Avicenna, Almansur, Albucasi, Alì Abbas, non si può disconoscere che in certi punti dell'opera vi sono concetti di considerevole originalità²².

Lo stato dell'arte della chirurgia oculistica nella seconda metà del XIII secolo risentiva delle scarse conoscenze anatomiche e fisiopatologiche. L'esame obiettivo si limitava ad una osservazione esterna "ad occhio nudo" ed era impossibile visualizzare il fondo dell'occhio²³. Anche la nosologia clinica era molto confusa. Malattie come la cataratta e il glaucoma venivano spesso inquadrare come unica entità, e le patologie del segmento posteriore (distacco di retina, emovitreo, uveiti) erano classificate con il generico termine di oftalmie. Molti autori antichi ritenevano la cataratta un umore proveniente dall'alto²⁴ che si coagulava al centro della pupilla e il glaucoma una malattia prodotta da un umore freddo che mutava l'occhio in un colorito grigio-verde²⁵. Il chirurgo, in tempi antichi, aveva soprattutto tre nemici: il dolore, il sanguinamento e le infezioni. Nel medioevo si ha notizia di chirurghi che usavano l'oppio come narcotico prima di eseguire un intervento e il sanguinamento era a volte limitato e arginato da grossolane cauterizzazioni. Per le infezioni il

²¹ *Nel Medioevo l'oculista non aveva altri maestri che gli arabi*, in Ovio, *Storia dell'oculistica*, p.

²² F. ROMBOLÀ, *Analisi della Chirurgia Magna*, in Maestro Bruno da Longobucco – Op. cit., p. 69

²³ Bisognerà attendere il 1851 quando lo scienziato tedesco Hermann von Helmholtz propose l'utilizzo di uno strumento da lui messo a punto per l'osservazione indiretta del fondo oculare che prese il nome di oftalmoscopio.

²⁴ Dal greco antico καταβαίνω (scendere, calare)

²⁵ Dal greco antico γλαυκός (ceruleo, verdognolo)

discorso è più complesso. In età pre-antibiotica, il concetto di disinfezione delle ferite era sconosciuto e la cura delle ferite chirurgiche non si affidava all'esperienza del medico o del chirurgo. Alcuni chirurghi medioevali "di scuola", più accorti, conoscevano a livello empirico l'effetto benefico sulle soluzioni di continuo di una accurata *toilette*. Bruno stesso conosceva bene questa pratica benefica: "In ogni ferita è necessario prima fermare l'emorragia e poi prevenire la suppurazione". La chirurgia oculistica medioevale di scuola bizantina e arabo-islamica infarcita di nozioni della tradizione ippocratico-galenica comprendeva il trattamento chirurgico di affezioni delle palpebre (calazio, entropion con trichiasi, ectropion, tumori), del sacco lacrimale (ascessi, flemmoni e fistole), della congiuntiva (congiuntiviti, tracoma), della cornea (pterigio, panno corneale, neovasi), dell'iride (prolasso) e del cristallino (cataratta).

Il Parere di Bruno sulle malattie degli occhi

Il testo del manoscritto in latino medievale, disposto su due colonne è diviso in paragrafi contrassegnati da un capoverso situato a lato della colonna riconoscibile da una cornice a filo rosso. Anche rossi sono i capilettera a dimensioni più grandi del carattere del testo. Distinguiamo nel testo dodici argomenti: lacrimazione, arrossamento oculare, panno corneale, ungula di carne aggiunta, sebel, coagulo di sangue, rottura dell'uvea, fuoriuscita dell'occhio, cataratta, sanie aggregante, grandine oculare, lacerazione delle palpebre. Precede la trattazione un breve prologo:

Le patologie oculari sono diverse. Difatti, fra di esse vi sono la lacrimazione, il rossore, il gonfiore, il panno corneale, l'ungula, il sangue che si forma in seguito ad un colpo. E allo stesso modo vi sono altre patologie. Le rammenterò in questo capitolo.²⁶

²⁶ Riportiamo di seguito la traduzione integrale del manoscritto

*La lacrimazione*²⁷

Dico dunque che la lacrimazione può essere di due tipi, uno ha una causa interna, per esempio gli umori acquosi che scendono dalla testa agli occhi, l'altro, invece, ha una causa esterna, come la gioia, l'ira e simili, che provocano una specie di compressione nel cervello da cui stilla l'acqua. Le lacrime provocate dalla causa interna talvolta scorrono dalle vene che stanno sotto il cranio, talaltra da quelle che stanno sopra. Esistono naturalmente dei segni peculiari, infatti, quando il flusso proviene dalle vene inferiori, provoca starnuti; quando invece viene dalle vene superiori, si sente come un formicolio nelle vene della fronte e delle tempie. La cura consiste innanzitutto nel rasare il capo del malato stringendo poi il collo con un laccio largo e morbido, fin quando si vede chiaramente la vena che sta nella fronte. Prendi poi due aghi e due fili sottilissimi e falli penetrare sotto le vene, senza perforarle, e mantenendoli distanti di tre once l'uno dall'altro; incidi le vene trasversalmente e fai scorrere il sangue fuori fin quando ti sembra sufficiente. Lega poi i capi delle vene con i fili sopradetti perché stringano il sangue, e successivamente poni cotone o stoppa macerati nell'albume d'uovo. E se sarà necessario, è consigliabile applicare farmaci astringenti. Da ultimo, si potranno curare le ferite ciascuna per come conviene. La medesima cura vale anche per le vene delle tempie: se la malattia colpisce soltanto un lato della tempia, bisognerà incidere la vena. A questa gioveranno i cauteri, dei quali tratteremo in un capitolo specifico. Parimenti si applichi questo epitema sulla fronte e sulle tempie per asciugarle. Si cospargono in parti uguali lapis rosso, aloe, timo, resina, bolarmeni, acacia e incenso. Tutti questi prodotti siano ridotti in polvere e questo intruglio sia preparato con acqua fluviale. Un altro buon collirio è fatto da parti uguali di incenso, aloe epatica, ematite e litagiro mescolati con acqua pluviale. Se si sente prurito si polverizzi l'aloe epatica stemperandola con vino bianco e acqua di rosa in misure uguali, e poi si somministri. Quando invece le lacrime che scendono dal cranio sono piuttosto sottili, allora è

²⁷ Per la cura della lacrimazione Bruno propone quindi la legatura delle vene della fronte e delle tempie e, in alcuni casi, la cauterizzazione delle stesse. Nel post-operatorio consiglia intrugli di semplici e composti preparati a modo di impiastri. Infine, una notazione interessante riguarda la lacrimazione secondaria a trichiasi che viene giustamente descritta anche nel trattamento.

necessario purgare il capo con ciò che conviene, come pillole di hierapic o pillole d'oro. Conviene tenere lontano il malato da cibi umidi fin quando guarisce e bisogna stare attenti a non farsi ingannare dai peli che si trovano per natura sulle palpebre, perché essi pungono l'occhio e lo fanno spesso lacrimare. Perciò occorre esaminare bene la palpebra e se si trovano i peli, questi devono essere tolti con delle pinze ritorte ed estirpati del tutto.

L'arrossamento e il gonfiore²⁸

Talvolta accade che gli occhi si arrossino, si gonfino o che in essi si crei una macchia, in questo caso si opera con la chirurgia. Prima di tutto si deve rasare la fronte del malato e inciderla di traverso nella misura di tre once da un'estremità all'altra delle tempie badando tuttavia a non danneggiare i muscoli che si trovano in esse. Quando è fuoriuscito abbastanza sangue si deve cauterizzare bene col ferro incandescente e poi somministrare burro o qualcosa di simile perché decada la crosta. Si medichi poi con una cura che conviene alle ferite

*Il panno corneale*²⁹

Il panno corneale, quando è pieno di pustole e ferite, secondo Costantino³⁰ è incurabile; quando invece è pieno di umore che si trova fra l'uvea e il cristallino coagulandoli, allora si può curare. Occorre poi considerare se il panno è di recente formazione è sottile o se antico è grosso perché, se è recente e sottile è possibile curarlo con medicine, se invece è antico e grosso, esse non bastano, ma bisogna usare la chirurgia. Quando il panno è sottile e recente si può usare una medicina di questo tipo, composta di parti eguali di succo di papavero rosso e di ramoscello da pastore e si cosparga sugli occhi a modo di collirio. Se invece occorre un farmaco

²⁸ In questo paragrafo Bruno descrive l'edema palpebrale e congiuntivale. Secondo le conoscenze e le teorie dell'epoca la risoluzione dell'edema si otteneva mediante ferro e fuoco (sanguinamento e cauterizzazione) o mediante salasso.

²⁹ Con il termine di panno corneale o edema corneale Bruno sembra indicare vari quadri clinici dall'edema infiammatorio al glaucoma, dallo scompenso ai traumi. Il succo di papavero usato come collirio sarà stato un vero toccasana nelle forme dolorose.

³⁰ Medico originario di Cartagine vissuto nell'XI secolo. Fu Maestro presso la Scuola di Salerno e tradusse numerosi testi di medicina bizantini e arabi, tra i quali ricordiamo il *Liber de oculis* attribuito a Joannitius (Giovanni Damasceno). Concluse la sua esistenza da monaco benedettino nell'Abbazia di Montecassino.

più forte, allora si può fare una polvere composta con parti uguali di sarcocolla, zucchero, amido e canfora. Allo stesso scopo è valido un collirio fatto da dieci dracme di schiuma marina, otto di buccia d'uovo e cinque dracme di antimonio e vecchia. Un altro ancora si fa con la limatura di rame che è molto buona per questa terapia, se stemperata con aceto e lasciata al sole ad essiccare per otto giorni.

*L'ungula*³¹

Molto spesso negli occhi si formano ungule che sono di due specie, l'una di natura nervosa come dice Albucasis³² e anche Razes, simile al peritoneo duro e sottile; l'altra non nervosa, ma simile all'umidità bianca congelata. L'ungula nasce dal lacrimale maggiore e poi scende fino a coprire gradualmente la vista e si cura con la chirurgia, soprattutto quando è nervosa dura. Tuttavia l'intervento chirurgico negli occhi è molto pericoloso, perché si rischia di toccare l'involucro della cornea e di romperla perforando fino alla pupilla. E questo non va bene, ma voglio insegnare il mio metodo che ho imparato dalla medicina degli antichi. Il paziente metta il suo capo sul tuo grembo, solleva la sua palpebra con la mano e prendi l'ungula con il tuo uncino non molto piegato; alza l'unghia verso l'alto e prendine la cima. Inserisci in essa un pelo di cavallo o di bue o un filo forte, piega un po' l'estremità dell'ago per far penetrare il filo nell'unghia, sollevala e poi scortica ciò che segue verso la pupilla fino al suo estremo, e se vuoi tagliala col filo. Incidi poi il residuo vicino alla radice del lacrimale con lo spatumen o con piccole forbici. Cerchiamo però di stare attenti a non tagliare la carne naturale del lacrimale, perché altrimenti ne scaturirebbe un maggior flusso di lacrime. Molto spesso, come si è detto, si afferra l'unghia solo con un solo uncino o con un filo, si tende verso l'alto e poi con un sottile spatumen si escoria raschiando. Dopo aver effettuato la tua operazione, provvedi a mettere nell'occhio un po' di sale per liquefare quello che è rimasto

³¹ Il trattamento chirurgico dell'ungula (pterigio) già descritto da Celso (25 a.c.-45 d.c.) e dagli autori arabi viene ripreso da Bruno che lo integra con accorgimenti personali.

³² Abulcasis o Albucasis (936-1013) è considerato il più grande chirurgo del Medioevo e il padre fondatore della chirurgia moderna. Scrisse un'opera enciclopedica suddivisa in trenta libri dal titolo *Spiegazioni*, dei quali il più famoso e maggiormente diffuso nel Medioevo è l'ultimo, dedicato interamente alla chirurgia. Tutti i chirurghi europei consultarono e si avvalsero di questo fondamentale testo per la loro professione.

dell'unghia, oppure acqua infusa con sale e cumino tritato e sopra metti del cotone infuso in albume d'uovo e olio di rosa per calmare l'ascesso. Al mattino poi, se ti accorgi che l'occhio è diventato caldo, allora rimetti tutte le cose che attutiscono l'ascesso fin quando guarirà. Se invece non hai potuto introdurre l'ago nell'unghia, e neppure l'uncino a causa della sua morbidezza, allora, a meno che non sia nervosa, si curerà con le medicine come abbiamo detto prima. Quando compare nell'occhio della carne superflua, allora è necessario tirarla con un uncino e poi raschiare con cautela con uno spatumen fino a quando non rimarrà traccia di essa. Metti poi nell'occhio un po' di sale per corrodere le sue tracce e sopra poni del cotone macerato nell'albume d'uovo per calmare l'ascesso. Fai lo stesso se anche nel lacrimale si forma un'escrescenza di carne. Tuttavia, è bene non giungere a recidere la carne naturale, altrimenti si verificherebbe un continuo flusso di lacrime.

// sebel³³

Molto spesso negli occhi si estendono delle vene rosse che vengono chiamate *sebel* che impediscono la vista; è dunque necessario, se l'occhio non è abbastanza debilitato da queste e non vi è altra infermità, unire le vene con degli uncini e inciderle con uno spatumen o con le forbici finché non saranno rimosse. Si badi a non danneggiare l'occhio. In seguito si mette in esso una medicina corrosiva, come il sale e cose simili e poi medicine che mitigano gli ascessi.

// Coagulo di sangue³⁴

Quando negli occhi si forma il sangue in seguito a un colpo o qualcosa di simile, e se c'è anche una ferita, allora bisogna dapprima operare un salasso della vena cefalica, poi metti sull'occhio medicine revulsive finché il sangue non sarà rimosso. E qualora non verrà rimosso, bisogna somministrare medicine emollienti e infine risolutive. Fra gli empiastri buoni che sciolgono questo sangue c'è per esempio il

³³ La parola araba Sebel o Sabal sta a significare la presenza di vasi capillari che si estendono sulla cornea limitanti la vista con buona probabilità molto frequenti in quel tempo come esiti di tracoma. Il trattamento chirurgico già proposto da Albucasis e ripreso da Bruno consiste nell'escissione e nella legatura dei vasi.

³⁴ In questo paragrafo Bruno accenna alle emorragie sottocongiuntivali, spontanee e traumatiche dove consiglia il solito salasso. Notazione interessante è il riferimento dell'autore al *symblefaron* post-traumatico e alla tecnica chirurgica per risolverlo.

cumino liofilizzato con cera e scaldato al fuoco, che si mette sull'occhio caldo; esso ha funzionato molto spesso facendo retrocedere il sangue e mitigando il dolore. Se il sangue si è formato a causa di un colpo oppure spontaneamente, metti sull'occhio foglie di rosa e sandalo bianco e rosso bolliti in vino bianco. Spesso capita, in alcuni casi, che la palpebra si consolidi col bianco dell'occhio, intralciando così il decorso naturale. È dunque opportuno tendere in alto la palpebra con un uncino e scollare l'aderenza con un altro strumento, come per raschiamento; badando però a non danneggiare l'occhio. Successivamente si instilla in esso acqua salmastra mettendo fra la palpebra e l'occhio una benda di seta, perché non possano unirsi di nuovo. Infine, metti sull'occhio albume d'uovo per evitare l'ascesso.

La rottura dell'uvea³⁵

Spesso capita che la tunica dell'uvea scoppi e si formi, fuori dalle palpebre, come se fosse un chicco d'uva. Dice allora Ali Ibn Isa³⁶ che non esiste alcuna cura per restituire la vista all'occhio, ma è possibile sedare il dolore ripristinando in un certo senso l'anatomia. Dunque, la cura consiste nell'introdurre l'ago nella radice dell'uvea dal basso verso l'alto inserendo poi un altro ago con il filo piegato verso il lacrimale. Fai sì che penetri fino alla radice dell'uvea e la attraversi, lasciando il primo ago e tagliando il filo. Con una parte di esso legherai una parte dell'uvea dal basso verso l'alto e dopo aver legato in questo modo, estrai l'ago e metti sull'occhio quei medicinali che mitigano gli ascessi, lasciandoli fin quando il filo con l'uvea cadranno e curando l'occhio finché guarisce.

La Fuoriuscita dell'occhio ³⁷

³⁵ Si tratta del prolasso irideo che l'autore suggerisce di risolvere chirurgicamente con un'iridectomia seguendo i consigli di Avicenna

³⁶ AVICENNA (980-1037) è stato forse il più grande medico della scuola medievale arabo-islamica. Si occupò di filosofia, logica e teologia. La sua opera più conosciuta, il *Canone*, fu il libro di medicina più letto e riprodotto fino al XVIII secolo. Scrisse anche di chirurgia oculistica

³⁷ In questo paragrafo l'autore fa riferimento alla lussazione del bulbo evenienza alquanto rara e più spesso associata a disfunzioni della tiroide o in soggetti obesi e pletorici. In tali casi salasso e sanguisugio potevano avere un razionale teorico sebbene a quel tempo la loro applicazione fosse su base esclusivamente empirica.

Talvolta l'occhio fuoriesce non apportando alcun danno alla vista. Allora, se vuoi portarlo indietro, opera un salasso dopo aver fatto sciogliere il ventre. In seguito, poni delle ventose per succhiare sul collo senza incisioni, e metti sull'occhio un empiastro di farmaci astringenti come acacia, aloe, incenso e sarcocolla. Stringilo stretto con molti cuscinetti, in base alla tolleranza del soggetto e lascia per un giorno e una notte. Bada intanto che la fasciatura non si allenti. Poi scioglila dopo un giorno e una notte, come si è detto e se vedi che l'occhio è tornato al suo posto, è bene. Se invece accade il contrario ripeti la cura con l'empastro, la fasciatura, i cuscinetti e le ventose senza l'incisione sul collo, fino a quando l'occhio ritornerà al suo posto.

La cataratta³⁸

Molto spesso a colpire gli occhi è una patologia che si chiama cataratta. Si tratta di una componente acquosa che si accumula nella pupilla. La sintomatologia che presenta è l'indebolimento della vista, soprattutto in una fase di consolidamento. e quando si guarda la pupilla, questa è ostruita. L'acqua di cataratta è di due specie, una è curabile l'altra incurabile. Quella curabile, quando la si esamina, si vede chiara, e se dici al malato di chiudere l'occhio, premendo poi con il tuo pollice la palpebra verso l'interno da entrambi i lati, e dopo aver aperto l'occhio la vedrai separata; poi torna come prima e si aggrega. Ebbene, una cataratta di questo genere si può curare. Al contrario, quella nera che è resistente alla pressione e non torna come prima né si aggrega, è incurabile perché è consolidata. Quella curabile si opera in questo modo: ordina al malato di chiudere l'occhio sano e di metterci sopra la mano facendogli aprire l'occhio malato. In un posto molto illuminato, preso lo strumento col quale si usa rimuovere la cataratta (Fig. 5), poni la sua estremità dalla parte del lacrimale maggiore vicino alla corona dell'occhio, e rigiralo con la tua mano fino a quando non penetra nel leucoma dell'occhio e senti che è arrivato a un punto vuoto. A questo punto tira in fuori la parte esterna dove c'è la cataratta,

³⁸ La storia della chirurgia della cataratta è lunga quanto quella dell'uomo e richiede una trattazione a parte. La tecnica descritta da Bruno ricalca quella dei medici arabi e di Albucasis in particolare. Interessante notare come Bruno distingue cataratte operabili e non operabili o comunque di difficile risoluzione a partire dalla loro durezza misurata indirettamente attraverso il colore e la mobilità rispetto alle strutture adiacenti. Tali valutazioni continuano ad appartenere all'utile bagaglio dei moderni chirurghi della cataratta.

e quando lo strumento è arrivato alla pupilla lo vedrai chiaramente nell'apertura sotto l'involucro della cornea; di seguito premi lo strumento stesso un po' verso il basso e con quell'ago abbassa la cataratta. Se la cataratta non risale e il paziente ritorna a vedere subito, distinguendo bene ciò su cui cade la vista, estrai gradualmente lo strumento. Se, invece, la cataratta risale, ripeti l'operazione fin quando non rimarrà al suo posto, poi estrai lo strumento e instilla nell'occhio acqua cenere e sale fino, oppure acqua nella quale hai già sciolto salgemma e metti sull'occhio cotone imbevuto d'albume d'uovo e ordina al paziente di giacere in una camera oscura. Proibiscigli ogni movimento, sia la tosse che lo starnuto, somministra cibi leggeri e non sbendarlo prima del terzo giorno quando, una volta tolta la benda, gli mostrerai la stessa cosa e lo benderai di nuovo, come abbiamo già detto e lo lascerai così per sette giorni. Se, tuttavia, l'occhio è colpito da dolore, ardore o ascesso, allora toglì la benda prima del tempo convenuto e somministragli la cura necessaria. Al settimo giorno libera la sua vista e mettilo alla prova mostrandogli se stesso; non è opportuno, però, che tu faccia ciò subito dopo aver estratto lo strumento, perché l'acqua ritorna dov'era prima a causa della violenza dell'impatto luminoso.

La sanie³⁹

A volte nell'occhio si forma un tipo di patologia simile alla cataratta e si tratta di sanie che si aggrega vicino alla cataratta impedendo così la vista. Galeno⁴⁰ afferma che quello che un tale di nome Giusto aveva guarito già molti da questo morbo in questo modo: il malato deve sedere dritto su una sedia e la sua testa, presa da entrambi i lati, deve essere scossa da un movimento brusco fino a quando non vedrai chiaramente che la sanie stessa scorre verso il basso. Sappi che c'è una differenza fra la cataratta e la sanie che scorrono nell'occhio e, in

³⁹ Nell'arcaica terminologia medica per sanie si intende il pus. Bruno nel paragrafo fa riferimento all'ipopion, vale a dire alla presenza di materiale purulento nella camera anteriore dell'occhio. L'autore descrive molto bene, citando Galeno, il metodo per distinguere la sanie dalla cataratta e la tecnica per rimuoverla.

⁴⁰ Galeno (129-216) nato a Pergamo in Asia Minore (attuale Turchia) e vissuto a Roma fu il medico più autorevole della sua epoca e le sue teorie influenzarono la medicina per molti secoli. Ha lasciato numerose opere, tra le quali ricordiamo il *De Medicina*.

realtà, la differenza è la seguente: la sanie a causa della sua viscosità, non ritorna verso l'alto, al contrario la cataratta ritorna, quando con uno strumento si preme molte volte verso il basso. Ma se la sanie non scende nel modo in cui abbiamo detto, allora fai come faceva lo stesso Galeno, tagliando poco a poco l'involucro della cornea con un sottile spatumen, nel punto in cui la congiuntiva lambisce la cornea, fino a quando non uscirà la sanie; dopo di ciò si instilli un po' di latte di una donna che allatta la figlia e si curi con ciò che è adatto, fino alla guarigione.

La grandine oculare⁴¹

Molto spesso dalla viscosa sovrabbondanza della palpebra si forma una malattia che si chiama grandine, che a volte è esterna e altre interna. La sua cura consiste nel recidere secondo la larghezza; infine si tira verso l'alto con un uncino e si estrae raschiando tutt'intorno. Se l'incisione è grande la si chiuda con una sutura esterna, se invece è piccola si curi con medicine che fanno rigenerare la carne fino alla guarigione.

La deformazione delle palpebre⁴²

Talvolta accade che la palpebra inferiore dell'occhio si rivolti, per una ferita, un cauterio o altro. Si cura praticando un taglio profondo con l'accortezza di non danneggiare l'occhio. Si separano poi le labbra della ferita tirando la palpebra verso l'alto e mettendo una benda di lino o simile sulla stessa ferita affinché la palpebra non ritorni al suo posto e si reincarni come prima. Come in precedenza, la si leghi con dei cuscinetti uniti verso l'alto fin quando guarisce. Rifuggi, in questa cura, da tutto quello che essicca o astringe, e accosta piuttosto emollienti. Quanto essicca e astringe, secondo Albucasis, peggiora lo stato della palpebra. Una simile operazione altro non è che il riposizionamento della palpebra, perché non riproduce del tutto la forma di originale.

⁴¹ La grandine è il termine arcaico per denominare il calazio. La tecnica chirurgica sembra estratta da un manuale di chirurgia oculistica dei nostri giorni.

⁴² In quest'ultimo paragrafo Bruno tratta dell'entropion. La tecnica chirurgica proposta, simile a quella descritta da Albucasis era stata proposta secoli prima da Celso che proponeva l'accorciamento verticale della palpebra al fine di ottenerne il rivolgimento verso l'esterno. Ancora ai giorni nostri i chirurghi oftalmoplastici usano chiamare questa tecnica: intervento di Celso.

Conclusioni

Attraverso l'analisi del *Parere di Bruno sulle malattie degli occhi* e degli altri scritti del calabrese, possiamo evidenziare come egli risenta delle influenze classiche e arabiste⁴³ ma allo stesso tempo non manchi di originalità e capacità divulgative. Sebbene la sua opera sia evidentemente priva di riferimenti anatomici e di basi fisiopatologiche, peraltro, ancora di là da venire, il grande merito di Bruno, allievo di Ugo, coevo di Teodorico e predecessore di Guy de Chauliac è quello di aver traghettato per primo la chirurgia dalla palude della praticoneria agli altari dell'accademia. Si può dire, senza tema di smentita, che Bruno sia stato il primo titolare della cattedra di chirurgia in un'Università. Per dirla con Mario Tabanelli, uno dei primi studiosi di Bruno:

[...] è un pioniere della nuova chirurgia europea, la quale con tutte le sue geniali intuizioni, incomincia faticosamente ma con passo sicuro a farsi strada fra le brume dell'empirismo, per raggiungere, passo passo, la strada maestra, della chirurgia dei tempi moderni”.

Non sappiamo se Bruno sia mai più tornato in Calabria, a Longobucco sua città natale, dopo la partenza da giovinetto. Siamo certi però che la sua opera e la sua personalità hanno tracciato una strada percorsa nei secoli successivi da numerosi e illustri Maestri di chirurgia che, partendo anche loro, come Bruno, dalle calabre terre, hanno raggiunto eccelse vette scientifiche e accademiche (Fig. 6).

⁴³ Ovio nella sua *Storia dell'Oculistica* affermò che nel medioevo i chirurghi europei non avevano altri maestri che gli arabi.



Fig.1 - Busto di Bruno da Longobucco presso Università di Padova.

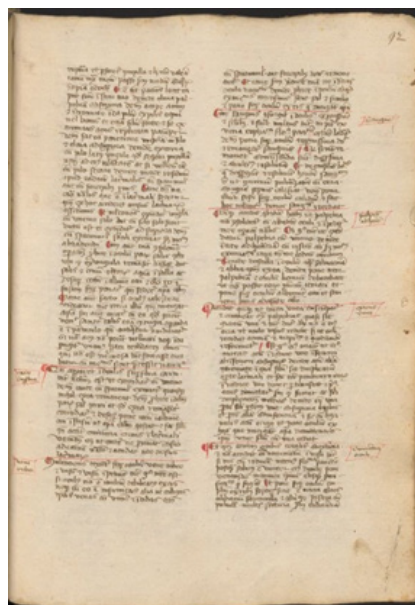
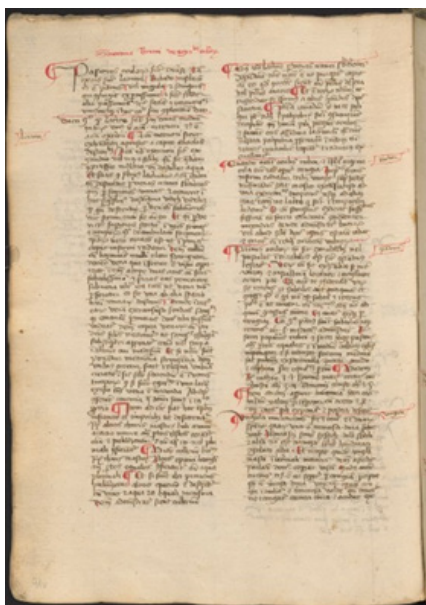


Fig. 2 e 3 - Manoscritto, primo foglio e secondo foglio.

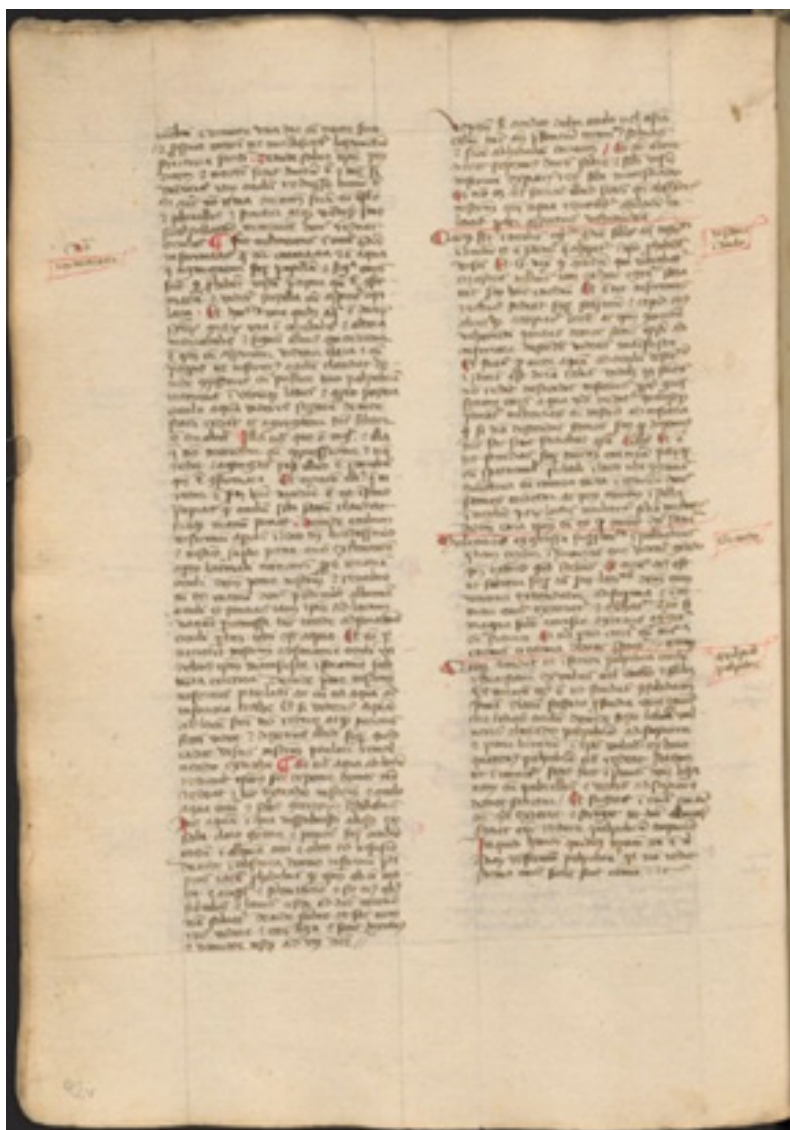


Fig. 4 – Manoscritto, terzo foglio.

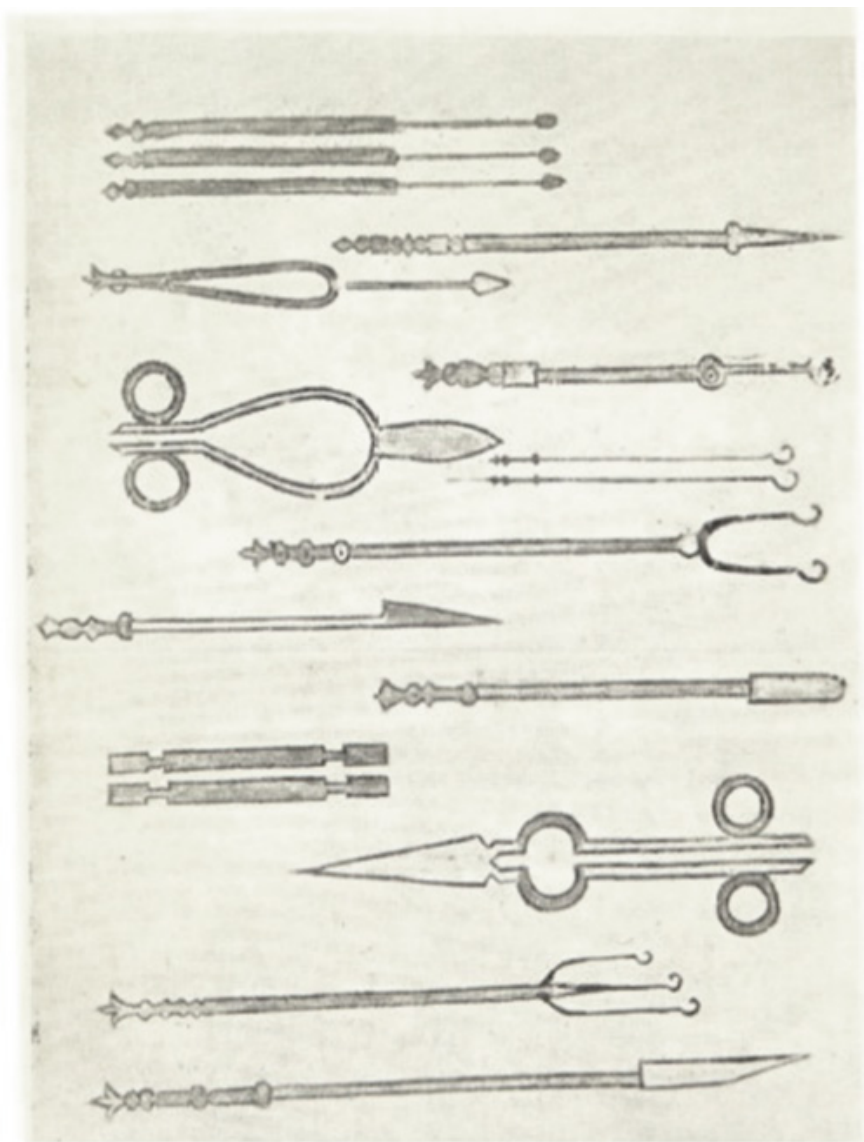


Fig. 5 - Strumentario chirurgico - Dalla Chirurgia Magna di Bruno da Longobucco.

Dal salasso all'infusione endovenosa di liquidi: analisi dell'evoluzione della terapia del cholera morbus attraverso le pubblicazioni scientifiche dal 1835 a fine secolo

Nicoletta Piazza

Società Italiana di Storia della Medicina (nicoletta021@gmail.com)

Riassunto

Il cholera morbus arrivò in Italia nel 1835. La comparsa di una malattia a carattere epidemico con letalità superiore al 50%, fra atroci sofferenze, evocò lo spettro delle grandi epidemie dei secoli precedenti. La comunità scientifica entrò in grande fermento nel tentativo di trovare una terapia efficace e a questo corrispose la comparsa di una pleora di pubblicazioni su riviste scientifiche in Italia e nel resto d'Europa. Ogni medico sperimentava terapie utilizzando la farmacopea a disposizione ma i vari tentativi erano inesorabilmente caratterizzati dal fallimento. Fino alla metà del secolo il salasso, accompagnato da oppio, purganti o mercuriali, era tutto ciò che la medicina del tempo metteva a disposizione con risultati devastanti. La particolare aggressività delle terapie, mal vista soprattutto dal popolo, il più colpito dal colera, generò diffidenza e sospetto nei confronti dei medici, talvolta addirittura accusati di diffondere il morbo. In questo difficile clima, in alcune regioni

italiane, si diffuse l'utilizzo dell'omeopatia, che non presentava gli aspetti cruenti e visibilmente dannosi della medicina convenzionale. Intorno agli ultimi decenni della seconda metà dell'Ottocento, grazie alle intuizioni, sia epidemiologiche che patogenetiche, di alcuni medici, l'approccio terapeutico cominciò a cambiare, con l'introduzione dell'infusione di liquidi per via intradermica prima ed endovenosa in seguito. L'analisi delle pubblicazioni, edite dalla comparsa della malattia in Europa alla fine del XIX secolo, ci permette di identificare le terapie maggiormente accreditate e di ricostruire il clima di frustrazione che pervadeva la comunità scientifica, consapevole dell'inefficacia delle varie cure. Il perfezionamento delle terapie di reidratazione fu attuato nel Novecento ma la vittoria nei confronti del colera avvenne comunque sul lato della prevenzione, migliorando progressivamente le condizioni igieniche dei luoghi di vita.

Summary

Cholera morbus arrived in Italy in 1835. The appearance of an epidemic disease with a lethality of over 50%, amidst atrocious suffering, evoked the specter of the great epidemics of previous centuries. The scientific community went into great turmoil in the attempt to find an effective therapy and this corresponded to the appearance of a plethora of publications in scientific journals in Italy and the rest of Europe. Each doctor experimented with therapies using the pharmacopoeia available, but the various attempts were inexorably characterized by failure. Until the middle of the century, bloodletting, accompanied by opium, purgatives or mercurials, was all that the medicine of the time made available with devastating results. The aggressiveness of the therapies, frowned upon especially by the people, those most affected by cholera, generated distrust and suspicion towards doctors, who were sometimes even accused of spreading the disease. In this difficult climate, in some Italian regions, the use of homeopathy spread, which did not have the bloody and visibly harmful aspects of conventional medicine. Around the last decades of the second half of the nineteenth century, thanks to the intuitions, both epidemiological and pathogenetic, of some doctors, the therapeutic approach began to change, with the introduction of the infusion of liquids first intradermally and later intravenously. The analysis of the publications, published since the appearance of the disease in Europe at the end of the 19th century, allows us to identify the most accredited therapies and to reconstruct the climate of frustration that

pervaded the scientific community, aware of the ineffectiveness of the various treatments. The improvement of rehydration therapies was implemented in the twentieth century but the victory against cholera still occurred on the prevention side, progressively improving the hygienic conditions of living places.
Keywords: cholera, therapy, water, bloodletting, pharmacopoeia.

Parole chiave

colera, terapia, acqua, salasso, farmacopea.

Keywords

cholera, therapy, water, bloodletting, pharmacopoeia.

Introduzione

Il colera, già presente dal XVI secolo nel continente asiatico, giunse in Europa agli inizi del XIX secolo. La prima epidemia (1817-1823) rimase circoscritta alla Russia, mentre con la seconda (intorno al 1830) raggiunse il resto dell'Europa; in Italia arrivò nel 1835. Da allora si susseguirono diverse epidemie che colpirono in misura variabile sia il continente europeo che quello americano; per tutto l'Ottocento l'Europa venne funestata da continue pandemie con milioni di contagi e alte percentuali di decessi. L'arrivo in Europa di una nuova malattia, ad eziologia sconosciuta e a carattere epidemico, oltre ad allarmare notevolmente la popolazione facendo riapparire lo spettro delle grandi epidemie di peste, stimolò il mondo scientifico. Ai tempi della prima epidemia, i medici si trovarono di fronte a una malattia nuova che differiva da tutte le altre patologie intestinali a loro note come per esempio il tifo. Regnava pertanto un grande disorientamento che

riguardava sia l'eziologia che la modalità di trasmissione. Furono sviluppate due teorie: quella "epidemica", che identificava nei miasmi che emanavano pozzi neri, latrine, depositi di letame e di immondizia, la causa della propagazione del morbo e quella "contagiosa" che prevedeva la trasmissione della malattia da uomo a uomo. I sostenitori della teoria epidemica erano fautori di interventi di igiene pubblica come pulizia di strade e case, disinfezione di latrine ed eliminazione di qualsiasi deposito di materiale putrido, coloro che invece sostenevano la teoria contagiosa, promuovevano cordoni sanitari e lazzaretti; tuttavia, nella maggior parte dei casi le due teorie coesistevano e le misure attuate di contrasto alla malattia spesso si accomunavano, anche perché, che il colera colpisse soprattutto le aree più degradate dal punto di vista igienico, fu evidente a tutti, fin dalla prima epidemia italiana¹. Nel triennio 1835-1837, il colera si propagò in tutta Italia, da Genova a Palermo, con una maggiore diffusione nelle aree urbane: i cordoni sanitari si rivelarono inutili, nonostante i tentativi di bonifica di aree invase da rifiuti e da letame e la disinfezione dei pozzi neri: il morbo continuava a mietere vittime ad ondate subentranti. Nel 1854, John Snow intuì che il vettore della propagazione dovesse essere l'acqua dei pozzi che venivano utilizzati dalla popolazione per i loro usi quotidiani. Questa teoria era però in disaccordo con quella più diffusa allora, secondo la quale la malattia si trasmetteva con l'inquinamento dell'aria, i cosiddetti "miasmi". Per dimostrare la sua teoria, Snow realizzò una mappa che ritraeva tutti i luoghi dove si erano verificati i casi di colera, mettendoli in relazione con le fontane dove gli abitanti attingevano l'acqua. La mappa di Snow dimostrava chiaramente che nelle aree vicine alla pompa di Broad Street era concentrata la maggior parte dei casi di colera. La mappa da lui realizzata, oltre a confermare la sua teoria sulla diffusione dell'epidemia, permise di identificare il punto da cui era partita l'infezione e scoprire che il pozzo pubblico di Broad Street era stato scavato in prossimità di una fogna e si era quindi contaminato con le evacuazioni dei primi malati. Riuscì a convincere le autorità a disattivare la fontana togliendo la leva che

¹ A.L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, "Storia d'Italia", Annali 7, Malattia e medicina, a cura di F. DELLA PERUTA, Einaudi, Torino 1984, pp.434-436.

apriva il flusso dell'acqua e l'epidemia in poco tempo cessò². Anche in Italia furono trovate evidenze di un ruolo importante dell'acqua nella trasmissione della malattia, tanto che interi piccoli paesi venivano decimati perché l'approvvigionamento idrico derivava da un'unica fonte contaminata a causa di un inadeguato sistema fognario.

Duecentotrenta individui formano la popolazione del paese [...] Una pubblica fontana forniva l'acqua per bevanda comune, e per uso domestico, il cui fondo era limaccioso, e stavano in putrefazione sostanze vegetabili, per cui sviluppavasi una miriade di insetti³.

Queste osservazioni e le teorie di Snow, apprese dai medici italiani, diedero conferma definitiva del ruolo fondamentale svolto dall'acqua ai funzionari delle commissioni di sanità pubblica nell'epidemia del 1865-1867⁴. A tal proposito, nel marzo del 1865, il neonato Regno d'Italia promosse uno studio delle acque potabili attraverso una circolare del ministro dell'agricoltura, commercio e industria, rivolta ai sindaci e ai medici condotti da cui emerse che, seppur nella diffusa eterogeneità, la disponibilità di acqua potabile era deficitaria in tutta la penisola e le contaminazioni conicoli sotterranei di materia organica frequenti in diverse regioni. In uno stato nato dall'unione di più stati, conoscere la condizione di un bene così essenziale in ogni provincia era un primo passo per migliorare il bene dell'acqua, laddove l'approvvigionamento e la qualità erano insufficienti. Infatti, oltre alla richiesta di notizie relative allo stato attuale si chiedeva anche di quantificare una spesa ipotetica per il miglioramento. I dati richiesti comprendevano il numero degli abitanti del comune, la qualità dell'acqua (classificata in buona, mediocre o cattiva), la quantità (abbondante, sufficiente o scarsa), la distanza dalla fonte, la presenza di abbeveratoi per il bestiame e di lavatoi. Dopo aver coinvolto nella

² J. SNOW, *Cattive acque. Sul metodo di trasmissione del colera*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2017, pp. 42-50. (Originariamente pubblicato nel 1855 a Londra).

³ C. SPERANZA, *Sul cholera di Cassio - Lettera al chiarissimo professore Salvatore De Renzi*, Stamperia Carmignani, Parma 1836, p.9.

⁴ FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento* cit., p.452.

raccolta dei dati i medici condotti e aver considerato il criterio 'qualità, lo stretto legame fra acqua e salute pubblica risultava molto chiaro. Si poteva disporre di tanta acqua ma, se era contaminata, metteva a repentaglio la vita delle persone⁵. Acqua pulita e acqua putrida si mischiavano nel sottosuolo e le conseguenze erano fatali: non solo colera ma anche gastroenteriti e tifo che, specie nei mesi caldi, mietevano vittime ignare, perché non sapevano che la causa dei loro mali era l'acqua bevuta per dissetarsi o per rinfrescarsi dalla calura o utilizzata per innaffiare gli orti da cui raccoglievano verdure contaminate.

Nel disorientamento generale sulle cause della malattia, rimaneva la sola osservazione clinica con la descrizione puntuale e precisa dei sintomi e dei segni, distinti in tre stadi o tre periodi caratterizzati, ognuno, da particolari manifestazioni: lo stadio prodromico con diarrea, vomito, oppressione precordiale, insonnia e vertigini; lo stadio algido rappresentato da un aggravamento molto rapido, con diarrea e vomito profusi, sudorazione fredda e cianosi delle estremità e morte anche in poche ore; se il paziente superava miracolosamente questa fase assai critica si raggiungeva il terzo stadio cosiddetto di reazione con una graduale scomparsa della sintomatologia e avvio verso la convalescenza. La letalità era molto alta, del 50% e oltre e raramente chi raggiungeva lo stadio algido sopravviveva a fronte di una terapia completamente inefficace e in certi casi dannosa. Precisa e dettagliata è la descrizione del medico Giacomo Tommasini:

Il *Cholera* si manifesta per frequenti scariche alvine, con abbondante perdita di fluidi acquosieri, che cagionano bruciore all'ano, ed insieme con vomito di simili materie, per lo più senza odore, bianchicce miste a sostanza glutinosa e globosa; né vi si ravvisa mai bile, o pochissima affatto. È sorprendente la quantità dell'umore evacuato in questo morbo: essa eccede di gran lunga il liquido bevuto, e si direbbe che tutto il corpo va a sciogliersi rapidamente per vomito e per secesso. [...]

⁵ L.TORELLI, *Condizioni attuali del Regno d'Italia sotto il rapporto delle acque potabili*, dicembre 1865.

Inestinguibile è la sete: vivissimo il desiderio di acqua fredda onde ammorzare in qualche modo l'insopportabile arsura che manifestasi alle fauci e all'esofago⁶.

“Il corpo va a sciogliersi” e perde tutta l'acqua in esso contenuta e il malato richiede altra acqua che poi verrà inesorabilmente perduta.

La scoperta dell'agente eziologico avvenne nel 1883 da parte di Koch che identificò il vibrione responsabile nelle feci dei malati (peraltro già visualizzato nel 1854 da Filippo Pacini), quasi cinquant'anni dopo la comparsa del colera in Europa: è evidente che in questo lungo lasso di tempo i medici affrontarono questa terribile malattia senza gli strumenti adatti per contrastarla; avevano a disposizione la sola osservazione clinica e lo studio dei cadaveri; inoltre, solo la comprensione della patogenesi legata alla tossina che provoca la perdita dei liquidi fu la svolta per instaurare una cura efficace.

La terapia del cholera morbus

Se confuso erano l'approccio eziologico e profilattico del Cholera morbus, altrettanto lo era quello terapeutico. La letteratura scientifica è ricca di testimonianze e di confronti con i trattamenti utilizzati in Italia e all'estero e la sua analisi, attraverso la voce di medici e studiosi, mostra come i continui insuccessi nel controllo della malattia abbiano generato una variegata sperimentazione di terapie purtroppo inefficaci per la riduzione della mortalità. A partire dalle prime epidemie e fino agli anni Ottanta del XIX secolo, l'orientamento terapeutico era caratterizzato da due metodi apparentemente contrapposti: il metodo antiflogistico era basato sul salasso, utilizzato per liberare i centri vitali da una forte congestione, in alternativa venivano usate mignatte o coppette scarificate. Il

⁶ G. TOMMASINI, *Istruzione popolare sul Cholera-Morbus*, pubblicata al termine dell'art.15 del Sovrano Decreto del 26 maggio del 1832 e da distribuire ai membri della Commissione Speciale di Sanità del comune di Parma, p.6.

metodo stimolante invece era basato sull'uso di emetici, purganti e clisteri con lo scopo di liberare l'apparato gastrointestinale da umori viziati.

Nella pratica, spesso i due metodi venivano utilizzati contemporaneamente in una sorta di metodo misto. I detrattori del metodo antiflogistico in realtà si limitavano a non effettuare salassi nella fase algida, mentre erano di uso frequente nella fase prodromica. Il metodo antiflogistico era comunque quello più accreditato, seppur nella consapevolezza della sua inefficacia. Il salasso era utilizzato anche quando vi erano evidenti difficoltà ad estrarre sangue dalle vene dei colerosi, soprattutto nella fase algida in cui la disidratazione faceva assumere al sangue “quell'aspetto spesso e catramoso”⁷; pertanto, si utilizzavano stratagemmi come sfregare il braccio o percuoterlo con delle ortiche o immergerlo nell'acqua calda, ma sempre con scarsi risultati. In seguito, questa pratica cadde progressivamente in secondo ordine, non perché ritenuta inutile o dannosa ma perché difficilmente praticabile. Scriveva a tal proposito G.B. Fantonetti nel 1835: “ho veduto a colerosi nel più compiuto stato algido aprire anche ambedue le vene del braccio, la giugulare e anche l'arteria temporale, ma non ritrarne che poche gocce di sangue”.

Tuttavia, sul salasso vi erano opinioni discordanti: taluni asserivano che era dannoso, soprattutto nel periodo algido perché poteva accelerare la morte ma altri sostenevano che, visto che anche con ripetute manovre non usciva che qualche goccia di sangue, il malato sarebbe comunque morto⁸. Nell'agosto del 1835, all'arrivo del colera in Italia, Giacomo Tommasini, fermo sostenitore del metodo antiflogistico, raccomandava nella sua *Istruzione popolare sul Cholera-morbus*:

il salasso o in sua vece le mignatte applicate all'ano; le bevande refrigeranti e mucillaginose come acqua fredda, acqua limonata, sciolto di tamarindo, i decotti di riso, malve altea e gramigna; blandi purgativi come magnesina, tamarindo, olio d'oliva solo o con succo di limone, l'olio di ricino; abbondante ghiaccio, emetici come

⁷ J. SNOW, *Cattive acque* cit., p.13.

⁸ N. SORMANI, G. CLERICI, C. ALFIERI, *Notizie intorno al cholera-morbus che ha regnato nelle città di Cuneo e Genova durante il 1835*, “Annali Universali di Medicina”, vol. 76, fasc. 227, ottobre 1835, p.363.

l'ipecacuana; clisteri emollienti e mucillaginosi con decotti di malva, altea, acqua di riso, soluzione gommarabica (perché vomiti e deiezioni spogliano il sistema gastroenterico di muco che ne difende la superficie); riposo, dieta severissima e bagni tiepidi⁹.

Consigliava, inoltre, terapie distinte fra periodo prodromico e periodo algido ma è evidente che, oltre al salasso, utilizzava anche emetici e purganti come espressione del metodo misto.

In Francia, nelle grandi epidemie di Parigi e Marsiglia del 1834-1835, si utilizzarono soprattutto i mercuriali, sulla scorta di una presunta efficacia di questi medicinali nella precedente epidemia di febbre gialla del 1805 a Livorno, così controllata da Gaetano Palloni: frizioni di unguento mercuriale a grandi dosi alle estremità inferiori per calmare i crampi, grani di cloruro di mercurio associati a salassi e pillole di oppio. Il mercurio agirebbe per virtù elettrochimica come l'agopuntura. Si aggiungeva del cinabro per nascondere al malato, con questo colore, che si trattava di mercurio e perché lo rendeva più efficace: frizioni agli arti inferiori e superiori e alla regione epigastrica e addominale per calmare vomito e diarrea. Clisteri con unguento mercuriale e fumigazioni di cinabro per combattere i crampi allo stomaco. A riprova dell'efficacia di questa terapia si osservava che nell'ospedale dei venerei a Marsiglia, nonostante fosse un luogo altamente degradato, non vi erano stati casi di colera¹⁰.

Lo stato algido, caratterizzato da una spiccata freddezza della cute, veniva spesso trattato con il calore mediante l'utilizzo della moxa, dei mattoni caldi, delle bottiglie di terracotta ripiene di acqua calda, dei sacchetti di sabbia e di cenere caldi, da applicare soprattutto sul ventre. Ma anche bevande calde a base di camomilla o borragine, somministrazione di corroboranti, acetato di ammoniaca, etere e sostanze alcoliche, bagni caldi e frizioni secche della pelle con sostanze aromatiche, con l'intento di stimolare la circolazione, clisteri di acqua calda sino a 36° mista ad

⁹ G. TOMMASINI, *Istruzione popolare* cit., p.6.

¹⁰ C. FRUA, *Uso delle frizioni mercuriali in grand dose nella cura del cholera-morbus asiatico divampato a Marsiglia nel 1834-1835*, "Annali Universali di Medicina", vol. 75, fasc. 224, agosto 1835, pp.413-416.

ammoniaca, gomma arabica o grani di morfina, senapismi¹¹ a scopo revulsivo e iniezioni di caffeina.

Per combattere il vomito si utilizzavano:

- la pozione antiemetica di Riverio, costituita da due parti: una con bicarbonato di soda, acqua e sciroppo di zucchero, l'altra con acido citrico, acqua e sciroppo di acido citrico; se ne assumeva un cucchiaino prima dell'una e poi dell'altra;
- ghiaccio e limonate acide o con acqua cloroformizzata o lavature dello stomaco con acqua acidificata al 5% con acido lattico (ritenute penose per i malati)
- limonate vegetali con gomma arabica, albume d'uovo sciolto nell'acqua, tamarindo, magnesia, citrato di magnesia e altri sali neutri, olii di ricino e di mandorle dolci;
- aceto semplice con camomilla, il laudano, la menta piperita¹².

Per combattere la diarrea si utilizzavano:

- calomelano, acido lattico;
- clisteri astringenti preparati con tannino, ratania (contiene tannini), con sali di argento;
- pillole indiane astringenti (oppio, assafetida, pepe e canfora);
- infuso di menta e oppio;
- laudano (tintura di oppio e alcool).

L'oppio, ampiamente utilizzato dalla maggior parte dei medici, era inefficace se non addirittura dannoso, in quanto la diarrea colerica è di tipo secretivo e non dovuta ad un eccesso di peristalsi.

Salassi, emetici e clisteri, oltre all'assoluta inefficacia, mostravano un'eccessiva aggressività terapeutica, mal vista soprattutto dal popolo, il più colpito dal colera, generando diffidenza e sospetto nei confronti dei medici, talvolta addirittura accusati di diffondere il morbo. Il malato moriva fra indicibili sofferenze per cui tanti decidevano di non ricorrere alle cure dei medici nascondendo familiari ammalati e

¹¹ Cataplasmi preparati con farina di senape nera sgrassata, impastata con acqua tiepida.

¹² N. SORMANI, G. CLERICI, C. ALFIERI, *Notizie intorno al cholera-morbus*, cit., pp.363-364.

ricorrendo a rimedi popolari altrettanto inutili e dannosi. Dal 1835 al 1854, seppur fosse passato quasi un ventennio, la medicina non aveva ancora fatto nessun progresso e, nonostante Pacini avesse già descritto i vibrioni, si discuteva ancora sull'utilità del metodo antiflogistico basato sui salassi; nel frattempo, era notevolmente cresciuta l'ostilità verso i medici. Nell'ignoranza e nel timore di essere sottoposti a purghe e salassi, molti caddero vittime di ciarlatani che con destrezza sfruttavano la situazione, proponendo rimedi alternativi di nessuna efficacia. In questo clima, l'utilizzo dell'omeopatia, che non presentava gli aspetti cruenti e visibilmente dannosi della medicina convenzionale, divenne una richiesta sempre più pressante. Va precisato che la diffusione dell'omeopatia in Italia non era omogenea: portata al sud dalle truppe austriache, chiamate nel 1821 da re Ferdinando I in seguito delle sommosse avvenute nel Regno di Napoli, era apertamente favorita dai Borboni e dallo stato pontificio. Proprio perché ampiamente praticata dai medici militari dell'armata austriaca, che all'epoca presidiava l'Italia, era mal vista al nord, perché considerata la medicina dell'invasore. L'utilizzo dell'omeopatia in Europa era invece maggiore: per esempio a Londra fu allestito un ospedale omeopatico in cui si sosteneva che la percentuale di letalità nei pazienti curati omeopaticamente era del 7% contro il 50-70% nei pazienti curati con metodi convenzionali. Questa percentuale di letalità intorno al 10% era dichiarata nelle numerosissime pubblicazioni che seguirono l'utilizzo dell'omeopatia contro il colera. Osteggiata dai medici che usavano metodi tradizionali, questi incolpavano i colleghi di non avere titoli per esercitare la professione medica mentre la popolazione ne aveva fiducia e riconoscenza, anche perché durante le epidemie lavoravano gratuitamente. A Genova, durante l'epidemia del 1854, alla notizia della chiusura dei dispensari omeopatici, una folla inferocita andò sotto il palazzo municipale a protestare contro le autorità che alla fine dovettero concederne la riapertura. Anche in questa occasione, i dati pubblicati riportavano percentuali di guarigione superiori al 90% contro il 40% delle cure convenzionali. Hahnemann già nel 1832, senza mai aver visto un malato di colera, studiò le descrizioni della malattia fornite dai colleghi polacchi e concluse che i sintomi erano simili a quanto si verificava nell'intossicazione da canfora e così ritenne, per la teoria

dei simili, che la canfora a dosi omeopatiche rappresentava la cura più efficace per il trattamento del colera: i rimedi utilizzati furono la *Camphora*, somministrata come profilassi e nei primi stadi della malattia, *Veratrum Album* e *Cuprum* a malattia conclamata, *Arsenicum album*, *Carbo vegetalis*, *Prunus laurocerasus* nel terzo stadio¹³. Senza entrare nel dibattito sull'efficacia dell'omeopatia, ampiamente utilizzata anche ai giorni nostri, si può affermare che, per quanto potesse essere inefficace, aveva il vantaggio di non nuocere e pertanto di non aggravare la condizione dei malati. Se si considera che, nel 1849, a Parigi si proponeva l'utilizzo di polvere di cannone mischiata al gelato seguita da olio di ricino allungato con brodo di carne magra per sollecitare l'azione del purgante¹⁴, mentre, nel 1854, in Inghilterra era consigliata la cauterizzazione gastrica applicando una compressa imbevuta di acquavite che veniva poi incendiata, sostenendo che la revulsione violenta faceva ripartire il cuore¹⁵ e che a Parigi si utilizzava sui moribondi il martello in regione epigastrica, oppure il solfato di stricnina (quest'ultima utilizzata anche a Genova), è evidente che questi accanimenti generavano uno stato di profondo timore nei confronti dei medici superiore a quello verso la malattia, timore non nutrito verso gli omeopati che somministravano rimedi non lesivi.

Dalla seconda metà dell'Ottocento i medici realizzarono che il reintegro dei liquidi persi poteva essere una cura efficace. Tuttavia, rimaneva la difficoltà dei pazienti ad assumerli per bocca; così, già nel 1855, John Snow sperimentò l'infusione endovenosa di liquidi e osservò:

Basterebbe citare gli effetti di una debole soluzione salina somministrata endovena nello stadio del collasso [...] Se i sintomi fossero causati da un veleno circolante

¹³ F. PITERA', *Le epidemie di colera in Liguria. Considerazioni storiche, medico-sociali e statistiche sul trattamento omeopatico del colera asiatico in Genova e Liguria*, "La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali". Atti del simposio del 19 ottobre 2002, a cura di A. TAGARELLI, A. PIRO, Pubblisfera, San Giovanni in Fiore (CS) 2002, pp.945-975.

¹⁴ E. ROUX, *Su l'uso della polvere di cannone nella cura del cholera*, "Annali Universali di Medicina", vol. 11, fasc. 440, febbraio 1854, pp.407-408.

¹⁵ M. GREENHOW, *Cauterizzazione gastrica contro il cholera*, "Annali Universali di Medicina", vol. 11, fasc. 440, febbraio 1854, p.408.

[...] sarebbe impossibile che migliorino dopo un'iniezione di un po' d'acqua con un po' di bicarbonato di sodio in soluzione¹⁶.

Nel 1865, Arnaldo Cantani propose un trattamento sperimentale denominato ipodermoclisi che consisteva nell'introduzione continua sottocutanea di acqua salata tiepida a 35-37° (temperatura corporea), evitando la via endovenosa o le immissioni in vescica ritenute più pericolose; tuttavia, questo metodo venne da lui ampiamente utilizzato solo a partire dall'epidemia di Napoli del 1884. Cantani la utilizzò soprattutto nello stadio algido, quando si verificava "enorme perdita di acqua che soffre l'organismo [...] ispessimento del sangue e il prosciugamento dei tessuti". Consigliava una soluzione di acqua distillata con 4 gr. di cloruro di sodio e 4 gr. di carbonato di sodio (per correggere l'acidità del sangue) diluiti in 1.000 ml. di acqua distillata, da somministrare con iniezione sottocute lenta, contemporaneamente sui due lati del corpo, alla base del collo o nella regione ascellare o a livello toracico (vicino al cuore)¹⁷. Insieme all'ipodermoclisi effettuò anche la disinfezione dell'intestino con l'enteroclisi a base di acqua fenicata o acido tannico con lo scopo di eliminare il più possibile i vibrioni ed eventuali tossine da essi emesse. Relativamente all'utilizzo dell'ipodermoclisi, Cantani fece una riflessione interessante, invitando i colleghi ad aprirsi a nuovi metodi terapeutici:

Ogni medico coscienzioso, di fronte all'assoluta mancanza finora di mezzi migliori e di metodi più razionali per debellare un così grave morbo dovrebbe sentire il dovere di non trascurare dei metodi curativi che nonostante che si siano sperimentati in difficilissime e sfavorevolissime condizioni, hanno dato dei risultati abbastanza soddisfacenti (60% di guariti su 187 trattati nello stadio asfittico con l'ipodermoclisi). [...] sono sicuro che tanto l'ipodermoclisi quanto l'enteroclisi si perfezioneranno

¹⁶ SNOW, *Cattive acque* cit. p.13.

¹⁷ A. CANTANI, *Sulla cura del cholera con iniezioni sottocutanee di grandi quantità di acqua salata tiepida*, "Annali Universali di Medicina", vol. 63, fasc. 597, marzo 1867, p.636.

quando saranno praticate in ambienti più sereni e da medici meno prevenuti e più perseveranti nello sperimentare¹⁸.

Nel 1886, l'ipodermoclisi fu utilizzata a Venezia, Genova, Parigi e Amburgo. Tuttavia, i medici veneziani applicarono questo metodo di cura con risultati in realtà non entusiasmanti (riduzione della letalità di poco più di 2 punti percentuale) e gravati da un elevato numero di ascessi nel punto di iniezione (circa il 50%): utile solo in casi di modica disidratazione, sicuramente l'utilizzo dell'ipodermoclisi in un momento più precoce della malattia, prima della comparsa dello stadio algido, avrebbe ridotto i decessi. A Venezia, rispetto a quanto proposto da Cantani, si aggiunse alcol alla soluzione per stimolare il cuore e si sperimentarono aghi e apparecchi diversi¹⁹. L'ultimo rimedio proposto fu l'iniezione endovenosa di liquidi, praticata fin dal 1832 dal medico inglese Thomas Latta (*The Lancet* 23 giugno 1832) ma la sua diffusione avvenne nel 1884 con Georges Hayem a Parigi che iniettava una soluzione di cloruro sodico al 5 per mille a cui si aggiungevano 10 grammi di solfato di soda; in Germania, si usava cloruro sodico al 6 per mille con una piccola quantità di alcol; Il liquido doveva essere sterilizzato e mantenuto asettico. La quantità iniettata variava tra 1500 e 2000 grammi, introdotti lentamente nelle vene degli arti superiori o inferiori. Era tuttavia considerata un rimedio eroico se utilizzato nello stadio algico con risultati contrastanti: quasi certamente per l'utilizzo in ritardo ma anche perché le proporzioni corrette di sale per la soluzione fisiologica erano allora sconosciute, in particolare non erano note le giuste proporzioni di potassio, sodio, bicarbonato e cloruro per evitare l'emolisi.

Gli effetti dell'iniezione intravenosa sono qualche volta meravigliosi tanto che si può dire che un coleroso algido già con le apparenze di un cadavere era ricondotto alla

¹⁸ V. CAVAGNIS, *L'ipodermoclisi nell'epidemia di colera asiatico del 1886 a Venezia*, in *Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, vol.277, fasc. 833, novembre 1886, p.344.

¹⁹ G. DALL'OLIO, *Epidemia di colera asiatico del 1886 a Venezia. Esperienze di cura con l'ipodermoclisi*, "Schegge di Storia della Medicina", pubblicato online 9-7-2009, pp. 227-232.

vita, sfortunatamente troppo spesso questo risveglio non dura che poche ore questo procedimento si usa generalmente nei casi disperati²⁰.

L'uso standard delle soluzioni saline iniziò nel 1902, quando l'equilibrio elettrolitico e i meccanismi dello shock ipovolemico furono meglio compresi.

Conclusioni

La terapia del colera nell'Ottocento è caratterizzata da una letteratura vastissima: ogni medico, in base alla propria esperienza personale, sperimentava terapie attingendo alla farmacopea del tempo; tuttavia, l'inefficacia era il denominatore comune, poiché purtroppo la malattia giunse in Europa troppo in anticipo rispetto alle conoscenze scientifiche. E così i continui insuccessi nel controllo della malattia generarono un caos terapeutico fatto di continue sperimentazioni ma anche di cialtronerie ai limiti della superstizione, non solo inutili, ma spesso estremamente dannose. La sfida fu sicuramente difficile, tuttavia, appare oggi evidente l'eccessiva chiusura della comunità scientifica nei confronti delle nuove scoperte e delle esperienze terapeutiche: un esempio è la mancata attenzione che ricevette la scoperta dei vibroni da parte di Filippo Pacini nelle feci dei malati, presentata alla Società medico-fisica di Firenze il 10 dicembre 1854 (ben trent'anni prima di Koch). Lo stesso Pacini metteva in evidenza l'aspetto legato alla massiccia perdita di liquidi ed elettroliti dovuta all'azione del vibrione sulla mucosa intestinale. L'impressione è che a metà secolo (come testimoniato dalle osservazioni di Snow, Cantani, Latta e molti altri) ci fosse la base dei primi strumenti per comprendere il meccanismo patogenetico della malattia ma che il granitico attaccamento ai salassi e alla farmacopea del tempo non abbia permesso di anticipare di trenta o quaranta anni azioni terapeutiche che avrebbero potuto salvare molte vite. Anche l'eccessiva prudenza nei confronti dell'ipodermoclisi e dell'iniezione endovenosa, utilizzate

²⁰ F. TESTI, *Le grandi epidemie esotiche. Colera, peste e febbre gialla*, Hoepli, Milano 1908, p. 71.

come trattamento estremo solo sui moribondi, contribuì a rallentare ulteriormente la riduzione della mortalità per una malattia che nel frattempo, ad ondate successive, continuava ad infuriare in tutta l'Europa. Un ultimo aspetto da considerare è la frattura che si generò fra medici e pazienti, causata dall'aggressività e dall'inutilità delle cure: nel timore di essere sottoposti a trattamenti invasivi, molti nascosero la malattia dei familiari e questo comportamento ebbe conseguenze disastrose sulla diffusione del contagio. Nel corso del XX secolo si perfezionarono le terapie di reidratazione e si comprese il ruolo della tossina colerica, ma la vittoria nei confronti del colera avvenne comunque sul lato della prevenzione, migliorando progressivamente le condizioni igieniche generali.

Vaiolo e Lumi. Il dibattito sulla variolizzazione tra medicina e politica

Mariassunta Picardi

Università degli Studi di Napoli L'Orientale (Mariassunta.picardi@unior.it)

Riassunto

Nel secolo XVIII, in concomitanza con l'affermarsi del movimento intellettuale dei Lumi emerge un dibattito sull'inoculazione del vaiolo o variolizzazione: pratica medico-chirurgica in uso da secoli presso popoli della regione del Caucaso, della Turchia e dell'estremo Oriente come metodo di prevenzione del vaiolo. Con l'ausilio della corrispondenza e di testi *ad hoc*, le informazioni sulla pratica orientale arrivano ai medici, ai naturalisti e agli intellettuali di tutta l'Europa, che si schierano pro o contro la variolizzazione, dopo che il re della Gran Bretagna, Giorgio I, ne aveva ufficialmente approvato la sperimentazione (1721). In Francia, partigiani della variolizzazione sono i filosofi illuministi. Con la *Lettre sur l'inoculation de la petite vérole* (Parigi 1734) di Voltaire e con l'articolo *Inoculation* (1765), pubblicato nell'*Encyclopédie* di Diderot e d'Alembert, i *philosophes* offrono un importante contributo al dibattito sulla variolizzazione e alla profilassi antivaiolosa, assunta come impegno a favore del rinnovamento delle scienze, del progresso civile e del benessere e della felicità della società umana.

Summary

In the eighteenth century, together with the intellectual movement of the Enlightenment, a debate arises on smallpox inoculation or variolation: medical-surgical practice in use for centuries among peoples of the Caucasus, Turkey and the Far East as a method of preventing smallpox. Through letters and texts, information circulates throughout Europe. Doctors, naturalists and intellectuals take sides for or against variolation after the King of Great Britain, George I, had officially approved it (1721). In France, partisans of variolation are the illuminists. With Voltaire's *Lettre sur l'inoculation de la petite vérole* (Paris 1734) and with the article *inoculation* (1765) of the *Encyclopédie* of Diderot and d'Alembert, the *philosophes* offer an important contribution to smallpox prophylaxis, undertaken as a commitment to the renewal of science, civil progress and the well-being of human society.

Parole chiave

Illuminismo, vaiolo, profilassi, medicina, Voltaire, Encyclopédie

Keywords

Enlightenment, smallpox, prophylaxis, medicine, Voltaire, Encyclopédie

Lady Mary Montagu e la variolizzazione in Inghilterra

Devastante quando non mortale, il vaiolo nel XVIII secolo è tristemente vissuto, e tragicamente narrato, come un morbo che desta sgomento e terrore in tutta l'Europa, oltre che in Oriente e nei Paesi al di là dell'Atlantico, risultando 'flagello dell'umanità'¹. Secolo del movimento intellettuale dei Lumi e anche dell'esaltazione

¹ Su questi temi cfr. B. M. ASSAEL, *Il favoloso innesto: storia sociale della vaccinazione*, Laterza, Bari 1995. H. BAZIN, *The Eradication of Smallpox: Edward Jenner and the First and Only Eradication of a Human Infectious Disease*, ACADEMIC PRESS, SAN DIEGO 2000; ID., *Vaccination: A History. From Lady Montagu to*

del progresso scientifico, il Settecento è ancora l'età della disegualianza, dei privilegi legati al lignaggio e della minorità del popolo soggetto all'assoluta obbedienza. Per contro, l'epidemia di vaiolo rispondeva a una perfetta eguaglianza. Ne risultavano contagiati pressoché tutti, con gravi implicazioni per le relazioni sociali, economiche e anche politiche, rese vulnerabili da un nemico invisibile e mortale. Uomini e donne d'alto rango, magistrati, diplomatici, ministri, principi, e persino sovrani contraevano il vaiolo e spesso ne erano sopraffatti, anche a causa di fragilità dovute a matrimoni tra consanguinei, con inesorabili conseguenze per la stabilità degli Stati, e per i rapporti di potere e le alleanze tra le grandi dinastie d'Europa.

Ricercando soluzioni per far fronte al diffondersi della malattia, medici ed eruditi di tutta l'Europa si volgono a considerare un metodo di prevenzione adottato in Turchia, discutendo sulla validità di tale metodo e sulla possibilità di dare corso a una sperimentazione. Si trattava di una pratica di tradizione secolare in uso nella regione del Caucaso e in Asia minore, chiamata "innesto". Nell'Occidente europeo avrebbe preso il nome di inoculazione, variolizzazione, e anche vaiolizzazione. Tale pratica consisteva nel contagiare coloro che non avevano ancora contratto il vaiolo, di preferenza bambini, inoculando il pus prelevato dalle pustole prodotte dalla malattia (pustole vaiolose) attraverso una lieve incisione praticata solitamente sul braccio.

All'emergere di un dibattito sulla profilassi antivaiolosa contribuivano medici, filosofi e anche nobildonne che informavano circa la variolizzazione in quanto

Genetic Engineering, Libbey, Esher 2011, A. BORRELLI, *Dall'innesto del vaiolo alla vaccinazione Jenneriana: il dibattito scientifico napoletano*, in "Nuncius", XII, 1997, pp. 69-87, D. BRUNTON, *Smallpox Inoculation and Demographic Trends in Eighteenth Century Scotland*, in "Medical History", XXXVI, 1992, pp. 403-429, C. DAVID, *La querelle de l'inoculation en 1763: trois lettres inédites de Suard et du chevalier d'Éon*, "Dix-Huitième siècle", XVII, 1985, pp. 271-284, P. DARMON, *La longue traque de la variole*, Perrin, Paris 1985; ID., *Vaiolo e mondo nobiliare: il vaiolo mortale di Luigi XV e l'inoculazione di Luigi XVI*, Abramo, Catanzaro 1991, B. FADDA, *L'innesto del vaiolo: un dibattito scientifico e culturale nell'Italia del Settecento*, Franco Angeli, Milano 1983, K. DEWHURST, *Sydenham's Original Treatise on Smallpox, with a Preface and Dedication to the Earl of Shaftesbury by John Locke*, "Medical History", III, 1959, pp. 278-302, I. GLYNN, *The Life and Death of Smallpox*, Cambridge University Press, Cambridge 2004, A. TAGARELLI, *Il vaiolo e la vaccinazione in Italia*, a cura di La Pieve Poligrafica, Rimini 2004.

testimoni oculari di tale prassi o riportando informazioni raccolte da altri². In Inghilterra, la prima a darne notizia è lady Mary Montagu, moglie dell'ambasciatore britannico a Costantinopoli, che aveva appreso della variolizzazione da un medico greco al servizio del Sultano ottomano, Emmanuel Timoni. Nel 1717, Lady Montagu dava testimonianza della variolizzazione in una lettera a lady Sarah Chiswell. Pubblicata postuma come parte delle *Turkish Embassy Letters* (Londra 1763), l'epistola veniva a documentare ai contemporanei l'importante contributo di lady Montagu alla prevenzione del vaiolo, attestandone l'impegno a far conoscere la variolizzazione e a promuoverne la sperimentazione dando l'esempio, avendo Lady Montague annunciato a lady Chiswell che avrebbe fatto inoculare il vaiolo al figlio:

Sto per dirti una cosa che sono sicura ti farà desiderare di essere qui. Il vaiolo così mortale e così diffuso tra noi è qui del tutto innocuo grazie all'invenzione dell'innesto (che è il termine che gli danno). C'è un gruppo di donne anziane che si impegnano a eseguire l'operazione. Ogni autunno, nel mese di settembre, quando il grande caldo si attenua, le persone si ritrovano per sapere se qualcuno della loro famiglia ha intenzione di prendere il vaiolo. Organizzano feste a questo scopo, e quando si incontrano (di solito quindici o sedici insieme) la vecchia arriva con un guscio di noce pieno del liquido del miglior tipo di vaiolo e chiede quale sia la vena che si preferisce sia incisa. Ella immediatamente buca la vena che le viene offerta con un grosso ago (che non ti dà più dolore di un comune graffio) e vi introduce tanto veleno quanto ne può contenere la punta di un ago. Poi fascia la piccola ferita con un pezzo cavo di conchiglia e, in questo modo, incide quattro o cinque vene³.

² Sulla corrispondenza come veicolo di comunicazione del sapere ci si limita a ricordare P.-Y. BEAUREPAIRE, *La plume et la toile. Pouvoirs et réseaux de correspondance dans l'Europe des Lumières*, Artois Presses Université, Arras 2002.

P.-Y. BEAUREPAIRE, J. HÄSELER, A. MCKENNA, *Réseaux de correspondance à l'âge classique (XVIe-XVIIIe siècle)*, Publications de l'Université, Saint-Étienne 2006.

³ Nell'edizione curata da TERESA HEFFERMAN e DANIEL O'QUINN, la lettera in questione è classificata come lettera n. 32. Cfr. Mary WORTLEY MONTAGU, *Turkish Embassy Letters*, edited by T. HEFFERMAN, D. O'QUINN, Broadview Editions, Peterborough 2013, pp. 124-126. Cfr. ivi, p. 125: « [...] I am going

A dispetto delle notizie tendenziose che circolavano tra i medici inglesi, Lady Montague si avvaleva delle informazioni apprese da Timoni per mostrare la bontà del trattamento. A partire dagli effetti registrati da Timoni, osservando il decorso della malattia in bambini sottoposti ad inoculazione, la nobildonna mostrava come tale trattamento non avesse esiti mortali, né conseguenze gravemente dannose, né aspetti tali da renderlo impraticabile. Anche il cerimoniale che accompagnava la prassi, contribuendo a renderla sospetta, costituiva per lady Montagu un aspetto trascurabile che non pregiudicava l'utilità del trattamento:

I Greci, d'abitudine, hanno la superstizione di incidere (una vena) al centro della fronte, su ogni braccio e sul petto per fare il segno della croce, ma ciò ha un pessimo effetto perché tutte queste ferite lasciano piccole cicatrici. (Il procedimento) non viene effettuato nello stesso modo da coloro che non sono superstiziosi, i quali scelgono di produrre (le ferite) sulle gambe o su quella parte del braccio che è nascosta. I bambini, vale a dire i piccoli pazienti, giocano insieme tutto il resto della giornata, e fino all'ottavo giorno sono in perfetta salute. Poi la febbre comincia a salire e stanno a letto due giorni, molto raramente tre. È piuttosto raro che si formino sul viso più di venti o trenta (pustole), che non lasciano segni, e in otto giorni (i bambini) ritornando ad essere com'erano prima della malattia. Dove avviene l'incisione, resta una piaga purulenta per tutto il tempo in cui si sviluppa l'infezione [...]. Ogni anno, sono in migliaia a sottoporsi a questa operazione, e l'ambasciatore francese dice compiaciuto che prendere il vaiolo è, per essi, un

to tell you a thing that I am sure will make you wish yourself here. The smallpox so fatal and so general amongst us is here entirely harmless by the invention of engrafting (which is the term they give it). There is a set of old women who make it their business to perform the operation. Every autumn in the month of September when the great heat is abated, people send to one another to know if any of their family has a mind to have the smallpox. They make parties for this purpose, and when they are met (commonly fifteen or sixteen together) the old woman comes with a nutshell full of the matter of the best sort of smallpox and asks what vein you please to have opened. She immediately rips open that you offer to her with a large needle (which gives you no more pain than a common scratch) and puts into the vein as much venom as can lie upon the head of her needle and after binds up the little wound with a hollow bit of shell and in this manner opens four or five veins». Traduzione mia.

diversivo, così come in altri Paesi lo è assumere le acque (minerali). Non c'è nessuno che sia morto, e, credimi, sono così convinta che si tratti di un esperimento sicuro che intendo provarlo sul mio caro figlioletto⁴.

L'impegno di Lady Montagu è quello di una "patriota" che vuole contribuire alla sicurezza e al benessere della Nazione, contrastando, come farebbe un "guerriero coraggioso", il giudizio limitativo che vedeva nell'inoculazione una pratica rudimentale, molto rischiosa e dagli esiti incerti⁵:

Sono patriota al punto da assumere l'impegno di fare in modo che questa utile invenzione diventi d'uso comune in Inghilterra, e non mancherei di scriverne in modo particolareggiato ad alcuni dei nostri medici se sapessi che qualcuno è tanto

⁴ Cfr. ivi, p.126: «*The Grecians have commonly the superstition of opening one in the middle of the forehead, in each arm and on the breast to mark the sign of the cross, but this has a very ill effect, all these wounds leaving little scars, and is not done by those that are not superstitious, who choose to have them in the legs or that part of the arm that is concealed. The children or young patients play together all the rest of the day and are in perfect health till the eighth. Then the fever begins to seize them, and they keep their beds two days, very seldom three. They have very rarely above twenty or thirty in their faces, which never mark, and in eight days' time they are as well as before their illness. Where they are wounded there remains running sores during the distemper [...]. Every year thousands undergo this operation, and the French Ambassador says pleasantly that they take the smallpox here by way of diversion as they take the waters in other countries. There is no example of anyone that has died in it, and you may believe I am very well satisfied of the safety of the experiment since I intend to try it on my dear little son*».

⁵ Nel 1717, su sollecitazione del medico di origine italiana Emmanuel Timoni, nato a Costantinopoli e ivi medico al servizio del Sultano ottomano Ahmed III e interprete ufficiale (dragomanno) presso l'ambasciata britannica, lady Mary Montagu, che aveva visto il fratello morire di vaiolo e che aveva ella stessa contratto il vaiolo, restandone deturpata, fa inoculare il vaiolo al figlio primogenito dallo scozzese Charles Maitland, all'epoca medico di stanza nella guarnigione militare britannica in Turchia. Ritornata in Inghilterra, nel 1718, dove imperversava un'epidemia di vaiolo, l'ex ambasciatrice fa inoculare il vaiolo anche alla figlia. In entrambi i casi l'inoculazione non ebbe effetti preoccupanti. Lady Montagu fu d'esempio per altre nobildonne inglesi, e anche per la principessa del Galles, Carolina di Ansbach che sollecitò il re, Giorgio I, a pronunciarsi a favore della variolizzazione, dando ufficialità alla campagna di prevenzione contro la malattia. Tra i molti studi, ci si limita a ricordare M. T. GIAVERI, *Lady Montague e il dragomanno. Viaggio avventuroso all'origine dei vaccini*, Neri Pozza, Vicenza 2021.

virtuoso da rinunciare a una parte considerevole dei propri ricavi per il bene dell'umanità. Ma questa infezione è troppo vantaggiosa per non esporre al loro risentimento il coraggioso guerriero che vorrà impegnarsi a porvi fine. Magari, se vivrò tanto da tornare, potrò comunque trovare il coraggio di far loro guerra. Questa volta, ammira l'eroismo che alberga nell'animo della tua amica⁶.

Quando la notizia della variolizzazione comincia a diffondersi negli ambienti di corte, la Royal Society è già a conoscenza di questa pratica medica. È John Woodward, professore di medicina al Gresham College di Londra, a presentarne un resoconto dettagliato ai membri della Società scientifica, sintetizzando i contenuti della Lettera con cui il suddetto Emmanuel Timoni contribuiva a diffondere informazioni sull'inoculazione (*An Account, or History of the Procuring the Small Pox by Incision*)⁷. Con l'*Account*, Woodward dava testimonianza di una novità in campo medico, descrivendo la modalità di attuazione della variolizzazione, e anche i suoi effetti. Avvantaggiandosi delle informazioni fornite da Timoni, Woodward documentava anzitutto che, in Turchia, venivano sottoposte al trattamento di inoculazione del vaiolo persone di qualsiasi età e complessione. In secondo luogo, che sembrava non vi fossero casi accertati di morte tra coloro a cui era stato inoculato il vaiolo. In terzo luogo, che la maggioranza delle persone sottoposte al trattamento di inoculazione presentavano sintomi lievi, che non lasciavano alcun segno sul volto. Diversamente da quanto osservato seguendo il

⁶ Cfr. WORTLEY MONTAGU, *Turkish Embassy Letters*, cit., p. 126: «I am patriot enough to take pains to bring this useful invention into fashion in England, and I should not fail to write to some of our doctors very particularly about it if I knew any one of them that I thought had virtue enough to destroy such a considerable branch of their revenue for the good of mankind, but that distemper is too beneficial to them, not to expose to all their resentment the hardy wight that should undertake to put an end to it. Perhaps, if I live to return, I may, however, have courage to war with them. Upon this occasion, admire the heroism in the heart of your friend, etc.».

⁷ Cfr. J. WOODWARD, *An Account, or History, of the Procuring the Small Pox by Incision, or Inoculation. As it has for some time been Practised at Constantinople*, "Philosophical Transactions of Royal Society", XXIX, 1714-1716, pp. 72-82. La lettera scritta da Timoni a Costantinopoli nel 1713 viene pubblicata unitamente all'*Account*. Cfr. E. TIMONI, *Being the extract of a letter from —, Oxon. Et Patav. M.D.S.R.S. dated at Constantinople December 1713*, in J. WOODWARD, *An Account*, cit., pp. 76-82.

decorso della malattia contratta in modo naturale, i cui esiti cicatriziali lasciavano segni permanenti che deturpavano il viso⁸. Con la pubblicazione dell'*Account* (1714-1716) nella rivista "Philosophical Transactions" della Royal Society, vi saranno sempre più medici in Inghilterra ad interessarsi alla variolizzazione, a praticarla e a perfezionarla.

Se l'*Account* di Woodward apriva uno spazio alla profilassi antivaaiolosa, il re Giorgio I la rendeva ufficiale in tutto l'impero britannico, dopo che la principessa del Galles, Carolina di Ansbach, moglie del futuro erede al trono (Giorgio II), aveva fatto praticare con successo l'inoculazione del vaiolo al figlio primogenito, Federico del Galles, secondo nella linea di successione al trono⁹. La notizia che il re della Gran Bretagna aveva dato la sua approvazione alla variolizzazione faceva eco in tutta l'Europa. Così, filosofi, teologi, medici, uomini di scienza, teste coronate, e anche matematici impegnati nel calcolo delle probabilità, si schiereranno pro e contro un metodo arcaico, importato dall'Oriente, che si tradurrà, infine, nella pratica della vaccinazione.

La posizione dei *philosophes* tra medicina e progresso civile

Il dibattito sull'inoculazione del vaiolo irrompe in Francia intorno agli anni '20 del secolo¹⁰. La variolizzazione diviene per gli illuministi arma polemica contro il

⁸ Cfr. *ivi*, pp. 72-82.

⁹ Lo scambio epistolare testimonia l'amicizia di Lady Montague con la principessa del Galles, che, nel 1721, seguirà l'esempio di lady Montagu facendo inoculare il vaiolo al figlio primogenito. Si rinvia in particolare alla lettera che Lady Montague scrive alla principessa nel 1717, mentre si trovava ad Adrianopoli, attuale Edirne. Cfr. WORTLEY MONTAGU, *Turkish Embassy Letters*, cit., pp. 98-100.

¹⁰ Su questi temi cfr. S. BOARINI, *L'inoculation de la petite vérole à Lyon: De la condamnation à l'acceptation (1779-1811)*, in "Revue d'histoire des sciences", LXXI, 2018, pp. 25-48; A. CUNNINGHAM, *The Medical Enlightenment in the Eighteenth Century*, Cambridge University Press, Cambridge 1990; P. DARMON, *Variole, inoculation, vaccine. Les débuts de la médecine préventive en France et dans le monde (XVIIIème-XIXème siècle)*, thèse pour le doctorat, préparée sous la direction de Monsieur le Professeur Pierre Chaunu, Paris 1984; A. Emch-Dériaz, *L'Eta dei Lumi: le scienze della vita. L'epidemiologia e la medicina di Stato*, 2002 (L'età dei lumi: le scienze della vita. l'epidemiologia e la medicina di stato - Enciclopedia

pregiudizio, la superstizione e l'ignoranza¹¹. Contribuire alla prevenzione del vaiolo, mostrando l'importanza e l'utilità del metodo adottato dagli inglesi contro la tendenza a sottovalutare e a screditare l'inoculazione, vale, per i *philosophes*, come impegno a favore del rinnovamento scientifico, del progresso civile e del benessere e della felicità della società umana¹².

Il primo a scendere in campo in una battaglia che vede schierati i Lumi della ragione contro l'ottusa cecità del pregiudizio è Voltaire. Paladino della variorizzazione, Voltaire vi dedica la *Lettre sur l'insertion de la petite vérole* (Lettera sull'inoculazione del vaiolo), undicesima delle sue *Lettres philosophiques*, o *Lettres anglaises*, scritte dopo un lungo soggiorno in Inghilterra e pubblicate a Londra, prima in inglese, nel 1733, e, successivamente, in francese, nel 1734¹³. Quando

- Treccani), G. MILLER, *The adoption of Inoculation for Smallpox in England and France*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1957; C. SETH, *Les Rois aussi en mouraient. Les Lumières en lutte contre la petite vérole*, Desjonquères, Paris 2008, J. P. PETER, *Les médecins français face au problème de l'inoculation variolique et de sa diffusion (1750-1790)*, "Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest", LXXXVI, 1979, pp. 251-264.

¹¹ Cfr. *Encyclopédie, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de gens de lettres. Mis en ordre et publié par m. Diderot, de l'Académie Royale des Sciences et des Belles Lettres de Prusse [...]*, Paris, chez Briasson, David, Le Breton, Durand, 1751-1772 (<https://encyclopédie.uchicago.edu>), VIII, f. 767b: «Nous lisons avec horreur que dans les siècles de ténèbres, et que nous nommons barbares, la superstition des druides immolait aveuglément à ses dieux des victimes humaines; et dans ce siècle si poli, si plein de lumières que nous appelons le siècle de la Philosophie, nous ne nous apercevons pas que notre ignorance, nos préjugés, notre indifférence pour le bien de l'humanité dévouent stupidement à la mort chaque année dans la France seule, vingt-cinq mille sujets qu'il ne tiendrait qu'à nous de conserver à l'état. Convenons que nous ne sommes ni philosophes ni citoyens».

¹² L'azione riformatrice degli illuministi e gli ideali a cui tale azione si ispira si scoprono anche nella corrispondenza privata dei *philosophes*. Così, Diderot, in una lettera a Sophie Volland, sua amante, scrive: «Ciò che caratterizza il filosofo e che lo distingue dal popolano, è che egli non ammette alcunché senza prova, che non ha affatto acquiescenza verso le nozioni fallaci e che stabilisce con esattezza i limiti del certo, del probabile e del dubbio. Quest'opera produrrà certamente, col tempo, una rivoluzione negli animi [...] Avremo reso, così, un servizio all'umanità». Lettera di Diderot a Sophie Volland, datata 26 settembre 1762, in D. DIDEROT, *Lettres à Sophie Volland. 1759-1774*, édition présentée et annotée par M. BUFFAT, O. RICHARD-PAUCHET Paris 2010, p. 715.

¹³ Cfr. VOLTAIRE, *Letters concerning the English Nation*, London, printed for C. Davis in Pater-Noster-Row, 1733, ID., *Lettres écrites de Londres sur les Anglois et autres sujets*, Basle, 1734 (stampata dal medesimo tipografo londinese). Nel 1734, appare in Francia un'altra stampa delle *Lettres*, un'edizione

appare la *Lettre* di Voltaire, l'Accademia francese delle scienze non ha ancora preso in seria considerazione la prassi dell'*insertion de la petite vérole*. Bisognerà attendere il testo, *Mémoires sur l'inoculation* (1754, 1758) del naturalista Charles de La Condamine che, alla metà del secolo, riporterà all'attenzione dei membri dell'Accademia scientifica sull'importanza della variolizzazione come trattamento medico-chirurgico utile a prevenire il contagio del vaiolo¹⁴. Cionondimeno, in Francia, nel 1734, le diverse posizioni del dibattito sul vaiolo contratto per inoculazione (*petite vérole artificielle*) sono ormai chiare. Avversari della *petite vérole artificielle* sono anzitutto i teologi della Sorbona che, giudicando l'inoculazione in una prospettiva confessionale, vi riconoscono una pratica pagana, superstiziosa, e, in qualche modo, diabolica. Avversari dell'inoculazione sono altresì esponenti del mondo accademico, ostili a una prassi che dava prova d'essere molto rischiosa, facendo registrare, tra i possibili effetti, la cancrena e il contagio di diverse malattie infettive e mortali. Dei rischi della *petite vérole artificielle* avrebbe dato testimonianza, nella metà del secolo, Andrew Cantwell, professore di chirurgia

clandestina che include la lettera su Blaise Pascal: VOLTAIRE, *Lettres philosophiques*, Amsterdam, chez E. Lucas, 1734. D'ora in poi, l'edizione sarà citata come *Lettres philosophiques* con l'indicazione delle pagine. Mostrando i limiti dei costumi, della società e delle istituzioni francesi, le *Lettere inglesi* costituivano un attacco alla Francia. Il testo fu condannato dal Parlamento di Parigi subito dopo la pubblicazione in francese. Tra le traduzioni italiane ci si limita a ricordare: VOLTAIRE, *Lettere inglesi*, introdotto e commentato da P. ALATRI, traduzione di M. MANDALARI, Editori Riuniti, Roma 1971. D'ora in poi, la traduzione sarà citata come *Lettere inglesi* con l'indicazione delle pagine.

¹⁴ Cfr. Ch.-M. DE LA CONDAMINE, *Mémoire sur l'inoculation de la petite vérole. Lu à l'assemblée publique de l'Académie Royale des Sciences, le Mercredi 24 Avril 1754 par M. de La Condamine, Chevalier de l'Ordre Militaire de Saint Lazare, de l'Académie des Sciences, de Sociétés Royales de Londres et de Berlin*, La Haye, chez Nicolas van Daalen, 1754, ID., *Second Mémoire sur l'inoculation de la petite vérole, contenant son histoire depuis l'année 1754. Lû à l'Assemblée publique de l'Académie des Sciences du 15 novembre 1758, par M. de La Condamine, Chevalier de l'Ordre Militaire de Saint Lazare, de l'Académie Royale des Sciences, et des Sociétés Royales de Londres et de Berlin*, Genève, chez Emmanuel De Villard, 1759.

Le edizioni delle *Mémoires* in altre lingue nazionali (spagnolo, inglese, italiano, ecc.), contribuiranno al dibattito sulla variolizzazione in Europa. Tra le edizioni in italiano coeve, ci si limita a ricordare quella curata dal medico e naturalista toscano GIOVANNI TARGIONI TOZZETTI: C. M. DE LA CONDAMINE, *Due Memorie sull'innesto del vajuolo del signor de La Condamine, tradotte dal francese, con l'aggiunta delle relazioni d'innesti di vajuolo fatti in Firenze nel 1756*, Venezia, presso Domenico Deregni, 1761.

all'Università di Parigi, con la *Dissertation sur l'inoculation* (1755)¹⁵, ove replicava alle argomentazioni della prima delle due *Mémoires* di de La Condamine rappresentando un numero cospicuo di casi in cui l'inoculazione del vaiolo aveva avuto esiti nefasti¹⁶.

¹⁵ A. CANTWELL, *Dissertation sur l'Inoculation; Pour servir de réponse à celle de M. de la Condamine, de l'Académie Royale des Sciences, sur le même sujet, par —, de la Société Royale de Londres, Docteur Régent de la Faculté de Médecine en l'Université de Paris, ancien Professeur de Chirurgie Latine et Professeur des Ecoles de Médecine*, Paris, chez Delaguet, 1755, p. 1: «Ce n'est pas l'envie de contredire qui me fait mettre la plume à la main, pour discuter un sujet qui, jusqu'à présent a eu des Partisans nombreux, et d'une autorité assez considérable. Mon caractère a toujours été fort éloigné de ce travers d'esprit, plus propre à avilir qu'à établir la réputation de qui ne craint point de s'y livrer. La seule passion qui m'anime en l'intérêt que tout bon Citoyen prend à d'avantage commun de l'humanité ; et j'y suis obligé plus qu'un autre, en qualité de Médecin. D'ailleurs je ne suis pas le seul de ma Profession qui révoque en doute le mérite de l'Inoculation ».

¹⁶ Ivi, pp. 3-4 : « M. de la Condamine a détaillé dans son élégante dissertation tout ce qu'on peut dire de plus favorable pour cette méthode. Mais je me suis trouvé en plusieurs occasions différentes, et j'ai appris d'un grand nombre de personnes respectables, plusieurs accidents funestes, qui m'ont enfin ouvert les yeux sur le danger d'une pratique qui m'avoit d'abord paru si avantageuse. J'ai eu l'honneur de voir à Montpellier le jeune Mylord Lincoln, dont le frere aîné étoit mort de la petite vérole artificielle, et qui étoit lui-même actuellement dans un état de cachéxie pour avoir subi la même opération. Mylord Inchiquin perdit par la même voye son fils unique, héritier de ses biens et de ses honneurs, et eut le chagrin de voir sortir de sa famille, par ce malheureux accident, tout le bien du Comte de Toumond, qui montoit, à ce qu'on assure, à 50000 livres sterling de rentes ; succession que le refus généreux et chrétien de Mylord Clare, le plus proche parent du Comte de Toumond, faisoit tomber sur Mylord Inchiquin, s'il eut conservé son fils. M. Smith, de la Comté de Tipperary en Irlande, fit inoculer ses cinq enfans à la fois, qui périrent tous, et lasserent son père désolé dans le désespoir de se voir privé de toute la consolation de sa vieillesse, et dans l'éternel repentir de son imprudence. Mylord Kildare ayant fait faire cette opération en 1754, à ses quatre enfans à la fois, l'aîné, qui étoit une fille de huit ans, pleine de force et de santé, dont les traits annonçoient déjà la figure la plus aimable, périt malheureusement ».

Cfr. ivi, p. 5: «Le fils de M. Collins, Fermier dans la grande Isle , près de la Ville de Cork en Irlande, fut inoculé il y a environ deux ans et demi; il ne parut aucune pustule ni suppuration. Le malade mourut le cinquième jour d'une gangrene au bras où l'incision avoit été faite ».

Cfr. ivi, p. 6: «J'ai vu cette année dans cette Ville un Médecin Anglois, fort honnête-homme et fort éclairé, et qui pouvoit parler avec connoissance de cause des effets de l'Inoculation, pour l'avoir vu pratiquer plusieurs fois. Il conseilla à un Gentilhomme Irlandais, notre ami commun, de ne point la tenter sur son fils, parce qu'il avoit lieu de croire qu'elle ruinait, ou du moins affaiblissait toujours le tempérament ».

D'altro canto, medici di grande reputazione davano importanza alla variolizzazione, anche alla luce della *Lettre sur l'inoculation de la petite vérole comme elle se pratique en Turquie et en Angleterre* (Parigi 1723) del medico francese De la Coste, che pare sia il primo degli scritti a favore dell'inoculazione apparsi in Francia. De la Coste contribuiva alla conoscenza della storia e della modalità di attuazione della *petite vérole artificielle*, che egli aveva appreso da medici inglesi, dimostrando, contro le obiezioni dei teologi, la legittimità della prassi dell'inoculazione¹⁷. Va ricordato come Jean Astruc, insigne studioso di malattie veneree, e Jean-Claude-Adrien Helvétius, medico della regina Maria Leszczyńska e padre del più famoso Claude-Adrien Helvétius, siano tra quanti, all'epoca, riconoscevano l'utilità dell'inoculazione, preoccupandosi anche di esortare il sovrano, Luigi XV, ad intervenire con misure pubbliche per non lasciare la prevenzione del vaiolo all'arbitrio dei singoli¹⁸.

In questo contesto, appare la *Lettre* di Voltaire. Scritta al rientro dall'Inghilterra, la *Lettre* è l'esito della vicinanza al *milieu* intellettuale londinese e all'ambiente di corte, ove il *philosophe* apprende della variolizzazione e del contributo di Lady Montague e della principessa del Galles alla prevenzione del vaiolo.

Spregiudicata quanto sensazionale, la *Lettre* parla della *petite vérole artificielle* (o *petite vérole bénigne*) alla Francia tutta, e non soltanto ai medici, ai teologi e agli uomini di scienza direttamente coinvolti nel dibattito sull'inoculazione. Il tono è quello del pamphlet, satirico e graffiante. Bersaglio dell'invettiva sono i francesi, posti, nella *Lettre*, a confronto con gli inglesi, modello di coraggio e di buonsenso

¹⁷ Cfr. DE LA COSTE, *La Lettre sur l'inoculation de la petite vérole, comme elle se pratique en Turquie et en Angleterre adressé à M. Dodart, Conseiller d'Etat et Premier Medecin du Roy, avec un Appendix qui contient les preuves et repond a plusieurs questions curieuses*, Paris, Claude Labottière, 1723. Nell'opuscolo, De La Coste ripercorre gli aspetti fondamentali della variolizzazione e la storia di tale pratica medica, sintetizzando le conoscenze acquisite mediante lo scambio epistolare con lo scozzese Charles Maitland, lo stesso che aveva inoculato il vaiolo al figlio di Lady Montagu, e con il chirurgo Claude Amyand.

¹⁸ Cfr. JEAN ASTRUC (1684-1766), professore di anatomia all'università di Tolosa (1710-20), medico di Augusto II di Polonia e di Luigi XV, JEAN-CLAUDE-ADRIEN HELVÉTIUS (1664-1727), medico di Luigi XIV e della regina Maria Leszczyńska, moglie di Luigi XV, *Idée generale de l'oconomie animale et observations sur la petite verole*, Paris, chez Rigaud, 1723.

nella rappresentazione di Voltaire. “Vigliacchi”, “snaturati”, “insensati”, e anche “folli”, i francesi, per il *philosophe*, poiché espongono sé stessi e i propri figli al pericolo di una malattia che uccide e che sfigura, invece di seguire l'esempio dato dagli inglesi: i quali agiscono responsabilmente contribuendo a un'immunità diffusa e al bene pubblico sottoponendosi, pressoché tutti, all'inoculazione del vaiolo, col solo rischio di contrarre la malattia in forma lieve¹⁹. Adamantino Voltaire nel conteggiare le vittime del morbo, documentando l'alto tasso di mortalità del vaiolo. Il *philosophe* ne dà testimonianza con riferimento a due grandi epidemie occorse in Francia (1711, 1723), in cui persero la vita illustri personaggi, tra i quali, Luigi di Borbone, il Gran Delfino di Francia, morto prematuramente, nel 1711, e il duca d'Aumont, vittima, insieme con altre migliaia di persone, dell'epidemia di vaiolo del 1723. Registrando una situazione in cui la malattia costituisce una minaccia per la stabilità dello Stato, oltre che per la vita dei francesi, Voltaire richiama il pubblico alla necessità di prevenire il vaiolo, e all'urgenza di rendere il trattamento della *petite vérole artificielle* una pratica d'uso comune:

Su cento persone al mondo, almeno sessanta prendono il vaiolo; di queste sessanta, venti ne muoiono negli anni migliori e venti ne serbano per sempre dei brutti segni: ecco, dunque, che la quinta parte dell'umanità viene uccisa o deturpata da questa malattia. Di tutti coloro cui viene inoculata in Turchia o in Inghilterra, nessuno muore, se non è malato e destinato a morire per altro motivo; nessuno resta deturpato; e, se l'inoculazione è stata fatta a regola d'arte, nessuno prende il vaiolo una seconda volta. È dunque sicuro che, se un'ambasciatrice francese avesse portato quel segreto da Costantinopoli a Parigi, avrebbe reso un eterno servizio alla nazione.

¹⁹ *Lettres philosophiques*, pp. 92-93 : « On dit doucement dans l'Europe chrétienne que les Anglais sont des fous et des enragés : des fous, parce qu'ils donnent la petite vérole à leurs enfants pour les empêcher de l'avoir ; des enragés, parce qu'ils communiquent de gaieté de cœur à ces enfants une maladie certaine et affreuse, dans la vue de prévenir un mal incertain. Les Anglais, de leur côté, disent les autres Européens sont des lâches et des dénaturés : ils sont lâches, en ce qu'ils craignent de faire un peu de mal à leurs enfants ; dénaturés, en ce qu'ils les exposent à mourir un jour de la petite vérole. Pour juger laquelle des deux nations a raison, voici l'histoire de cette fameuse insertion dont on parle en France avec tant d'effroi ».

Il duca di Villequier, padre dell'attuale duca d'Aumont, l'uomo più sano e più robusto di Francia non sarebbe morto nel fiore degli anni. Il principe di Soubise che aveva la più florida salute, non sarebbe stato strappato alla vita all'età di venticinque anni. Monsignore, nonno di Luigi XV, non sarebbe stato seppellito all'età di cinquant'anni. Ventimila persone morte di vaiolo a Parigi nel 1723, vivrebbero ancora²⁰.

Avvalendosi di informazioni rinvenute in Inghilterra, il *philosophe* traccia la storia della variolizzazione come pratica di tradizione secolare, ritrovandone l'origine nell'antico popolo dei Circassi. Voltaire mostra come dalla regione del Caucaso la variolizzazione si sia trasmessa alla regione settentrionale della Grecia per giungere successivamente in Turchia²¹. Parlando dei Circassi, Voltaire non si fa scrupolo di

²⁰ *Lettere inglesi*, pp. 69-70. Cfr. *Lettres philosophique*, pp. 101-103 : « Sur cent personnes dans le monde, soixante au moins ont la petite vérole ; de ces soixante, dix en meurent dans les années les plus favorables, et dix en conservent pour toujours de fâcheux restes. Voilà donc la cinquième partie des hommes que cette maladie tue ou enlaidit sûrement. De tous ceux qui sont inoculés en Turquie ou en Angleterre, aucun ne meurt, s'il n'est infirme et condamné à mort d'ailleurs ; personne n'est marqué, aucun n'a la petite vérole une seconde fois, supposé que l'inoculation ait été parfaite. Il est donc certain que, si quelque ambassadrice française avait rapporté ce secret de Constantinople à Paris, elle aurait rendu un service éternel à la nation ; le duc de Villequier, père du duc d'Aumont d'aujourd'hui, l'homme de France le mieux constitué et le plus sain, ne serait pas mort à la fleur de son âge ; le prince de Soubise, qui avait la santé la plus brillante, n'aurait pas été emporté à l'âge de vingt-cinq ans ; Monseigneur, grand-père de Louis XV, n'aurait pas été enterré dans sa cinquantième année ; vingt-mille personnes mortes à Paris de la petite vérole en 1723 vivraient encore ». Il testo continua come segue : « Quoi donc ! est-ce que les Français n'aiment point la vie ? est-ce que leurs femmes ne se soucient point de leur beauté ? En vérité, nous sommes d'étranges gens ! Peut-être dans dix ans prendra-t-on cette méthode anglaise, si les curés et les médecins le permettent ; ou bien les Français, dans trois mois, se serviront de l'inoculation par fantaisie, si les Anglais s'en dégoûtent par inconstance » (Ibidem). Louis-Marie d'Aumont de Rochebaron (1691-1723); Jules François Louis de Rohan, principe di Soubise (1697-1724). Monsignore, titolo riservato in Francia agli eredi al trono, insieme a quello di Delfino: Luigi di Borbone (1661-1711).

²¹ Cfr. *Lettres philosophique*, p. 98 : « Quelques gens prétendent que les Circassiens prenent autrefois cette coutume des Arabes ; mais nous laissons ce point d'histoire à éclaircir par quelque bénédictin, qui ne manquera pas de composer là-dessus plusieurs volumes in-folio avec les preuves ». Cfr. ivi, p. 104 : « J'apprends que depuis cent ans les Chinois sont dans cet usage ; c'est un grand préjugé que l'exemple d'une nation qui passe pour être la plus sage et la mieux policée de l'univers. Il est vrai que les Chinois s'y prennent d'une façon différente : ils ne font point d'incision, ils font prendre la petite vérole par le nez comme du tabac en poudre : cette façon est plus agréable, mais elle revient au même, et sert également à confirmer que, si on avait pratiqué l'inoculation en France, on aurait sauvé la vie à des milliers d'hommes ».

dare risalto ai costumi di società ritenute barbare e pagane. Né di paragonare, con tono mordace, le madri francesi, ritenute modello di *pietas* e di virtù, a quelle della Circassia, che preparano le figlie alla vita dell'harem, educandole alla voluttà, ai piaceri ricercati da quei padroni esigenti a cui le donne del Caucaso sono destinate come merce preziosa:

I Circassi sono poveri e le loro figlie sono belle: sicché è di queste ch'essi fanno il maggior traffico. Forniscono delle bellezze agli harem del Gran Sultano, del Sofi di Persia e di coloro che sono abbastanza ricchi per comprare e mantenere sì preziosa mercanzia. Educano queste fanciulle, in piena buona fede e molto onoratamente, alle danze più lascive e più molli, e a sollecitare con gli artifici più voluttuosi le voglie dei padroni sdegnosi ai quali sono destinate: quelle povere creature ripetono ogni giorno la lezione con la madre, come le nostre fanciulle ripetono il catechismo, senza capire nulla²².

Costume di antica tradizione, la tratta e la schiavitù delle donne sta all'origine della variolizzazione che, come mostra Voltaire con pungente ironia, ha contribuito a preservare i commerci e la ricchezza del Caucaso:

Sono stati, quindi, la tenerezza materna e l'interesse, motivi comuni a tutta la Terra, a introdurre in Circassia un tale costume, che appare così strano ad altri popoli [...]. Ora, avveniva spesso che un padre e una madre, dopo aver tanto penato per impartire una buona educazione alle proprie figlie, si vedessero frustrati di colpo nelle loro speranze. Il vaiolo s'introduceva nella famiglia: una figlia ne moriva, un'altra

²² Cfr. *Lettere inglesi*, p. 67, Cfr. *Lettres philosophique*, pp. 94-95 : « Les Circassiens sont pauvres, et leurs filles sont belles; aussi ce sont elles dont ils font le plus de trafic. Ils fournissent de beautés les harems du Grand Seigneur, du sophi de Perse, et de ceux qui sont assez riches pour acheter et pour entretenir cette marchandise précieuse. Ils élèvent ces filles en tout bien et en tout honneur à caresser les hommes, à former des danses pleines de lasciveté et de mollesse, à rallumer, par tous les artifices les plus voluptueux, le goût des maîtres très-dédaigneux à qui elles sont destinées. Ces pauvres créatures répètent tous les jours leur leçon avec leur mère, comme nos petites filles répètent leur catéchisme sans y rien comprendre ».

La Circassia è una regione storica del Caucaso tra la Russia, l'Armenia, la Georgia e l'Azerbaigian.

perdeva un occhio, una terza si rialzava dal letto con un naso ingrossato, e quei poveretti si ritrovavano senza risorse e rovinati. Spesso, quando il vaiolo diventava epidemico, anche il commercio veniva interrotto per parecchi anni, il che cagionava un impoverimento dei serragli della Persia e della Turchia²³.

A dispetto dei pregiudizi, i Circassi hanno dato prova di buonsenso, e di profondo acume, essendo riusciti ad escogitare un modo per contrastare il vaiolo, che si è perfezionato attraverso una sperimentazione secolare²⁴. L'intento di Voltaire è convincere che la pratica che si è trasmessa in Occidente costituisce un trattamento affidabile. Il *philosophe* documenta la modalità di attuazione più comune della *petite vérole artificielle* e il circolo virtuoso che si ottiene praticando l'inoculazione che ha, come effetto, la ricercata immunità:

Da tempo immemorabile, le donne della Circassia hanno l'usanza di inoculare il vaiolo ai propri figli, anche all'età di sei mesi, facendo loro un'incisione sul braccio

²³ Cfr. *Lettere inglesi*, p. 67. Cfr. *Lettres philosophique*, pp. 94, 95-96 : « Ce qui a introduit en Circassie cette coutume, qui paraît si étrange à d'autres peuples, est pourtant une cause commune à tous les peuples de la terre : c'est la tendresse maternelle et l'intérêt [...]. Or il arrivait souvent qu'un père et une mère, après avoir bien pris des peines pour donner une bonne éducation à leurs enfants, se voyaient tout d'un coup frustrés de leur espérance. La petite vérole se mettait dans la famille, une fille en mourait, une autre perdait un œil, une troisième relevait avec un gros nez ; et les pauvres gens étaient ruinés sans ressource. Souvent même, quand la petite vérole devenait épidémique, le commerce était interrompu pour plusieurs années, ce qui causait une notable diminution dans les sérails de Perse et de Turquie ».

²⁴ Cfr. *Lettres philosophique*, pp. 96-98 : « Les Circassiens s'aperçurent que sur mille personnes il s'en trouvait à peine une seule qui fût attaquée deux fois d'une petite vérole bien complète ; qu'à la vérité on essuie quelquefois trois ou quatre petites véroles légères, mais jamais deux qui soient décidées et dangereuses ; qu'en un mot jamais n'a véritablement cette maladie deux fois en sa vie. Ils remarquèrent encore que quand les petites véroles sont très-bénignes, et que leur éruption ne trouve à percer qu'une peau délicate et fine, elles ne laissent aucune impression sur le visage. De ces observations naturelles ils conclurent que, si un enfant de six mois ou d'un an avait une petite vérole bénigne, il n'en mourrait pas, il n'en serait pas marqué, et serait quitte de cette maladie pour le reste de ses jours. Il restait donc, pour conserver la vie et la beauté de leurs enfants, de leur donner la petite vérole de bonne heure : c'est ce que l'on fit en insérant dans le corps d'un enfant un bouton que l'on prit de la petite vérole la plus complète, et en même temps la plus favorable qu'on pût trouver. L'expérience ne pouvait pas manquer de réussir. Les Turcs, qui sont gens sensés, adoptèrent bientôt après cette coutume, et aujourd'hui il n'y a point de bacha à Constantinople qui ne donne la petite vérole à son fils et à sa fille en les faisant sevrer ».

e inserendovi una pustola accuratamente prelevata dal corpo di un altro bambino. Questa pustola fa, nel braccio in cui è introdotta, l'effetto del lievito in un lembo di pasta: vi fermenta e diffonde nella massa di sangue le qualità di cui è impregnata. Le pustole del bambino, a cui è stato inoculato il vaiolo, servono a portare la medesima malattia ad altri. È una circolazione quasi continua, in Circassia; e quando disgraziatamente non vi è il vaiolo nel Paese, ci si trova nell'imbarazzo in cui ci si troverebbe altrove per un'annata cattiva²⁵.

Dalla regione del Caucaso all'Inghilterra, la *Lettre* riconduce all'impegno di Lady Montagu e a quello di Carolina di Ansbach a favore della variolizzazione contro il pregiudizio e la superstizione²⁶. Il contributo offerto dalla principessa del Galles alla profilassi antivaiolosa nell'impero britannico viene riconosciuto da Voltaire degno di un filosofo illuminista. Sottesa alla *Lettre* è, dunque, una critica alle autorità politiche francesi, veicolata celebrando la principessa del Galles come *aimable philosophe*. E ciò, ancor più, per la conoscenza profonda e per aver agito come mediatrice nelle relazioni tra filosofi, per essere stata la prima testa coronata a far inoculare il vaiolo a un principe ereditario, risultando un esempio per i sovrani di tutta l'Europa²⁷.

²⁵Cfr. *Lettere inglesi*, p. 66. Cfr. *Lettres philosophique*, pp. 93-94 : « Les femmes de Circassie sont, de temps immémorial, dans l'usage de donner la petite vérole à leurs enfants même à l'âge de six mois, en leur faisant une incision au bras, et en insérant dans cette incision une pustule qu'elles ont soigneusement enlevée du corps d'un autre enfant. Cette pustule fait, dans le bras où elle est insinuée, l'effet du levain dans un morceau de pâte ; elle y fermente, et répand dans la masse du sang les qualités dont elle est empreinte. Les boutons de l'enfant à qui l'on a donné cette petite vérole artificielle servent à porter la même maladie à d'autres. C'est une circulation presque continuelle en Circassie ; et quand malheureusement il n'y a point de petite vérole dans le pays, on est aussi embarrassé qu'on l'est ailleurs dans une mauvaise année ».

²⁶ Cfr. *Lettres philosophique*, p. 99 : « [...] tout ce que j'ai à dire sur cette matière, c'est que dans le commencement du règne de George I^{er}, M^{me} de Wortley-Montague, une des femmes d'Angleterre qui ont le plus d'esprit et le plus de force dans l'esprit, étant avec son mari en ambassade à Constantinople, s'avisait de donner sans scrupule la petite vérole à un enfant dont elle était accouchée en ce pays. Son chapelain eut beau lui dire que cette expérience n'était pas chrétienne, et ne pouvait réussir que chez des infidèles, le fils de M^{me} Wortley s'en trouva à merveille ».

²⁷ Cfr. *ivi*, pp. 99-101: « Cette dame, de retour à Londres, fit part de son expérience à la princesse de Galles, qui est aujourd'hui reine; il faut avouer que, titres et couronnes à part, cette princesse est née pour encourager tous les arts et pour faire du bien aux hommes: c'est un philosophe aimable sur le trône; elle

Encyclopédie e variolizzazione

Avviata da Voltaire, la battaglia degli Illuministi a favore della profilassi contro il vaiolo seguita nei decenni successivi. Lo testimonia l'ampio progetto editoriale dei Lumi, l'*Encyclopédie*, con l'articolo *Inoculation* e con i numerosi riferimenti alla procedura di inoculazione del vaiolo che si trovano disseminati in diverse voci dell'opera. Così, nella voce *Genève* (1757), D'Alembert, a più di vent'anni di distanza dalla *Lettre* di Voltaire, registrava ancora il ritardo della Francia rispetto ad altri Stati europei, ove le autorità politiche avevano già autorizzato la prassi della variolizzazione come metodo per contrastare il vaiolo²⁸. D'altro canto, il noto chirurgo Antoine Louis ne trattava da un punto di vista medico a proposito del processo di rigenerazione dei tessuti che ha luogo nel risanamento delle piaghe (*Incarnation*, 1765). Il chirurgo francese palesava al lettore che la lesione cutanea procurata per inoculare il vaiolo — quand'anche molto estesa e ulcerata a causa dell'evolversi della malattia — non recava alcun danno al paziente, poiché tendeva

n'a jamais perdu ni une occasion de s'instruire, ni une occasion d'exercer sa générosité [...] c'est elle qui protège le savant P. Courayer; c'est elle qui daigna être la médiatrice entre le docteur Clarke et M. Leibnitz. Dès qu'elle eut entendu parler de l'inoculation ou insertion de la petite vérole, elle en fit faire l'épreuve sur quatre criminels condamnés à mort, à qui elle sauva doublement la vie: car non-seulement elle les tira de la potence, mais, à la faveur de cette petite vérole artificielle, elle prévint la naturelle, qu'ils auraient probablement eue, et dont ils seraient morts peut-être dans un âge plus avancé. La princesse, assurée de l'utilité de cette épreuve, fit inoculer ses enfants: l'Angleterre suivit son exemple, et, depuis ce temps, dix mille enfants de famille au moins doivent ainsi la vie à la reine et à M^{me} Wortley-Montague, et autant de filles leur beauté ».

Come è noto, Carolina di Ansbach ha contribuito a mettere in relazione Samuel Clarke con Leibniz. La loro corrispondenza, di tenore scientifico, è centrata sulla dottrina newtoniana dello spazio e del tempo. Su questi temi cfr. P. ZITO, *Maria Carolina e la sua Blaue Bibliothek*, in G. SODANO, G. BREVETTI, *Io, la Regina Maria Carolina d'Asburgo-Lorena tra politica, fede, arte e cultura*, NDF, Palermo 2016, pp. 167-195.

²⁸ Cfr. *Encyclopédie*, cit., VII, f. 578c: « Après l'Angleterre, Genève a reçu la première l'inoculation de la petite vérole, qui a tant de peine à s'établir en France, et qui pourtant s'y établira, quoique plusieurs de nos médecins la combattent encore, comme leurs prédécesseurs ont combattu la circulation du sang, l'émétique, et tant d'autres vérités incontestables ou de pratiques utiles ».

a rimarginarsi in modo naturale, senza lasciare alcun segno sulla pelle²⁹. Il filosofo Damilaville dedicava al *sage methode de l'inoculaion* uno spazio nella voce *Population* (1765), ritornando sul veto dei teologi della Sorbona alla *petite vérole artificielle* come esempio emblematico dell'ignoranza e della superstizione che pregiudicano il progresso umano e civile³⁰. E ancora, il Cavaliere Louis de Jaucourt, nell'articolo *Visage* (1765), rappresentava l'inoculazione come *la plus belle et la plus utile découverte de toute la médecine*³¹. Un giudizio, questo, che deve aver condiviso anche Diderot, che parrebbe essere l'autore della voce *Insertion (de la petite vérole)*: altro modo in cui in Francia veniva definita l'inoculazione, ivi posta come scoperta

²⁹ Cfr. ivi, VIII, f. 643: «Il y a des observations sans nombre qui prouvent la non-régénération; je vais en prendre une qui mérite une considération particulière. Les plaies faites pour l'inoculation de la petite vérole paraissent fermées le troisième et le quatrième jour, mais le cinquième la plaie forme une ligne blanchâtre, environnée d'une petite rougeur. Dès le sixième jour les plaies s'ouvrent, leurs bords deviennent blancs, durs et élevés, avec une rougeur inflammatoire ou érysipélateuse, plus ou moins étendue dans la circonférence. A mesure que la maladie fait du progrès, les lèvres de la plaie s'écartent davantage, l'inflammation et la suppuration avancent d'un pas égal avec l'inflammation et la suppuration des pustules; de sorte que ces petites plaies qui n'étaient dans leur origine qu'une ligne sur la peau, semblable à une égratignure, forment ensuite des ulcères pénétrants dans le corps graisseux, et quelquefois larges d'un demi-pouce. Voilà donc une plaie si légère qu'elle en mérite à peine le nom; une simple égratignure, qui par l'engorgement des parties circonvoisines, se montre sous les apparences d'une plaie large et profonde, qui fournit une suppuration abondante. Pour consolider cette plaie, il ne faut pas que des chairs se régénèrent et remplissent le vuide qu'on aperçoit; l'affaissement des parois, par le dégorgeement de la suppuration, rapprochera les lèvres de cette plaie de son fond; tout se rétablit dans l'ordre naturel, la légère égratignure se dessèche, à peine en reste-t-il un vestige».

³⁰ Cfr. ivi, XIII, f. 90: «On défendit par un arrêt, d'en sauver la douzième partie, que la seconde détruit à chaque génération, jusqu'à ce que la Théologie eut décidé qu'il n'étoit point contraire à la religion et désagréable à Dieu, d'empêcher les hommes de périr par la petite vérole. Le sort des choses utiles et bienfaisantes est d'éprouver tous les obstacles qui devraient être réservés pour le mal, et qu'il ne rencontre jamais. Tant de motifs gouvernent les hommes! malgré ces défenses et malgré les entraves que la superstition, l'intérêt, la mauvaise foi, et la stupidité ne cesseront de mettre aux progrès de nos connaissances et aux avantages qui en résultent pour le bien public, il faut espérer que la sage méthode de l'inoculation, dont toutes les nations ressentent déjà les plus heureux effets, achèvera d'arrêter les ravages de cette maladie, jusqu'à présent si funeste à l'humanité».

³¹ Ivi, XVII, f. 336: «La petite vérole est de toutes les maladies celle qui fait le plus grand tort au visage; mais on prévient ses outrages par l'inoculation, qui est la plus belle et la plus utile découverte de toute la médecine».

determinante per la conservazione della salute e della vita e come pratica in cui l'uomo superava la natura³².

Pubblicato nel 1765 come parte dell'ottavo volume dell'*Encyclopédie*, l'articolo *Inoculation*, attribuito allo svizzero Théodore Tronchin, peraltro medico personale di Voltaire, dà voce alla polemica dei *philosophes* contro gli *anti-inoculistes*, ovvero, gli avversari dell'inoculazione, secondo l'immagine proposta da Tronchin, che, con notizie fuorvianti e argomenti tendenziosi, influenzavano negativamente l'opinione pubblica e dissuadevano dall'esercizio della nuova pratica medica. Risolta l'azione dei *philosophes* che — attraverso la *plume* di Tronchin — istruiscono i francesi sulla variolizzazione, sollecitandone l'indipendenza di giudizio e invitandoli alla consapevolezza di una situazione di grave rischio per la loro vita e per la sicurezza dello Stato.

Tronchin ricostruisce la storia di questa pratica antichissima attribuita a medici arabi, di cui si rintracciavano le vestigia nell'Estremo Oriente, in Africa, nell'Europa orientale, in Asia minore, e anche nelle antichità britanniche e in quelle francesi³³. Il già citato Emmanuel Timoni e un altro medico greco, Jacopo Pilarino, da un lato,

³² Cfr. ivi, VIII, f. 788: «Insertion de la petite vérole, (Medec.) Voyez Inoculation. C'est la plus belle découverte qui ait été faite en Médecine, pour la conservation de la vie des hommes ; et c'est aux expériences des Anglois qu'on doit cette méthode admirable, du triomphe de l'art sur la nature. O Londres, heureuse terre, Ainsi que vos tyrans, vous avez sût chasser Les préjugés honteux qui nous livrent la guerre!».

³³ Cfr. ivi, VIII, f. 755: «Histoire de l'inoculation jusqu'en 1759. On ignore l'origine de cet usage, dont les premiers médecins arabes sont peut-être les inventeurs. Il subsiste, de temps immémorial, dans les pays voisins de la mer Caspienne, et particulièrement en Circassie, d'où les Turcs et les Persans tirent leurs plus belles esclaves. La Motraye, voyageur françois, l'y a vu pratiquer en 1712. C'est de-là vraisemblablement que cette coutume a passé en Grèce, en Morée et en Dalmatie, où elle a plus de 200 ans d'ancienneté. Son époque n'a point de terme fixe en Afrique, sur les côtes de Barbarie, sur celles du Sénégal, ni dans l'intérieur du continent, non plus qu'en Asie, en divers endroits de l'Inde, particulièrement à Bengale, enfin à la Chine, où elle a reçu une forme particulière. Elle a été anciennement connue dans quelques parties occidentales de l'Europe, surtout dans la principauté de Galles en Angleterre ; le docteur Schwenke l'a trouvée établie parmi le peuple en 1712, dans le comté de Meurs et le duché de Clèves en Westphalie. Bartholin en parle dans une lettre imprimée à Copenhague en 1673. On en trouve des vestiges dans quelques provinces de France, et particulièrement en Périgord ».

Cfr. Aubry de La Mottraye (1674-1743), scrittore e viaggiatore francese, Gerard van Swieten (1700-1772), consigliere sanitario alla corte degli Asburgo, Thomas Bartholin (1616-1680), anatomista danese, il primo a descrivere il sistema linfatico.

le nobildonne Lady Montagu e Carolina di Ansbach dall'altro, vengono ricordati, nell'articolo, tra i primi in Europa ad aver testimoniato l'esistenza di una prassi utile a prevenire il contagio del vaiolo³⁴. Mentre gli inglesi Hans Sloane, Thomas Fuller e John Shadwell vengono citati tra i primi medici europei ad aver praticato la *petite vérole artificielle*, e tra i primi ad aver contribuito, con studi importanti, a diffondere la conoscenza di questa pratica nelle grandi Nazioni europee³⁵. Tronchin tracciava anche una mappa dei luoghi, in cui la prassi dell'inoculazione era venuta affermandosi negli ultimi quattro decenni (1719-1759), con l'autorizzazione dei governi (impero britannico, Asia), o su iniziativa di medici esperti (Italia, Svezia, ecc.) — tra i quali lo stesso Tronchin, che pare abbia introdotto l'inoculazione in Olanda

³⁴ Cfr. *ivi*, VIII, f. 755: «Il y a plus de 80 ans que l'inoculation fut apportée ou renouvelée à Constantinople par une femme de Thessalonique, qui opérait encore au commencement du siècle présent, à peu-près de la même manière qu'en Circassie. Cette femme et une autre grecque de Philippopolis avoient inoculée très-heureusement dans la même capitale plusieurs milliers de personnes. Emmanuel Timoni et Jacques Pilarini, de la même nation, l'un premier médecin du grand seigneur, l'autre qui l'avait été du czar Pierre, tous deux docteurs en l'université de Padoue, et le premier en celle d'Oxford, témoins l'un et l'autre pendant plusieurs années des succès constants des deux grecques, adoptèrent cette pratique, et la firent connaître dans le reste de l'Europe ».

Cfr. *Ibidem* : «la même année, lady Vortley Montague, ambassadrice d'Angleterre à la Porte ottomane, eut le courage de faire inoculer à Constantinople son fils unique, âgé de six ans, par Maitland son chirurgien, et depuis sa fille à son retour à Londres en 1721. Alors le collège des Médecins de cette ville demanda que l'expérience fût faite sur six criminels condamnés à mort. Après l'heureux succès de cette tentative, et d'une autre sur cinq enfants de la paroisse de S. James, la princesse de Galles fit inoculer à Londres, sous la direction du docteur Sloane, ses deux filles, l'une depuis reine de Danemark, et l'autre princesse de Hesse-Cassel, et quelques années après le feu prince de Galles à Hanovre ».

³⁵ Cfr. *Ibidem* : « Mais tandis que les docteurs Sloane, Fuller, Broady, Schadwel, que l'évêque de Salisbury et plusieurs autres docteurs en Médecine et en Théologie confiaient la vie de leurs enfants à l'inoculation, un médecin obscur et un apothicaire la décriaient dans leurs écrits, et un théologien prêchait que c'était une invention du diable qui en avait fait le premier essai sur Job. Le docteur Arbuthnot, sous le nom de Maitland, réfuta le premier par un écrit très-fort et très mesuré. Le mépris et le silence répondirent au théologien fanatique ».

Cfr. Hans Sloane (1660-1753), medico del re Giorgio I d'Inghilterra; Thomas Fuller (1654-1734), medico e storico inglese, di cui sono noti gli scritti sulla farmacopea; sir John Shadwell (1671-1747) medico del re Giorgio I e Giorgio II d'Inghilterra.

e anche a Ginevra — o per volontà di religiosi, missionari cattolici (America meridionale) e ministri protestanti (America settentrionale)³⁶.

Da rilevare che l'articolo dava testimonianza ai contemporanei di un dibattito sulla *petite vérole artificielle* che proseguiva in Francia da più di quarant'anni. Venivano richiamati quei naturalisti (De La Condamine) e quei medici, sia francesi (Boyer, Chirac, De la Coste, Lieutaud, Tissot, ecc.) sia di altre nazionalità (Jurin), impegnati nel corso degli anni a sostenere, con studi e scritti *ad hoc*, la variolizzazione, o, d'altro canto, a contrastarla tenacemente (Hequet, La Haye, ecc.)³⁷. Contestualmente, venivano indicati i maggiori testi pro e contro la prassi dell'inoculazione che erano apparsi fino a quel momento in Francia, e nel resto dell'Europa³⁸.

³⁶ Cfr. *Encyclopédie*, cit., VIII, f. 756b. Cfr. *Ibidem* : « En 1748, M. Tronchin, inspecteur du Collège des Médecins d'Amsterdam, introduisit l'inoculation en Hollande, et commença par la pratiquer sur son propre fils. Il en recommanda l'usage à Genève sa patrie, où elle fut adoptée en 1750. Deux des premiers magistrats de cette république en donnèrent l'exemple sur leurs filles, âgées de seize ans. Leurs concitoyens les imitèrent, et depuis ce tems la méthode de l'insertion y devint commune ».

³⁷ *Ivi*, VIII, f. 756a : « Bientôt après, M. Hecquet, ennemi juré de toute nouveauté en Médecine, publia une dissertation anonyme, intitulée: Raisons de doute contre l'inoculation. Paris 1724. Sous ce titre si modéré, l'auteur se déchaîna avec aveuglement contre la nouvelle pratique ; son respect pour l'antiquité est son plus fort argument ; et son plus grand grief contre l'opération qu'il proscriit, est qu'elle ne ressemble à rien en Médecine, mais bien plutôt, ajoute-t-il, à la magie. La relation des succès de la nouvelle méthode par M. Jurin, était la meilleure réponse qu'on pût faire aux déclamations de M. Hecquet ».

Cfr. PHILIPPE HECQUET (1661-1737), dal 1712 decano della Facoltà di Medicina dell'Università di Parigi. Hecquet è autore, tra l'altro, delle *Observations sur la saignée du pied, et sur la purgation au commencement de la petite vérole, des fièvres malignes et des grandes maladies. Preuves de décadence dans la pratique de médecine, confirmées par de justes raisons de doute contre l'inoculation*, Paris, chez Guillaume Cavelier, 1724.

³⁸ *Ibidem* : « M. Jurin, docteur en Médecine, secrétaire de la société royale, recueillit avec soin, & publia pendant plusieurs années, dans les transactions philosophiques, et d'une manière fort impartiale, le résultat des expériences de la nouvelle méthode, faites tant dans la Grande-Bretagne que dans la Nouvelle Angleterre ». James Jurin (1684-1750), medico britannico, dal 1721 segretario della Royal Society.

Cfr. *Ibidem* : « Mais les succès de la nouvelle méthode ne furent bien connus parmi nous qu'en 1723, par une lettre imprimée que M. Dodart, premier médecin du Roi, se fit adresser par M. de la Coste, médecin français, qui arrivait de Londres. Outre un extrait fort bien fait des relations et calculs publiés jusqu'alors en Angleterre, cette lettre faisait mention d'une consultation de neuf docteurs de Sorbonne en faveur des expériences de l'inoculation que l'auteur proposait de faire à Paris. L'aveu de M. Dodart, le suffrage de MM. Chirac, Helvétius et Astruc, cités dans la même lettre, la thèse de M. Boyer, aujourd'hui doyen de la faculté,

È interessante vedere come l'autore dell'articolo ripercorra la *pratique de l'inoculation* sottoponendola all'attenzione di un vasto pubblico. Vengono rappresentate le modalità di attuazione della trasmissione del vaiolo nel sangue, inoculato mediante un'abrasione superficiale, o, più comunemente, con un'incisione profonda, privilegiando, come punto del corpo ove effettuare l'operazione, il muscolo deltoide del braccio³⁹. Vengono riprodotte le principali obiezioni mosse a questa prassi medica, la più grave delle quali ravvisava nell'inoculazione "un'offesa ai principi della morale" (*blesse i principes de la morale*), trattandosi di una pratica che aveva come possibile implicazione quella di causare la morte⁴⁰. In continuità con le obiezioni sono poste le repliche dei massimi esperti della prassi, chiamate a testimoniare che l'atteggiamento di diffidenza che ostacolava la prevenzione del vaiolo in Francia trovava motivazioni in argomenti del tutto infondati⁴¹. Vengono anche descritti i sintomi che, generalmente, si riscontravano in conseguenza dell'inoculazione (*petite vérole artificielle*), unitamente alla sintomatologia osservata seguendo il decorso della malattia in pazienti colpiti

soutenue à Montpellier dès 1717, seraient plus que suffisants pour justifier les médecins français du reproche qu'on leur a fait de s'être de tout tems opposés à l'inoculation, quand on n'aurait pas vu depuis ce tems M. Sénac premier médecin, M. Falconet médecin consultant du Roi, le célèbre M. Vernage, M. Lieutaud médecin de M^{te} le duc de Bourgogne, et plusieurs autres, donner à cette méthode des témoignages publics de leur approbation».

Cfr. ivi, VIII, f. 756c: «l'automne suivante, M. Tissot, de la faculté de Montpellier, publia son inoculation justifiée».

Cfr. Claude-Jean-Baptiste Dodart (1664-1730), primo medico di Luigi XV, sovrintendente alle acque minerali e consigliere di Stato, Jean-Baptiste.Sénac (1693-1770), medico e anatomista francese, archiatra di Luigi XV e Consigliere di Stato; Pierre Chirac (1650-1732), medico francese; Camille Falconet (1670-1762), medico del re Luigi XV; Michel-Louis Vernage (1697-1773), medico francese; Joseph Lieutaud (1707-1780), esperto di anatomia, medico della corte di Luigi XV e di Luigi XVI; Samuel-Auguste-André-David Tissot (1728-1797), medico svizzero, professore all'Università di Montpellier. Tissot contribuiva al dibattito sulla variolizzazione con *L'inoculation justifiée, ou Dissertation pratique et apologetique sur cette méthode*, A Lausanne, chez Marc-Michelle Bousquet, 1754.

³⁹ Cfr. ivi, VIII, ff. 758a-759.

⁴⁰ Ivi, VIII, f. 765 : «Douzieme objection. L'inoculation est un mal moral. Il est mort quelques inoculés : le succès de cette méthode n'est donc pas infaillible. On ne peut donc s'y soumettre sans exposer sa vie, dont il n'est pas permis de disposer. L'inoculation blesse donc les principes de la morale ».

⁴¹ Cfr. ivi, VIII, ff. 761-766c.

dal vaiolo in modo naturale (*Danger de la petite vérole naturelle*)⁴². Informando i francesi sulla *pratique de l'inoculation*, Tronchin ne faceva risaltare i benefici alla luce degli effetti devastanti del vaiolo che, quando non era mortale, lasciava segni indelebili sul piano fisico, e anche su quello psicologico (*Avantages de l'inoculation*)⁴³. Oltre ai benefici, l'articolo mostrava i rischi a cui si andava incontro ricercando l'immunità attraverso un contagio controllato, indicando tutti i possibili effetti collaterali registrati in anni di sperimentazione della pratica (febbre, emorragie, convulsioni, ecc.)⁴⁴. Ampio e dettagliato, il quadro d'insieme della *pratique de l'inoculation* includeva esempi che ne attestavano il progressivo miglioramento con il moltiplicarsi degli studi. Fondamentalmente, l'articolo dell'*Encyclopédie* dava prova della ricchezza e della rilevanza delle ricerche che, da più di quattro decenni, venivano condotte sull'inoculazione del vaiolo, documentando come l'osservazione sperimentale, l'analisi delle esperienze e la circolazione delle informazioni tra esperti di tutta l'Europa venisse trasformando una prassi arcaica, rudimentale, e assai rischiosa, in una metodologia confermata su base scientifica, a cui ci si poteva affidare per la salvaguardia della vita. Contro il cieco pregiudizio e la paura superstiziosa, gli illuministi incoraggiavano i francesi all'osar esser saggi, e alla fiducia nella *petite vérole artificielle* come nei risultati più eccellenti conseguiti dalla ricerca scientifica⁴⁵.

Narratori e interpreti dell'accidentato percorso che ha condotto alla vaccinazione antivaiolosa, i *philosophes* ci restituiscono la memoria delle contraddizioni e delle opacità del secolo dei Lumi, con un pensiero che testimonia, insieme ai limiti di un'epoca, un impegno responsabile per un progresso umano e civile.

⁴² Cfr. ivi, VIII, ff. 759-761.

⁴³ Cfr. ivi, VIII, ff. 760-761.

⁴⁴ Cfr. ivi, VIII, ff. 759-766c.

⁴⁵ Cfr. ivi, VIII, ff. 766c-767: «[...] Trente ans d'expériences ont éclairci tous les doutes, et perfectionné la méthode. Les listes des morts de la petite vérole ont diminué d'un cinquième en Angleterre, depuis que la pratique de l'inoculation est devenue plus commune, les yeux enfin se sont ouverts. C'est une vérité qui n'est plus contestée à Londres, que la petite vérole inoculée est infiniment moins dangereuse que la naturelle, et qu'elle en garantit : enfin dans un pays où l'on s'est déchaîné longtemps avec fureur contre cette opération, il ne lui reste pas un ennemi qui l'ose attaquer à visage découvert. L'évidence des faits et surtout la honte de soutenir une cause d'espérée, ont fermé la bouche à ses adversaires les plus passionnés. Ouvrons les yeux à notre tour ; il est temps que nous voyons ce qui se passe si près de nous, et que nous en profitons».

SCRIPTA VERBA: storia critica della grafologia medica

Giovan Battista Ivan Polichetti

Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'AUSL Romagna
(giovanbattista.polichetti@auslromagna.it)

Riassunto

Se intendiamo per “grafologia” lo studio della scrittura, allora tutto ciò che riguarda la scrittura è grafologia: in misura particolare la presunzione di interpretare, proprio dalla lettura della scrittura, le caratteristiche personologiche del soggetto scrivente; ne è per definizione esclusa l'analisi del contenuto. Nonostante la pratica sia da ritenersi sufficientemente antica, potendosi ascrivere a Confucio la prima testimonianza certa di analisi grafica, la parola che la definisce non nasce che in Francia e non prima dell'anno 1868, quando l'abate Michon ne conia la dizione: il 18 novembre 1871, infatti, esce il primo numero del suo Giornale, *Le Journal des Autographes*, appunto, e questa è la prima volta in assoluto che il termine fa la sua comparsa pubblica. Tuttavia, Camillo Baldi aveva già posto il problema: distinse la “natura” dalla “qualità” della scrittura favorendo, in ultima analisi, la nascita della grafologia scientifica. E non è un caso che la grafologia, così intesa, sia dipartita quale branca della fisiognomica: è ancora significativo il fatto che Lavater, tra 1775 e il 1788, aggiungesse al già noto parallelismo tra linguaggio e scrittura quello ausiliario

dell'andatura. Comunque, la fisiognomica evolverà verso la frenologia e dunque verso la freniatria, l'andatura verso il costituzionalismo e dunque la neurologia, il discorso sulla scrittura inevitabilmente verso la grafologia e dunque alla tripartizione medica, psicologica e giudiziaria dei giorni nostri. Questo intervento cercherà di tracciare una storia critica dell'evoluzione grafologica attraverso i suoi più seri sostenitori.

Summary

If we mean by "graphology" the study of writing, then everything that concerns writing is graphology: in particular the presumption of interpreting, precisely from reading the writing, the personality characteristics of the writing subject; by definition, the analysis of the content is excluded. Although the practice is to be considered sufficiently ancient, the first certain testimony of graphic analysis being ascribed to Confucius, the word that defines it wasn't born if not in France and not before the year 1868, when the abbot Michon coined that term: on November 18, 1871, in fact, the first issue of his Journal, «Le Journal des Autographes», was published, and this was the first time ever that the term made its public appearance. However, Camillo Baldi had already posed the problem: he distinguished the "nature" from the "quality" of writing, ultimately favoring the birth of the scientific graphology. And it is not a coincidence that graphology, understood in this way, departed as a branch of physiognomy: it is still significant that Lavater, between 1775 and 1788, added the auxiliary parallelism of gait to the already known parallelism between language and writing. However, physiognomy will evolve towards phrenology and therefore towards phreniatry, gait towards constitutionalism and therefore neurology, the discourse on writing inevitably towards graphology and therefore towards the medical, psychological and judicial tripartite division of our days. This paper will try to illustrate a critical history of graphological evolution through its most serious supporters.

Parole chiave

Grafologia, psicografologia, grafoanalisi, psicoterapia grafologica, analisi grafologica, grafologia medica.

Keywords

Graphology, psychographology, graphoanalysis, graphological psychotherapy, graphological analysis, medical graphology.

Scrivetemi due righe e vi dirò chi siete ...Il termine “grafologia” deriva etimologicamente dalla lingua greca antica: “γράφειν” (scrivere) e “λόγος” (discorso)¹. Ma già prima che il termine fosse coniato, esisteva naturalmente la “conoscenza” di questa possibilità.

Confucio (孔夫子)

Il filosofo cinese (551-479 a. C.) credeva che non fosse possibile conoscere gli uomini senza conoscerne le loro parole² e che i caratteri scritti non esprimessero appieno il discorso così come il discorso non fosse mai la piena espressione delle idee³.

Demetrio di Falero (345-282 a. C.) - Δημητριος ὁ Φαληρεὺς ebbe ad intuire come alcuni tratti grafici erano caratteristici o caratterizzabili: per esempio “... questo gonfiamento di scrittura è per trastullo”⁴.

Aristotele (“Ἀριστοτέλης”)

Il filosofo greco (384-322 a. C.) scriveva che “le parole sono, prima di tutto, segni di affezioni dell'anima”⁵, riferendosi ai segni⁶ e riconducendoli soltanto alla scrittura, all'espressione e ai vari stati mentali⁷.

¹ S. BATTAGLIA, *Grande dizionario della lingua italiana*, VI, Fio-Graul, UTET, Torino 1970, 1991, p. 1024.

² W. E. SOOTHILL, *The Analects of Confucius*, Published by the Author, Fukuin Printing Company, Yokohama 1910, bk. XX., c. III., v. 3.

³ Ivi, appendix III., sect. I., c. XII., 76.

⁴ Ἀριστοτέλης, Περὶ ἑρμηνείας, *Dell'interpretazione, con testo greco a fronte*, a cura di M. ZANATTA, Unicopli, Trezzano sul Naviglio 2023.

⁵ Ivi, 16a, 6-8.

⁶ W. BELARDI, *Riconsiderando la seconda frase del “De Interpretatione”*, “Studi e saggi linguistici”, 21, 1983, pp. 79-83.

⁷ W. BELARDI, *Il linguaggio nella filosofia di Aristotele*, Kappa, Roma 1975, pp. 106-109.

Gaius Svetonius Tranquillus

Il sapiente biografo dei Cesari (70-126 d. C.) si sarebbe spinto addirittura fino all'affermazione che nella scrittura dell'Imperatore

(C•IVLIVS•C•F•III•V•CÆSAR•OCTAVIANVS,

deinde

IMPERATOR•CÆSAR•DIVI•FILIVS•AVGVSTVS)

fossero rintracciabili elementi dai quali si potevano dedurre importanti tratti del suo carattere (quasi un secolo prima di Cristo). In realtà, analizzando attentamente l'opera dell'erudito latino, si può, sì, trovare qualche riferimento all'analisi della scrittura, proprio di Augusto, ma questa è rivolta per lo più all'"ortografia" e non certamente all'interpretazione della scrittura, che pure aveva conosciuto molto bene⁸.

La grafologia embrionale di Svetonio.

Ne scoprì addirittura un codice cifrato per trasposizione di lettere, sostanzialmente; e il fatto che già ci fosse stata anche un'osservazione di carattere più ermeneutico,

Notavi et in chirografo eius illa praecipue:

non dividit verba nec ab extrema parte

versuum abundantis litteras in alterum

transfert, sed ibidem statim subicit

circumducitque"⁹,

come pure il fatto che non si fosse spinto oltre, certamente ignorando ma comunque trascurando, verso la descrizione anche elementare dell'elemento ossessivo, tende ad escluderne la velleità psicografologica.

⁸ G. SVETONIVS T., *De vita Caesarum*, Liber II, 88: "Ortographiam, id est formulam rationemque scribendi a grammaticis institutam, non adeo custodit ac videtur eorum potius sequi opinionem, qui perinde scribendum ac loquamur existiment".

⁹ G. SVETONIVS T., *De vita Caesarum*, Liber II, 87.

Prima Critica

Il voler vedere una sorta di grafologia embrionale in questa esperienza, soprattutto da parte di grafologi professionisti, rischierebbe di incrementare l'indice di attribuibilità alla disciplina del così detto effetto Barnum/Forer¹⁰.

Camillus Baldus.

L'italiano Camillo Baldi (1550-1637) pubblicò a Carpi (MO), nel 1622, il fondamentale trattato¹¹.

Marco Aurelio Severino

Questo medico, vissuto fra il 1580 e il 1656, compose un trattato quasi contemporaneamente a Camillo Baldi, ma l'opera rimase inedita per la sopraggiunta morte dell'autore¹².

Seconda Critica

L'altra, urgente, considerazione nasce tuttavia da una riflessione banalissima: se ascriviamo a Confucio la prima testimonianza certa di analisi grafica, allora siamo costretti ad ammettere che la "scrittura", riguardando anche, anzi prima, gli ideogrammi, finisca per interessarne i caratteri e dunque i tratti e perfino i (di)segni; e già c'è veramente tutto. Purtroppo, però, l'approccio del confucianesimo è più vicino a quello che giocoforza definiremmo pseudoscientifico. Aristotele, d'altro canto, pone già un fondamento certo, incrollabile, innegabile per la conquista scientifica: la grafia è personalissima e individuale come la voce ma anche, oseremmo dire, come i dermatoglifi (scoperti oltre due millenni dopo) e perfino le circonvoluzioni cerebrali (ancora in discussione, come il profilo irideo o retinico). Svetonio sembra fare un passo indietro, non soltanto riportando le considerazioni a un livello primordiale, quanto commettendo il grave errore di attribuire all'analisi

¹⁰ B. R. FORER, *The fallacy of personal validation; a classroom demonstration of gullibility*, J Abnorm Psychol, 1949, Jan, 44(1): pp. 118-23.

¹¹ C. BALDI, *Trattato come da una lettera missiva si conoscano la natura, e qualità dello scrittore, raccolto dagli scritti del sig. Camillo Baldi cittadino bolognese, e dato alle stampe da Gio. Francesco Grillenzoni (appresso Girolamo Vaschieri, con licenza de' superiori)», in Carpi, appresso Girolamo Vaschieri, 1622.*

¹² *Bollettino dell'Accademia Italiana di stenografia e del Primo centro italiano di studi dattilografici*, 1943, p. 174 (Vaticinator, sive Tractatus de divinatione litterali).

grafica un peso ermeneutico derivatogli invece dalla conoscenza storica ch'egli acquisiva del personaggio. Finalmente Camillo Baldi pone il problema: distingue la "natura" dalla "qualità" della scrittura favorendo, in ultima analisi, la nascita della grafologia scientifica prima di quella pseudoscientifica.

L'ingresso nell'arte medica

Senza dubbio è paradossale che la grafologia scientifica inizi con l'ingresso nella Medicina, considerata arte: è tuttavia proprio il progresso dell'arte medica verso la scientificità (a dir il vero detto progresso non è affatto ultimato) a trascinare con sé l'analisi della grafia verso una dignità in tal senso.

Camillo Baldi era infatti dottore in Medicina all'università degli studi di Bologna. E non è un caso che la grafologia, così intesa, si diparta quale branca della fisiognomica: è ancora significativo il fatto che Johann Kaspar Lavater, incoraggiato nientedimeno che da Goethe, nel suo *"Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe"*¹³ del 1775, completato nel 1788, aggiungesse al già noto parallelismo tra linguaggio e scrittura quello ausiliario dell'andatura.

Comunque, la fisiognomica evolverà verso la frenologia e dunque verso la freniatria, l'andatura verso il costituzionalismo e dunque la neurologia, il discorso sulla scrittura inevitabilmente verso la grafologia e dunque alla tripartizione medica, psicologica e giudiziaria dei giorni nostri.

Adolph Franz Friedrich Ludwig Knigge (1752-1796)

Certo Knigge filosofo e professore tedesco in certa sua operetta sulla Comunicazione con gli uomini, scriveva:

Tutti i fanciulli di cui feci l'educazione hanno appresa la scrittura sotto di me e coi miei stessi esemplari; ebbene ho scorto che a poco a poco ed a misura che le loro

¹³ J. C. LAVATER, *Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe*, Leipzig und Winterthur 1775, 1788.

facoltà si sviluppavano, ciascuno vi mescolava dei caratteri che gli erano propri e differenti dagli altri»¹⁴.

Terza Critica

Ma anche l'accento, la pronuncia, la dizione, l'inflessione, la prosodia, il ritmo, la velocità, la durata, la fluenza, la fonetica, l'emissione, la diatopia, la diamesia, la diafasia e perfino la diastratia, per non fare che degli esempi, vanno nella stessa direzione, eppure nessuno traccia il profilo personologico del fiandrese.

Johann Christian August Grohmann

Professore tedesco (1764-1847), aveva pubblicato a Lipsia, nel 1791, il proprio contributo¹⁵.

Louis Jacques Moreau de la Sarthe

Curando la traduzione dell'opera di Lavater, questo medico francese (1771-1826) la presentò al pubblico con nazionale con il titolo di *L'art de connoître les hommes par la physionomie*¹⁶ e si concesse la libertà di elencare alcune regole grafologiche senza tuttavia alcuna reale sistematicità.

L'Era moderna

Comunque sia andata arriviamo presto al 1872, saltando quasi un secolo a piè pari – e nel corso del quale poco sappiamo circa quanto accaduto al proposito – quando l'oramai ben noto Michon pubblica a Parigi, sabato 27 aprile, il suo Giornale, che intanto ha cambiato testata per l'occasione e per il successo¹⁷. E ci siamo, ma poi, ancora, cambia testata¹⁸: è questa, come già abbiamo anticipato, la prima comparsa a testata della parola “grafologia”; e non quella *Système de*

¹⁴ Il signor Appendicista, dottor Icsipsilonzeta, alle gentili lettrici savonesi, 1878, p. 20: *La grafologia, nuovo e sorprendente ramo della psicologia pratica*; pubblicazioni del giornale “La Liguria Occidentale”.

¹⁵ J. C. A. GROHMANN, *Ideen zu einer physiognomischen Anthropologie*, Leipzig 1791.

¹⁶ L. J. M. DE LA SARTHE, *L'art de connoître les hommes par la physionomie*, Paris 1809.

¹⁷ J. H. MICHON, *Le Journal*, diventato, *La Graphologie – Journal des autographes – L'art de juger les hommes par leur écriture* – *Feuille hebdomadaire consacrée aux curieuses révélations de la Graphologie*, Paris, samedi 27 avril 1872.

¹⁸ J. H. MICHON, *La Graphologie est aux mouvements secretes de l'âme ce que la photographie est aux traits du visage*, Paris 1872.

*graphologie*¹⁹ come quasi tutti credono. In realtà sappiamo poco di quell'intervallo precedente, ma qualcosa pure lo sappiamo: nel 1812, infatti, tale Édouard Auguste Patrice Hocquart aveva pubblicato un volume dal titolo suggestivo²⁰.

Quarta Critica

In realtà, il lavoro sarebbe anonimo («Par M. ***.», si legge sul frontespizio interno, ma presto è stato ricondotto all'autore citato): singolare la descrizione successiva (... *avec une vérité frappante* ...). È abbastanza agevole notare come al terzo livello della testata di Michon ci fosse proprio la ripresa, seppur generalizzata, di questo titolo: se da un lato sembra ridimensionare la cosa, accontentandosi di limitare l'arte al giudizio degli uomini e non più al loro spirito e carattere, dall'altro calca la mano sulla profondità del metodo, arrivando a stabilire una transività pseudologica fra i tratti del volto fedelmente riprodotti dalla fotografia (che aveva oramai superato abbondantemente la sua prima fase) ed i segreti movimenti dell'anima colti dalla nascente grafologia.

Jean Baptiste Delestre

Nel 1866, inoltre, J. B. Delestre (1800-1871) aveva dedicato un intero capitolo del suo libro di ventotto pagine, alla scrittura²¹, nel quale aveva approfondito *trois catégories, correspondant à celles de notre système des passions*²². Ben presto, comunque sia, il prete cattolico ci prende gusto, e pubblica sempre ivi il *Méthode pratique de graphologie*²³; ancora un solo anno ed il nostro si lancia nella prima, memorabile, interpretazione grafologica dai tempi di Svetonio²⁴, dove egli presenta una raffinata analisi longitudinale degli scritti autografi di Napoleone dalle primissime esperienze militari all'esilio di Sant'Elena.

¹⁹ J. H. MICHON, *Système de graphologie*, Paris 1875.

²⁰ È. A. P. HOCQUART, *L'art de juger de l'esprit et du caractère des hommes et des femmes, sur leur écriture*, Paris 1812.

²¹ J. B. DELESTRE, *L'écriture*, in: *De la Physiognomonie, Texte – Dessin – Gravure*, Renouard, Paris 1866, pp. 394-421.

²² Ivi, p. 395.

²³ J. H. MICHON, *Méthode pratique de graphologie, l'art de connaître les hommes d'après leur écriture*, Bureau du Journal de la Graphologie, Paris 1878.

²⁴ J. H. MICHON, *Histoire de Napoleon 1^{er} d'après son écriture*, Dentu, Paris 1879.

Quinta Critica

Anche questa inclinazione alla descrizione, ancor più che all'interpretazione, del "potere", sembra riferirsi volentieri all'anonimo arguto di oltre mezzo secolo prima. Ma perché abbiamo indicato la "prima comparsa a stampa" con la necessità di specificarlo bene? Semplicemente perché lo "scopritore" ne aveva già parlato, anche pubblicamente, sia pure in ambienti fortemente ristretti ed estremamente elitari e, a quanto pare, non era proprio il solo ad interessarsene: nel mese di dicembre del 1868, l'archeologo Louis Felicien Joseph Caignart de Saulcy, capo della spedizione in Medio Oriente alla quale partecipò anche Michon, gli aveva presentato un tale Adolphe Desbarrolles, da lungo tempo studioso di un "metodo per analizzare la scrittura. Questi era un chiromante, ma incitò il prelado affinché pubblicasse i risultati dei suoi studi, ovviamente ritenuti più attendibili dei propri, fino a finanziarlo quasi incondizionatamente, a patto che sul frontespizio del saggio comparisse anche il proprio nome: e così fu; pertanto, nell'aprile del 1872 uscì, sempre a Parigi, il suo più celebre volume²⁵. Questa pubblicazione sembrò rappresentare quasi la continuazione di un volume precedentemente pubblicato dallo stesso Desbarrolles²⁶, quindi, superati i limiti editoriali, Michon sciolse la "Società" e si dedicò a una divulgazione più tecnica/scientifica della propria competenza. Ho voluto rappresentare questo sforzo ricostruttivo per sgombrare definitivamente il campo, dopo la precisazione cronologica riguardante la "nascita" della "grafologia", dall'altro inaccettabile equivoco sull'argomento: ossia che la stessa fosse dovuta ad un chiromante a dimostrazione della natura inevitabilmente esoterica.

La prima società grafologica

Le prime notizie relative a un'associazione, nel senso moderno, riunitasi nel nome e per la diffusione della grafologia, risalgono tuttavia al 1830: era stata fondata e

²⁵ A. DESBARROLLES et J. H. MICHON, *Les mystères de l'écriture, art de juger les hommes aux leurs autographes* par A. Desbarrolles & Jean-Hippolyte, Garnier Frères, Paris 1872.

²⁶ A. DESBARROLLES, *Les mystères de la main, révélés et expliqués*, Dentu, Paris 1859.

costituita, perlopiù, da ecclesiastici²⁷. Tra questi figurava, certamente, un tale Julien Flandrin, un abate che dovette saper introdurre molto efficacemente un proprio pupillo allo studio della grafologia: quest'allievo era infatti Jean Hyppolite Michon²⁸. Jean Baptiste Félix Descuret (1795-1871), medico e scrittore, ne appare sicuramente influenzato nella *Médecine des passions*²⁹.

I ritratti grafologici

Jean Antoine Petit-Senn (1792-1870) era un uomo di lettere, svizzero, che dirigeva un Giornale molto particolare (*Journal de Genève*): durante il 1848 questi pubblicò numerosi ritratti grafologici di personaggi illustri; tra questi, figuravano uomini del calibro di Chateaubriand, Lamartine, Karr e Töpffer.

Adolf Henze

Uomo eclettico, editore, scrittore, numismatico e grafologo (1814-1883), pubblicò un volume particolarmente interessante (1855), a prescindere dall'intrinseco valore scientifico (si tratta di una sorta di atlante, sostanzialmente)³⁰. Nel 1877, abbiamo già una nutrita storia³¹. Nel 1892 abbiamo anche uno stato dell'arte³².

Il paradosso delle “vere” scienze

Il fisiologo Jules Héricourt (1850-1938), investito dall'onda entusiastica di Michon, ebbe a dire che “la scrittura dipende direttamente dagli stati permanenti o passeggeri della personalità, come il gesto, di cui può essere considerata una varietà”: a questa tesi aderirono personaggi del calibro dell'alienista Charles Féré (1852-1907), lo psicologo Alfred Binet (1857-1911) e addirittura il premio Nobel Charles Robert Richet (1850-1935). In Italia, certamente, se ne interessarono

²⁷ S. LA COLLA, *Grafologia*, Enciclopedia Italiana, Treccani, Roma 1993.

²⁸ J. SEILER, *La graphologie de Lavater à Michon*, Éditions Universitaires Fribourg Suisse, Fribourg 2000.

²⁹ J. B. F. DESCURET, *La Médecine des passions ou Les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*, Labé, Paris 1841.

³⁰ A. HENZE, *Die Handschriften der deutschen Dichter und Dichterinnen, mit 305 Facsimile's, kurzen Biographien und Schrift-Characteristiken*, Schlicke, Leipzig 1855.

³¹ É. DE VARS, *Histoire de la graphologie, suivie d'un abrégé du système de graphologie*, Baschet, Orléans 1877.

³² L. DESCHAMPS, *La philosophie de l'écriture, exposé de l'état actuel de la graphologie avec une bibliographie générale*, Alcan, Paris 1892.

approfonditamente Cesare Lombroso (1835-1909) ed Enrico Morselli (1852-1929).

Il “vero” grafologo

Il vero riordinatore e sistematizzatore delle intuizioni michoniane, però, è unanimemente considerato Jules Crépieux-Jamin (1859-1940): la data di pubblicazione del suo trattato³³ (1885) è, ancora oggi, considerata la nascita della grafologia così com'è correntemente intesa. In quest'opera, in estrema sintesi, egli confuta la teoria michoniana dei “*signes fixes*” ma riconosce la teoria secondo la quale “ogni qualità psichica si manifesta attraverso un complesso di qualità grafiche”: classifica 175 specie di peculiarità grafiche ordinandole in base a sette punti di vista. Comincia così, tuttavia, l'egemonia dello studio personologico a discapito dell'obiettività clinica, che infatti tornerà più avanti ma con più rigore eppur minore notorietà.

La grafologia ha mutato

Secondo il celebre scrittore Guido Piovene (1907-1974) “si dà meno importanza oggi ai particolari, e di più alle caratteristiche generali, come la dimensione, la pressione, il ritmo, l'inquadratura della pagina”³⁴

Ma ... quanti e quali?

Ruys, Varinard, Arreat, Binet, Sottmann, Gutzmann, Ferrari, Ottolenghi, Burkhardt, Thorndike, Carrara, Erlenmeyer, Vogt, Holder, Woroschiloff, Meyer, Köster, Erb, Charcot, Exner, Helot, Ogle, Piper, Leibnitz, Aruss, Raggi, Goldscheider, Busse, Preyer, Klages, Pulver, Hegar, Pophal, Heiss, Périot, Saudek, Teillard (Mendelssohn), Downey, Vermot, Müller, Enskat, Bernestein, Gerstner, Donnini, Becker, Solange-Pellat, Astillero, Caftale, Jacoby e Marchesan, sono soltanto alcuni, forse i più celebri, fra i tantissimi che si sono appassionati all'argomento.

L'analisi medica della scrittura

³³ J. CRÉPIEUX-JAMIN, *Traité pratique de graphologie, étude du caractère de l'homme d'après son écriture*, Flammarion, Paris 1885.

³⁴ S. BATTAGLIA, *Op. cit.*, VI-490.

Louis Victor Marcé (1828-1864), Alix Joffroy (1844-1908), Emmanuel Jean Baptiste Joseph Régis (1855-1918) e Jules Séglas (1856-1939) posero il problema fondamentale: calligrafia versus psicografia.

Cesare Lombroso (1835-1909)

Questo celeberrimo scienziato si è occupato molto attentamente di grafologia³⁵.
Edmond Solange Pellat (1875-1931)

Anche questo studioso si è pronunciato con grandissima attenzione alla grafologia³⁶.

Marie Henri Joseph Pierre Étienne Rogues de Fursac (1872-1942)

Uno psichiatra che ha dedicato ampio spazio allo studio, alla diffusione e all'applicazione clinica della grafologia : in un suo interessantissimo lavoro³⁷ ha dedicato un intero capitolo, il terzo, *les troubles calligraphiques élémentaires*, illustrandone infatti degli esempi pratici fra i quali compare perfino un caso di *intoxication alcoolique*. (p. 195).

Ludwig Klages (1872-1956) ha svolto, fra il 1904 e il 1929, perizie grafologiche su casi illustri, successivamente raccolte in un volume unico e tradotto anche in lingua italiana³⁸.

Georg Schneidemühl (1853-1928) ha coltivato molto intensamente i rapporti fra la psicologia e la grafologia, culminati in un lavoro del 1916³⁹.

Il prof. Edward Lee Thorndyke (1874-1949), presso la Columbia University, condusse una lunghissima serie di studi che poi raccolse, sistematicamente, in una suggestiva pubblicazione⁴⁰ ricchissima di esempi grafici molto dettagliati.

³⁵ C. LOMBROSO, *Grafologia, con 470 fac-simili*, Hoepli, Milano 1895.

³⁶ E. SOLANGE PELLAT, *Le graphologue grincheux, dialogue*, Société de Graphologie, Paris 1903.

³⁷ M. H. J. P. É. ROGUES DE FURSAC, *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales (essai clinique)*, Masson, Paris 1905.

³⁸ L. KLAGES, *Perizie grafologiche su casi illustri*, a cura di G. P. MORETTI nella traduzione italiana di P. DEL SANTO, Adelphi, Milano 1994.

³⁹ G. SCHNEIDEMÜHL, *Die Psychologie der Handschrift im Dienste der Schule, Vortrag*, Teubner, Leipzig 1916.

⁴⁰ E. L. THORNDYKE, *Handwriting*, Teachers College, New York 1912.

Girolamo o Gerolamo (Umberto) Maria Moretti “alias” Umberto Koch oppure Kok (1879-1963)

Religioso francescano, è considerato il vero fondatore della nuova scuola grafologica italiana: egli, infatti, ha introdotto un particolare sistema di classificazione dei segni grafologici in specie e sottospecie, graduandole, a seconda dell'intensità, per procedere all'analisi attraverso l'esame delle combinazioni che le tendenze psichiche dedotte guidino, fino all'interpretazione della personalità umana senza trascurarne, tuttavia, la complessità⁴¹.

I “morettiani” stuzzicano il CICAP (addirittura)

Il comitato italiano per il controllo delle affermazioni sul paranormale ha preso molto sul serio la teoria morettiana. In altre parole, nessuno ha ancora dimostrato in modo rigoroso la validità del metodo morettiano; tuttavia, esso può permettere ciò che altri metodi grafologici non permettono: uno studio sperimentale e quindi un approccio scientifico alla questione. Se ciò non si è ancora verificato, i tempi sono oramai maturi, tanto più che la società esige risposte chiare in merito a una disciplina che viene utilizzata sempre più frequentemente, anche in contesti molto delicati⁴².

M. Duparchy-Jeannez

A questi dobbiamo un tentativo, invero poco riuscito, di diagnosticare attraverso l'analisi della scrittura, alcune malattie fisiche, organiche, principalmente gastrointestinali, epatiche e cardiache, oltre che lo spunto per l'interpretazione psicologica delle affezioni somatiche⁴³.

Robert Saudek (1880-1935)

Con questo autore affrontiamo direttamente la psicologia della scrittura, ma stavolta con un poderoso spirito critico improntato all'obiezione più che alla conferma:

⁴¹ G. FLECCHIA, *Grafologia*, Grande dizionario enciclopedico, IX, Gad-Greu, UTET, Torino 1987, p. 835.

⁴² M. RAMPIN, “Scienza e Paranormale”, n. 55, 29 luglio 2004.

⁴³ M. DUPARCHY-JEANNEZ, *Les maladies d'après l'écriture*, Michel, Paris 1920.

nessuno dubita del fatto che ogni scrittura è caratteristica della persona dalla quale è stata scritta ... [ma] ... la scrittura non è connessa con il carattere dello scrittore, bensì dipende esclusivamente dalla contrazione muscolare della mano⁴⁴.

Wilhelm Langenbruch (1860-1932)

Studiò in misura veramente approfondita, quasi ossessiva, ogni singolo dettaglio di ciascun segno grafico, arrivando a considerare un oggetto di studio dettagliatissimo anche una singola lettera dell'alfabeto, finanche dattiloscritta, servendosi di fotografie, comparazioni, ingrandimenti et cetera. In misura particolare la sua ostinazione investì i concetti di autenticità (*Authentisch*) e anonimato (*Anonym*). Dapprima collaborò con Hans Heinrich Busse (che aveva già tradotto in lingua tedesca il libro di Crépieux-Jamin – ispirando successivamente Milton Newman Bunker⁴⁵ e i suoi allievi della grafoanalisi, i *Bunkerites*, negli Stati Uniti d'America – ma che aveva pure sviluppato un proprio, originalissimo filone di ricerca, quasi esoterico⁴⁶), poi fu seguito da H. Langenbruch, presso l'istituto da lui fondato, del quale esiste un documento datato 24 settembre 1934 che conferma il livello di attenzione al dettaglio.

Con Camille Streletski prosegue lo studio raffinato della scienza grafologica attraverso dimostrazioni pratiche, sia scientifiche⁴⁷ – là dove egli, che era un endocrinologo, poneva grandi speranze nella possibilità di una “psicoterapia grafologica” – sia divulgative. Ma, soprattutto, il contributo scientifico arriva dall'interesse che la scienza grafologica aveva pure suscitato in uno scienziato del calibro di Aleksandr Romanovič Lurija, il quale arrivò a teorizzare un'interessantissima “neuropsicologia”⁴⁸ del linguaggio grafico.

⁴⁴ R. SAUDEK, *The psychology of handwriting*, Allen and Unwin, London 1925.

⁴⁵ M. N. BUNKER, *Grapho Analysis*, International Grapho Analysis Society, Kansas City 1955.

⁴⁶ H. BUSSE (Hrsg.), *Wie ich zur Graphologie kam. Enquête* (1. F. MAACK und 2. I. BARONIN UNGERN-STERNBERG), “Graphologische Monatshefte”, 1899, 3. Jg., pp. 44-47.

⁴⁷ C. STRELETSKI, *Précis de graphologie pratique avec 500 spécimens d'écriture*, Vigot Frères, Paris 1936.

⁴⁸ A. R. LURIJA, *Neuropsicologia del linguaggio grafico* (edizione russa originale del 1950), traduzione italiana di U. MARAZZI per Edizioni Messaggero, Padova 1984.

Nel 1959, finalmente, esce in stampa un lavoro straordinariamente curato e con uno statuto scientifico virtualmente definitivo che pone l'accento su quanto di misurabile, riproducibile e dimostrabile, offre la componente scientifica dalla disciplina grafologica: lo studio dei falsi in scrittura e la loro perizia⁴⁹.

A proposito di alti e bassi, è stata ipotizzata anche la possibilità di diagnosticare, o forse "interpretare", la grafologia della ... tossicodipendenza (sic). Si tratta di un articolo nel quale, tuttavia, prevale l'esigenza di raccontare una storia con la collaborazione diretta di una ex-tossicodipendente, corredata da esempi di scrittura che tuttavia poco o niente lasciano considerare come attendibile, nonostante sia evidente lo sforzo di serietà compiuto dall'autrice e dalle sue collaboratrici: appare un po' come una possibilità di studiare anche scientificamente, ma ex post, le variazioni individuali e temporali nella scrittura di una paziente che esibisce dei saggi grafici ben circostanziati nel tempo e dunque immediatamente collocabili, sia pure senza una certezza assoluta, nelle fasi che l'autrice ha inteso illustrare⁵⁰; a parte la dimensione estremamente generica di "droga" come possibile influenza sulla scrittura, che impedisce di considerare in maniera sufficientemente attendibile lo sforzo analitico appena descritto.

Insomma ... ci son fasi e fasi! L'eminente psichiatra svizzero Eugen Bleuler (1857-1939), "padre" della moderna schizofrenia, si interessa alla possibilità di adoperare l'analisi grafologica nello studio e perfino nella diagnostica delle malattie mentali.

Nel trattato curato dal figlio Manfred (1903-1994) troviamo infatti numerosi e suggestivi esempi fino all'interpretazione della ciclicità nel disturbo bipolare dell'umore (psicosi maniaco-depressiva)⁵¹.

Qualche spiegazione scientifica oltremodo avanzata, in campo di grafologia oramai contemporanea, è stata pure pubblicata: due studiosi belgi⁵² hanno indagato

⁴⁹ E. LOCARD, *Les faux en écriture et leur expertise*, Payot, Paris 1959.

⁵⁰ G. MIGLIACCIO, *Gli effetti della droga nella scrittura – Storia di Marina, ex tossicodipendente*, Graphè news, Istituto di Ricerca Scientifica sulle Scritture, Rivista semestrale on line, s. d., pp. 17-20.

⁵¹ E. BLEULER, M. BLEULER, R. HESS, O. VERGANI, C. MAINOLDI, *Trattato di Psichiatria*, Fetrinelli, Milano 1967.

⁵² R. N. KING and D. J. KOEHLER, *Illusory correlations in graphological inference*, "Journal of Experimental Psychology, Applied", Vol. 6, No. 4, American Psychological Association Inc., 2000, pp. 336-348.

il fenomeno della correlazione illusoria come possibile fattore che contribuisce alla persistenza dell'uso della grafologia per predire la personalità.

I risultati ai quali sono giunti spiegherebbero in parte il continuo uso della grafologia nonostante le schiaccianti prove contrarie alla sua validità predittiva; naturalmente lo studio, invero molto ben condotto, mirava a verificare l'eventuale validità della grafologia nell'analisi personologica predittiva e non già nella possibilità, invece concreta, di adoperarla secondo le indicazioni attualmente ritenute sufficientemente corroborate da evidenze scientifiche (paternità dell'autografo, falsità, malattie neurologiche *et cetera*).

La grafologia oggi

Appare opportuno riportare integralmente le considerazioni di un magistrato, che ben chiariscono lo scopo più attendibile che la grafologia, ad oggi, può offrire, tralasciando naturalmente il ruolo che la grafologia medica, come parte integrante dell'esame obiettivo, medico-chirurgico, neurologico e psichiatrico, soprattutto, può comunque garantire (come abbiamo finora ampiamente osservato).

Innanzitutto lo scritto può essere oggetto di accertamento processuale quando è l'elemento costitutivo del reato, come avviene: da un lato, nei delitti di falsità in atti (artt. 476 ss. c.p.), nei quali esso è l'oggetto materiale del reato, ossia è la cosa sulla quale o mediante la quale il reato è commesso; e dall'altro lato, nei delitti di diffamazione (art. 595 c.p.), di vilipendio (artt. 290-293, 302 ss., 402 ss., c.p.), di apologia (artt. 266, 272, 327, 414 c.p.), di istigazione (artt. 266, 302, 322, 414 ss., 580 c.p.), di disfattismo (artt. 265 e 267 c.p.), di simulazione di reato (art. 367 c.p.), di calunnia (art. 368 c.p.) e di autocalunnia (art. 369 c.p.), di truffa (art. 640 c.p.), nei quali esso è una modalità dell'azione, ossia è uno dei modi con cui il reato può essere commesso.

In secondo luogo, il segno grafico può essere importante per la controversia giudiziale qualora si sostanzi in circostanza aggravante del reato, come avviene per lo scritto anonimo, che può essere il mezzo utilizzato per commettere la minaccia, o l'illecita pressione o la costrizione sulla persona offesa, che si intendono reprimere (cfr.: art. 339 c.p.; art. 101 del d.p.r. 30 marzo 1957, n. 361, contenente il t.u. delle

leggi per l'elezione della Camera dei deputati, che, pure, contempla un aumento della pena, qualora l'illecita pressione o costrizione sull'elettore, sanzionate dagli artt. 97 e 101, l co., d.p.r. cit., siano effettuate mediante l'uso di scritto anonimo). Infine, il segno scrittorio può intervenire nella vicenda processuale come elemento di prova del reato, nelle variegate ipotesi in cui lo scritto appaia significativo per la ricostruzione del fatto di reato per il quale si procede. Si pensi al caso di un sequestro di persona nel corso del quale il sequestratore, non ancora identificato, avanzi delle richieste per la liberazione del sequestrato attraverso uno scritto, dalla cui analisi si potrebbe arrivare ad identificare il sequestratore stesso; oppure a quello della circonvenzione di persona incapace, nel quale dai segni grafici apposti su uno scritto, con cui la persona minorata abbia adottato atti dispositivi per lei pregiudizievoli, si vogliano desumere elementi per sostenere la circonvenibilità di quel soggetto; ed infine all'ipotesi del minore persona offesa o testimone di un reato di cui si voglia saggiare la maturità e l'attendibilità⁵³.

Freud ... Freud ... Freud (1856-1939)

Zur Einführung des Narzissmus: nel 1877, all'età di 21 anni, Sigismund Schlomo Freud, che aveva già escluso il "secondo" nome dalla propria firma, l'abbreviò ancora accorciando Sigismund in Sigmund; più tardi operò un'ulteriore riduzione, firmandosi Sigm. Freud.

Sig(is)mund → Sigmund → Sigm(und) → Sigm. Freud "S" come "Sig(is)mund" ma anche come "Schlomo": Sigismund "und" Schlomo → Sigismund S. Freud → Sig(is)mund (S) Freud → Sigmund Freud senza "isS" → Sigm. Freud → Sigm. Freud senza "isS" né "und".

⁵³ A. GUSTAPANE, *La grafologia nel processo penale italiano*, Le guide di Filodiritto, Inforomatica, Bologna 2001.

Il titolo di un suo celebre lavoro del 1914 avrebbe dovuto essere, secondo Strachey e Musatti⁵⁴, “Per una introduzione al concetto di narcisismo”. Freud lo abbreviò doppiamente: a Narzissismus sostituendo Narzissmus, che gli piaceva di più foneticamente, e ulteriormente semplificando in Zur Einführung des Narzissmus⁵⁵.

Narzissismus → Narz(iss)ismus.

Narcissism → Narcissi(s)m

Freud ha escluso, progressivamente, l'interfisso “is” dal proprio nome trattandolo come un antisuffisso; a questa delezione ha aggiunto (dunque ha sottratto) la “S” di Schlomo che pure poteva adoperare puntata, puntandosi il nome, finalmente derivato, di Sigm. per escluderne da ultimo il suffisso “und” trattandolo a mo' d'una desinenza.

Questa osservazione vuol essere, in chiusura dell'articolo, un'esposizione tale da poter suscitare la curiosità d'una possibile interpretazione “grafologica” del padre della psicoanalisi sulla scorta delle sue stesse scoperte, sulla relazione tra l'inconscio e la nostra volontà.

Che parliamo di radice, o che parliamo di congiunzione, è straordinariamente interessante notare come tali “omissioni” possano svelare una dimensione ben più profonda di quella che osserviamo dopo un secolo di psicoanalisi e migliaia di pagine lette. Ma questo concetto non può essere sviluppato nella sede presente e sarà magari argomento di un'altra pubblicazione.

E venne la Sesta Critica

La scrittura è, certamente, un atto, un gesto, un comportamento, ma è, direi soprattutto, un linguaggio, una modalità di espressione e comunicazione. Come tale andrebbe analizzato, lasciando la sequenza di pressioni, sollevamenti, incertezze, titubanze, aperture, chiusure e dettagli tecnici di questo tipo alle competenze della grafologia medica, escludendone invece l'analisi personologica

⁵⁴ J. STRACHEY, C. L. MUSATTI, *Avvertenza editoriale*; in: S. FREUD, *Opere*, vol. 7, Boringhieri, Torino 1980, p. 441.

⁵⁵ S. FREUD, *Op. cit.*, pp. 439-472.

che è, e rimane, appannaggio dell'esame psichico di cui l'analisi della produzione grafica è già parte integrante.

Félicité de la Mennais (1782-1854)

*L'écriture n'est qu'une parole figurée*⁵⁶.

William Shakespeare (1564-1616)

Say what you will, Sir, but I know what I know:

that you beat me at the mart I have you hand to show;

if the skin were parchment, and the blows you gave were ink,

our own handwriting would tell you what I think".

Dromio of Ephesus, *The comedy of errors* (1594), Act III, Scene I.

⁵⁶ F. DE LA MENNAIS, cit. da A. LECERF, con la prefazione di J. CRÉPIEUX-JAMIN, *Cours pratique de graphologie, Les révélations de l'écriture*, Dangles, Paris 1988.

La Collana *L'Igiene Popolare* della Società Italiana d'Igiene (1879-1902)

Alessandro Porro¹ Lucie Biehler-Gomez²

¹Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano
Centro di Salute Ambientale, Università degli Studi di Milano (alessandro.porro1@unimi.it)

²Laboratorio di Antropologia e Odontologia Forense, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Riassunto

Nel presente studio si analizza il tema della divulgazione scientifica nell'ambito igienistico durante l'ultimo quarto dell'Ottocento, concentrandosi sulle iniziative di educazione sanitaria promosse dalla Società Italiana d'Igiene (1879-1902). Tra i vari strumenti editoriali di divulgazione esaminati, particolare attenzione è rivolta alla Collana *L'Igiene Popolare*, una serie di opuscoli che rappresenta un modello peculiare di diffusione della cultura igienistica. Gli opuscoli della collana, pubblicati tra il 1879 e il 1902, furono progettati per educare ampie fasce della popolazione su tematiche di igiene pubblica, convalidati scientificamente dalla Società Italiana d'Igiene. Lo studio sottolinea inoltre il ruolo di personaggi chiave come Paolo Mantegazza, Gemello Gorini e Filippo Lussana, che hanno contribuito in modo significativo alla divulgazione igienistica del periodo. Un esempio emblematico trattato è l'opuscolo di Augusto Pierd'Houy sull'igiene della vista, che anticipa discussioni attuali sull'ergonomia visiva. L'analisi della Collana *L'Igiene Popolare* rivela l'importanza storica di questi documenti, considerati spesso letteratura grigia, e ne evidenzia la

necessità di una rivalutazione per la loro attualità e rilevanza nella formazione sanitaria, oggi come durante le crisi sanitarie passate.

Summary

This study examines the theme of scientific dissemination in the field of hygiene during the last quarter of the 19th century, focusing on the health education initiatives promoted by the Italian Society of Hygiene (1879-1902). Among the various editorial tools for dissemination analyzed, special attention is given to the series *L'Igiene Popolare*, a collection of pamphlets that represents a unique model for spreading hygienic culture. These pamphlets, published between 1879 and 1902, were designed to educate a wide audience on public hygiene topics and were scientifically validated by the Italian Society of Hygiene. The study also highlights the roles of key figures such as Paolo Mantegazza, Gemello Gorini, and Filippo Lussana, who significantly contributed to the dissemination of hygienic knowledge during this period. An emblematic example discussed is Augusto Pierd'Houy's pamphlet on eye hygiene, which anticipates current discussions on visual ergonomics. The analysis of the *L'Igiene Popolare* series reveals the historical significance of these documents, often considered grey literature, and underscores the need for their reassessment given their relevance to health education, both today and in past health crises.

Parole chiave

Divulgazione scientifica, igiene pubblica, educazione sanitaria, Medicina dell'Ottocento

Keywords

Scientific dissemination, public hygiene, health education, nineteenth century medicine

Introduzione

Il tema della divulgazione scientifica di ambito medico chirurgico della seconda parte dell'Ottocento è stato trattato dalla storiografia medica (ed anche non medica per i suoi risvolti sanitari o antropologici).

L'ambito del nostro interesse è quello igienistico¹ e nell'ultimo quarto dell'Ottocento diverse furono le iniziative di divulgazione specifica, di educazione sanitaria proposte o realizzate da singoli professionisti, accademici, dalle associazioni di categoria, da quelle scientifiche in forme varie. Si poteva andare dalle esposizioni e dai musei (Il Museo Sapolini 1883; Buxton 2018) a differenti prodotti editoriali, oltre alla tenuta di conferenze e conversazioni scientifiche.

Fra i prodotti editoriali di nostro interesse, due sono le principali categorie, che possono essere analizzate: le pubblicazioni periodiche in forma di rivista e quelle, altrettanto periodiche (talora soltanto nella prospettiva progettuale), in forma di collane di monografie. Si prescinde, naturalmente, dalla consistenza delle stesse, quanto a caratteristiche quantitative della paginazione o della dotazione iconografica (anche se – lo si vedrà – ciò non appare privo di rilievo).

Di una specifica collana di opuscoli divulgativi igienistici si tratterà: la Collana *L'Igiene Popolare* curata dalla Società Italiana d'Igiene (1879-1902). Essa, a nostro avviso, presenta peculiari caratteristiche, che sono meritevoli di essere analizzate.

¹ Esula dal presente lavoro l'analisi dell'igiene pubblica nel suo percorso di sviluppo. Segnaliamo però che Milano è stato fra i principali centri propulsori dello sviluppo dell'igiene moderna in Italia, almeno nell'ultimo quarto dell'Ottocento. Anche la storiografia relativa è amplissima, e non può essere compendiata. Basti qui citare, esemplificativamente e per il periodo che maggiormente ci interessa, alcuni contributi di rilievo (CASTIGLIONI 1926, Agrifoglio 1954). Il triestino MOSHÈ (MOISÉ) DAVID CHAIM (ARTURO) CASTIGLIONI (1874-1953), illustre cattedratico di storia della medicina nell'Università di Padova fu costretto dalle cosiddette Leggi Razziali del 1938 a rifugiarsi negli Stati Uniti d'America, donde tornò a Seconda Guerra Mondiale terminata. LUIGI AGRIFOGLIO (n. 1902) fu medico provinciale a Bolzano durante il periodo della Seconda Guerra Mondiale; successivamente operò a Roma.

Uomini e fortune editoriali: Paolo Mantegazza, Gemello Gorini, Filippo Lussana

Ancor oggi, volendo affrontare il tema della divulgazione scientifica ottocentesca nel nostro paese, spicca la poliedrica figura di Paolo Mantegazza (1831-1910). Essa è universalmente nota, e non fa qui conto sunteggiare la sua ergobiografia. Possiamo citare alcuni apporti storiografici specifici, relativi al suo ruolo di divulgatore (Turbil 2017), reso celebre soprattutto dalla serie dell'Enciclopedia Igienica Popolare/Almanacco Igienico Popolare (Ratti 1983), comparsa fra il 1866 ed il 1905.

Tuttavia, proprio per il suo ruolo di divulgatore, vale la pena di citare un'altra sua produzione editoriale, il periodico *L'Igea*, comparso con questa intitolazione fra il 1862 ed il 1872, per poi proseguire con *Il Medico di Casa - L'Igea* dal 1873 al 1881. Ciò ci consente di segnalare un suo stretto collaboratore, Gemello Gorini (1820-1880), come l'estensore di molti degli apporti igienistici presenti nel primo anno di vita della rivista, giacché risulta come compilatore della stessa (Porro, Falconi, Lorusso, Colombo, Franchini 2022). Anche Gemello Gorini può essere ricordato come divulgatore scientifico; ciò viene confermato anche dalla sua produzione di monografie, che dopo la sua morte furono acquisite da Ulrich (Ulrico) Hoepli (1847-1935) per la sua celeberrima collana tecnica dei *Manuali Hoepli* (Porro, Franchini, Colombo, Lorusso, Falconi 2011).

Un altro personaggio di rilievo della medicina e della divulgazione nella seconda metà dell'Ottocento è il fisiologo Filippo Lussana (1820-1897) (Berbenni, Lorusso 2008; Lorusso, Bravi, Buzzetti, Porro 2012). Durante il periodo di servizio quale professore di fisiologia nell'Università di Padova egli fu promotore, fra il 1870 ed il 1876, di una collana di monografie di divulgazione (anche se in realtà si trattò di monografie più strutturate) igienistica, intitolata Piccola Biblioteca Igienica, che comparve in due serie. Il panorama, quindi, ci appare variegato.

La Società Italiana d'Igiene: la sua attività di divulgazione igienistica e di educazione sanitaria

Come già accennato, il nostro interesse è accentrato sulla Collana *L'Igiene Popolare* curata dalla Società Italiana d'Igiene (1879-1902). Appare dunque utile dare un inquadramento, seppure sintetico, dei primi periodi di attività della Società. Che quello igienistico fosse uno dei principali problemi sanitari, se non il principale, del Regno d'Italia veniva non solo ricordato e confermato dalle *poussées* epidemico/pandemiche che periodicamente si presentavano nelle nostre regioni, ma quotidianamente esperito sia nelle conurbazioni che talora si andavano sviluppando, sia nelle aree rurali, in tutte le forme correlate al ciclo di vita. Verso la fine degli anni Settanta dell'Ottocento i tempi erano maturi per la costituzione di una Società scientifica che accomunasse tutti i professionisti (medici e non medici) impegnati nel miglioramento delle condizioni igieniche del Regno.

Nell'autunno 1878, si costituì (ed iniziò praticamente la sua attività a far data dal 1879) la Società Italiana d'Igiene (*Atti della Società Italiana d'Igiene 1879*), che in breve tempo ottenne il patrocinio Reale. Taluni particolari moventi della sua costituzione, come quello della promozione della Cremazione sono stati solo recentemente sottolineati (Porro, Falconi, Cristini, Lorusso, Franchini 2012; Porro 2020).

La sua attività di esplicò su vari fronti: costituzione di sezioni regionali; pubblicazione di un organo di collegamento (il *Giornale della Società Italiana d'Igiene*, pubblicato a partire dal 1879); tenuta di conferenze e conversazioni scientifiche, anche a scopo di educazione sanitaria; istituzione di concorsi e premi; organizzazione di riunioni e congressi, locali e nazionali; partecipazione a mostre ed esposizioni regionali, nazionali ed internazionali. Non ultima, ed è quella che a noi qui interessa, si deve sottolineare la pubblicazione di una collana di opuscoli, intitolata *L'Igiene Popolare*.

La collana *L'Igiene Popolare*

Fra il 1879 ed il 1902 furono pubblicati 40 opuscoli nella Collana *L'Igiene Popolare*, che si affiancavano non solo alla stampa dell'organo ufficiale della Società, il *Giornale della Società Italiana d'Igiene*, ma anche alla realizzazione di singoli opuscoli di pertinenza igienistica.

Il totale di opuscoli dati alla stampa raggiunge il numero di 38, perché due di essi furono opuscoli *doppi*. Si segnalano anche ristampe di quattro opuscoli. Il grosso degli opuscoli – 32 su 38 – fu pubblicato fra il 1879 ed il 1884; 2 opuscoli comparvero nel 1886; 1 nel 1887; 1 nel 1890 e 2 nel 1902. Il formato degli opuscoli era l'8°, con un numero di pagine previsto di 32, con copertina, eventuali illustrazioni nel testo, messo in vendita al prezzo di Cent. 25. L'editore, Edoardo Sonzogno (1836-1920), era uno dei principali editori cittadini.

Possiamo proporre, in forma tabellare, il prospetto cronologico degli opuscoli pubblicati, comprensivo anche delle ristampe: si è ritenuto opportuno dare anche un'indicazione relativa alla loro presenza nelle biblioteche lombarde ed extra-lombarde, utilizzando l'OPAC del SBN.

Con l'asterisco (*) sono segnalate le ristampe.

Dalla tabella presentata, emerge chiaramente che la previsione delle uscite degli opuscoli era strutturata in modo da prevedere cinque opuscoli all'anno. Il primo anno, per aumentarne la diffusione, furono stampati dieci opuscoli. Tale ritmo di uscite fu tenuto per 3 anni, ma già nel quinto anno, il 1883, insorse qualche problema: furono stampati solo tre numeri nuovi (dei quali uno doppio); nel 1884, furono pubblicati solo 4 opuscoli. La collana entrò in crisi e nessun opuscolo fu pubblicato nel 1885. Nel 1886, comparvero 2 opuscoli (dei quali uno doppio) e 2 ristampe; nel 1887, fu stampato un solo opuscolo (ed una ristampa). Il trentaseiesimo opuscolo (il n° 38 della serie) comparve solo nel 1890. Per completare il previsto numero di opuscoli si dovette attendere il 1902, anno nel quale comparvero gli ultimi due opuscoli.

Quale è, dunque, la particolarità della collana *L'Igiene Popolare*, rispetto a consimili collane editoriali²? Rispetto a quanto citato rispetto ai singoli promotori di collane editoriali, ben differente, era la situazione proposta da una società scientifica, la Società Italiana d'Igiene, che si proponeva non solo quale promotrice di una Collana di divulgazione popolare igienistica, ma anche quale garante di una validazione scientifica.

Un'altra caratteristica peculiare della collana appare essere quella della variabilità nella provenienza degli apporti: accanto a temi deliberati dalla Società, compaiono anche opuscoli derivati da Concorsi indetti dalla stessa o risultati di iniziative promosse dalle sezioni regionali della Società.

Un esempio di analisi

Non si deve pensare che, alle caratteristiche di divulgazione, debba corrispondere un diverso e minore valore scientifico rispetto ad altre forme e prodotti editoriali. Valga ad esemplificare questo assunto il caso di uno dei 40 opuscoli.

Augusto Pierd'Houy (1851-1886) si era distinto nella carriera medica all'interno dell'Ospedale Maggiore milanese: dedicatosi all'oftalmologia era fra i principali assistenti di Antonio Quaglino (1817-1894). Egli si era costruito una solida esperienza clinica, frequentando le principali Cliniche europee, non disdegnando l'attività di medico di bordo sulle rotte verso il continente indiano ed era stato

² Ad esempio, l'editore concorrente milanese Francesco Vallardi (1809-1895) pubblicava in quegli stessi anni una collana di divulgazione igienistica (e non solo) dal titolo *Il Medico di casa. Biblioteca Medica Popolare*. Fra le maggiori imprese di Vallardi si deve annoverare l'*Enciclopedia Medica Italiana*, alla quale parteciparono medici del calibro di Francesco Robolotti (1802-1885) o Gaetano Pini (1846-1887). Il cremonese Robolotti, medico di idee mazziniane e di formazione pavese, raggiunse i vertici dell'organizzazione sanitaria cittadina; fu storiografo di grande livello. Gaetano Pini fu fra i fondatori della *Società Italiana d'Igiene*, propugnatore della Cremazione (fu fra i fondatori della *Società per la Cremazione dei Cadaveri di Milano* nel 1876), realizzatore nel 1874 (anche sulla scorta del torinese Ernesto Ricardi di Netro (1816-1892) del 1872) della *Scuola dei Rachitici*, che si sarebbe in breve tempo trasformata nell'istituto ortopedico che porta ancor oggi il suo nome. Su Pini la letteratura è varia, anche se dispersa; vedasi, esemplificativamente: (Porro, Franchini 2019).

anche segretario del Congresso Oftalmologico Internazionale di Milano, nel 1880. Fu Cavaliere della Corona d'Italia. Morì di tifo addominale non avendo ancora compiuto i 35 anni d'età. Si era anche distinto per la partecipazione a molteplici attività filantropiche, fra le quali si segnala la fondazione della *Poliambulanza di Milano*, che assurse ben presto a modello per consimili iniziative in tutt'Italia (oggi essa trova espressione nell'Ospedale San Paolo di Milano, polo di assistenza ospedaliera e formazione universitaria, facente capo all'Università degli Studi di Milano).

Alla morte di Augusto Pierd'Houy (Pini 1886) i genitori fecero erigere una cappella in stile neorinascimentale nella Necropoli del Cimitero Monumentale di Milano e donarono all'Ospedale Maggiore di Milano la cospicua somma di £. 100.000³. Il padre Leopoldo Pierd'Houy sopravvisse solo due anni al figlio e la vedova, alla fine del secolo, fece costruire l'attuale edicola funeraria, che, con le sue forme bizzarre, orientaleggianti, attira l'attenzione di ogni visitatore del Cimitero. Con testamento olografo del 10 aprile 1900 pubblicato dal notaio Domenico Moretti di Milano, Felicità Merini vedova Pierd'Houy dichiarò erede l'Ospedale Maggiore che, all'atto della sua morte, acquisì la proprietà dell'edicola del Cimitero Monumentale e se ne assunse la manutenzione, che tuttora perdura (Cassinelli 2009).

L'ottavo degli opuscoli della collana *L'Igiene Popolare* fu redatto da Augusto Pierd'Houy ed è dedicato all'igiene della vista e alle malattie contagiose dell'occhio nelle scuole. Note e proposte [...] Di quest'opuscolo, a riprova dell'attualità e rilevanza del tema, comparve una ristampa anche nel 1886.

Lo sviluppo dell'igiene scolastica, al tempo, era considerato di grande rilevanza, allo scopo di promuovere comportamenti preventivi e corretti stili di vita.

³ Avendo pertanto diritto ad un ritratto a figura intera nella quadreria dei Benefattori dell'Ospedale Maggiore. Il dipinto fu commissionato a Giovanni Beltrami (1860-1926), esponente della *Scapigliatura*, che ritrasse il giovane medico in modo realistico, mentre fumava una sigaretta. Il ritratto, olio su tela di cm 213,5 x 107, è conservato (in due versioni) nella quadreria dell'Ospedale Maggiore di Milano (Inv. Ritratti 000296).

Dell'opuscolo di Pierd'Houy vogliamo trattare affrontando un tema ed una sua proposta di indole particolare: quella, cioè delle più idonee caratteristiche tipografiche dei volumi, alla luce delle risultanze degli studi di fisiologia della lettura (L.E. JAVAL 1878-1879).

Non ci riferiamo alla scelta del carattere tipografico, anche se di questa Pierd'Houy si occupò, proponendo l'adozione generalizzata del carattere *elzeviro* od *italico* (Pierd'Houy 1880a) e nemmeno alla somministrazione di inchiostri sbiaditi od allungati (ricordiamo che non erano ancora state inventate le penne a sfera e le penne stilografiche non erano comunemente adottate in ambiente scolastico), ma alla critica dei danni causati dal *pemicioso contrasto tra il bianco della carta ed il nero delle lettere*.

L'oftalmoiatra milanese tollerava, seguendo Javal, che la carta avesse uno sfondo giallastro, anche se non la riteneva una soluzione al problema: tuttavia, si tratta di un suo primo passo, nella riflessione che lo porterà in breve a mettere in discussione anche il colore dell'inchiostro da usarsi nella stampa.

Infatti, egli (Pierd'Houy 1880b) si fece rapidamente paladino dell'utilizzo di una carta resa il quanto più possibile nera già nell'impasto, accompagnato all'uso dell'inchiostro bianco.

Pierd'Houy preannunciò un esperimento di stampa secondo il suo proposito, ma tale materiale allo stato non risulta reperibile.

La fisiologia, l'oftalmoiatria, la scienza proponevano una nuova strada: essa sarebbe stata percorsa? La risposta è positiva, e possiamo riferirci ad una precisa esperienza attuale.

In un mondo che sembra scotomizzare l'esperienza libraria, non è infrequente imbattersi nell'utilizzo degli sfondi anneriti degli schermi di personal computers, tablets e smartphones (con i caratteri colorati in bianco od in maniera differente). Oggi la scrittura chiara su sfondo scuro (comunemente chiamata "modalità scura" o "polarità negativa" nel campo dell'ergonomia) è diventata piuttosto popolare e comune nell'uso quotidiano della tecnologia. Le ragioni di questa popolarità risiedono nel suo aspetto più estetico e moderno e nella riduzione

dell'abbagliamento e di parte della luce blu, soprattutto in ambienti poco illuminati, offrendo un sollievo visivo.

Tuttavia, la ricerca scientifica sui suoi benefici misurabili è ancora molto limitata e contraddittoria (Mahmood, Omeroglu, Abbasi, Li 2023; Sethi, Ziat 2023). Le ricerche hanno ampiamente dimostrato che la polarità positiva (cioè, la scrittura nera su stampa bianca) mostra una maggiore comprensione, una migliore acutezza visiva, un migliore *proofreading*, una maggiore percezione dei dettagli e una maggiore leggibilità (Buchner, Baumgartner 2007; Nilsson 2006). Tuttavia, alcuni studi hanno suggerito che la polarità negativa (cioè, la scrittura bianca su stampa di colore scuro) determina un affaticamento visivo meno pronunciato (Buchner, Baumgartner 2007; Mahmood, Omeroglu, Abbasi, Li 2023). La speranza di Augusto Pierd'Houy, inespressa a livello librario, sembra quindi non essere ignorata a livello elettronico.

Nota conclusiva

Questa produzione editoriale che ci appare più prossima alla cosiddetta *letteratura grigia*, merita non solo di essere analizzata, ma anche di essere maggiormente valorizzata e salvaguardata.

Infatti, per le caratteristiche dell'utenza alla quale erano destinati, questi opuscoli sono di non sempre agevole reperibilità, anche negli istituti di conservazione.

Essi si dimostrano importanti fonti, anche per riconoscere la forma degli ambiti disciplinari ritenuti adatti per l'educazione sanitaria.

Infine, il tema è ritornato di attualità nel recente periodo pandemico ed anche oggi, in relazione alla necessità di una validazione dei messaggi rivolti ad ampi strati della popolazione.

NUMERO	ANNO	AUTORE	TITOLO (SINTETICO)	OPAC LOMBARDIA	OPAC NON LOMBARDIA
1	1879	TAMASSIA ARRIGO	LA PESTE	3	18
2	1879	VISCONTI ACHILLE	LA TRICHINA E LA TRICHINIASI	2	12
3	1879	CHIARLEONI GIUSEPPE	L'ALLATTAMENTO MERCENARIO	2	11
4	1879	COULLIAUX ALBERTO	L'IGIENE DEI DENTI	1	6
5	1879	PINI GAETANO	UNA QUESTIONE D'IGIENE PEDAGOGI CA	5	16
6	1879	GATTI FRANCESCO	LA DIFTERITE ⁴	2	12
7	1879	OTTONI GREGORIO	IL LINGUAGGIO DEI BAMBINI	1	11
8	1879	PIERD'HOUY AUGUSTO	L'IGIENE DELLA VISTA	2	8
9	1879	MARZOLO FRANCESCO	I PREGIUDIZJ IN MEDICINA	1	14
10	1879	LANZILLOTTI BUONSANTI NICOLA	CONOSCI TE STESSO	2	14
11	1880	GIGLIARELLI RANIERO	L'UBBRIACHEZZA IN RAPPORTO ALL'IGIE NE	1	8
12	1880	BONFIGLI CLODOMIRO	LA PELLAGRA	1	10
13	1880	SCHIVARDI PLINIO	I BAGNI	1	7
14	1880	DELL'ACQUA FELICE	LA VACCINAZIONE	2	7

⁴ Originariamente il titolo previsto era: Le latrine nelle scuole. Evidentemente questo titolo dovette essere stato giudicato poco consono.

15	1880	SORMANI GIUSEPPE	L'ACQUA POTABILE	1	9
16	1881	LONGHI GIOVANNI	IGIENE DELL'ORECCHIO	1	5
17	1881	TAMASSIA ARRIGO	LE INTEMPERANZE DEL LAVORO MEN TALE NELLE SCUOLE	1	18
18	1881	HAJECH CAMILLO	LA MORTALITÀ DEI BAMBINI E MEZZI DI DIMINUIRLA	1	7
19	1881	GABBA LUIGI	LA FALSIFICAZIONE E ADULTERAZIONE DELLE MATERIE ALI MENTARI	2	7
20	1881	BENVENISTI GABRIELE	LA CASA	2	8
4*	1882	COULLIAUX ALBERTO	L'IGIENE DEI DENTI	1	1
21	1882	SAPOLINI GIUSEPPE	LA RABBIA NEL CANE E NEL GATTO	2	7
22	1882	MARRO ANTONIO	L'IGIENE RURALE	2	6
23	1882	LUZZATTO BENIAMINO	CONTAGI E MIASMI	2	8
24	1882	BAZZONI CARLO	L'IGIENE NELLA DAN ZA	2	3
25	1882	RAIMONDI CARLO – PIETRA GIOVANNI	IL LATTE RISPETTO ALLA DIETETICA ED ALL'IGIENE	2	5
26	1883	VERGA GIOVANNI BATTISTA	IGIENE DEL SONNO	2	6
27	1883	FRATINI FORTUNATO	L'IGIENE DELLE VESTI MENTA	2	6
28-29	1883	PORRO FRANCESCO	ELEMENTI DI METEOROLOGIA APPLICABILI ALL'IGIENE	4	6

30	1884	ZUCCHI CARLO	IL COLERA. SCHIZZO STORICO E PROFILATICO	4	8
31	1884	LICATA GIUSEPPE	IL TABACCO	3	3
32	1884	BADALONI GIUSEPPE	LE FERITE AVVELE NATE PER EFFETTO DI VIPERA, SCORPIO NE E TARANTOLA	2	6
33	1884	SORMANI GIUSEPPE	PROFILASSI MUNICIPALE ED INDIVIDUALE DEL COLERA	4	5
34-35	1886	PIERD'HOY AUGUSTO	CAUSE DELLA CECI TÀ E MODI DI PRE VENIRLA	1	2
8*	1886	PIERD'HOY AUGUSTO	L'IGIENE DELLA VISTA	0	0
9*	1886*	MARZOLO FRANCESCO	I PREGIUDIZJ IN MEDICINA	0	5
36	1886	CELORIA GIOVANNI	LA POLVERE DELL'AT MOSFERA	4	6
34-35*	1887	PIERD'HOY AUGUSTO	CAUSE DELLA CECI TÀ E MODI DI PREVENIRLA	2	2
37	1887	MENDINI GIUSEPPE	LA FULMINAZIONE	3	2
38	1890	DEBENEDETTI ACHILLE	LA SCELTA DEGLI OCCHIALI	1	5
39	1902	CACCIA VIRGINIO	COME DOBBIAMO CURARE I DENTI	0	2
40	1902	GUIDELLI CASIMIRO	ILPRIMO ANNO DI VITA	1	1



Fig. 1 - edicola Pierd'Houy. Milano, Cimitero Monumentale, Riparto VI, spazio 128 (<https://monumentale.comune.milano.it/itinerari/primi-passi-nel-novecento>, con disponibilità verificata il 2.3.2024)

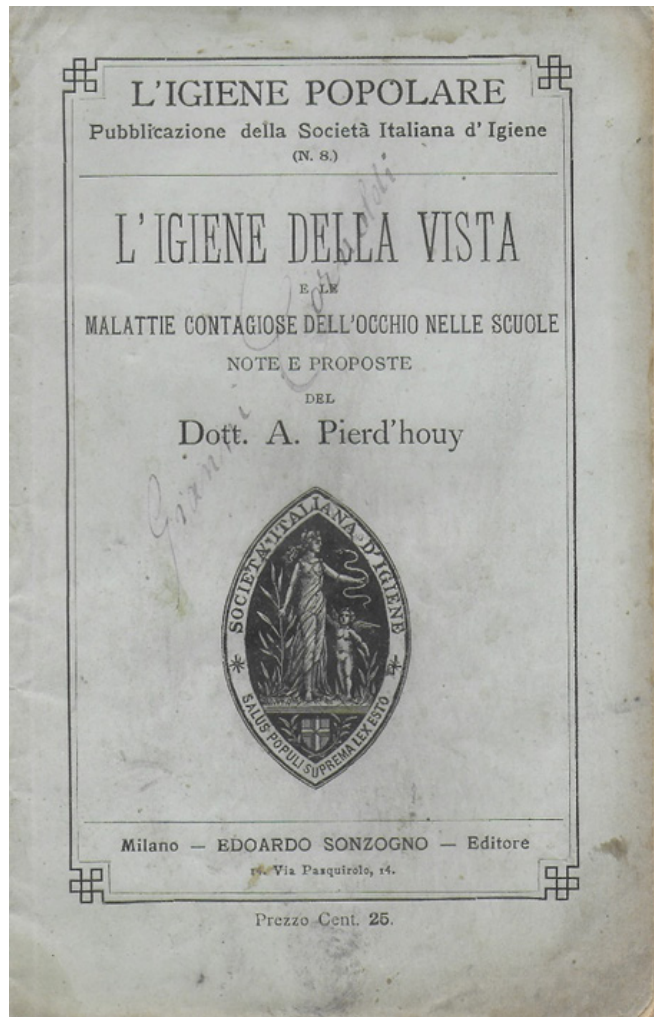


Fig. 2a - L'ottavo degli opuscoli della collana L'igiene Popolare, edizione del 1879; (Raccolta privata. Milano).

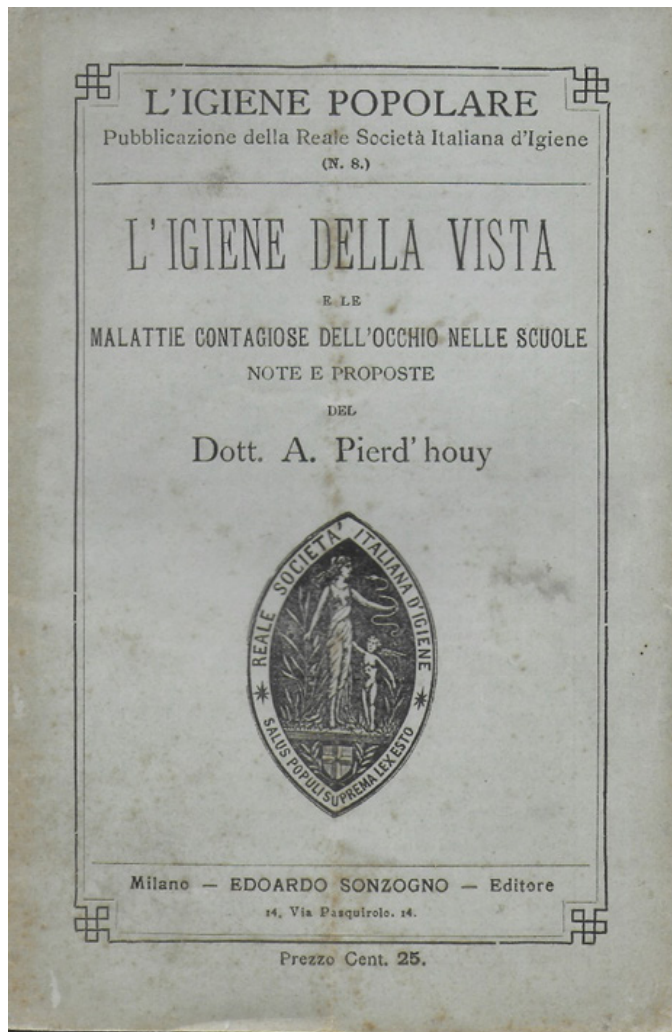


Fig. 2b - L'ottavo degli opuscoli della collana *L'igiene Popolare*, edizione del 1879; (Raccolta privata. Milano). Si noti il cambiamento di denominazione della Società, che aveva ricevuto il riconoscimento Reale.

Riferimenti bibliografici

- L. AGRIFOGLIO, *Igienisti italiani degli ultimi cento anni*, Hoepli, Milano 1954, Atti della Società Italiana d'igiene, Civelli, Milano 1879.
- G. BERBENNI, L. LORUSSO (a cura di), FILIPPO LUSSANA (1820-1897) *Da Cenate alle Neuroscienze*, Atti dell'incontro di studio, Cenate di Sopra, 26 maggio 2007, Fondazione per la Storia e Economica e Sociale di Bergamo, Bergamo 2008.
- A. BUCHNER, N. BAUMGARTNER, *Text – background polarity affects performance irrespective of ambient illumination and colour contrast*, *Ergonomics*, 2007, pp. 1036–1063.
- H. Buxton, *Health by design: teaching cleanliness and assembling hygiene at the nineteenth-century sanitation museum*, *British Journal for the History of Science*, LI, 2018, (3), pp. 457-485.
- D. CASSINELLI, *Felicità Merini Pier d'Houy (1832-1901) Edicole famiglia Pier d'Houy, 1886; 1889-1890; 1901-1902*, in: S. Rebora, D. Cassinelli (a cura di), *I benefattori dell'Ospedale Maggiore. Storia, arte, memoria*, Silvana Editoriale, Cinisello Balsamo 2009, pp. 140-145.
- A. CASTIGLIONI, *Storia dell'igiene*, Unione Tipografica Editrice Torinese, Torino 1926.
- Il Museo Sapolini*, *Annali di chimica applicata alla medicina, cioè alla farmacia, alla tossicologia, all'igiene, alla fisiologia, alla patologia e alla terapeutica*”, LXXVII, 1883, (3), p. 190.
- E. JAVAL, *Essai sur la physiologie de la lecture*, *Annales d'Oculistique*, LXXIX, 1878, pp. 97-117, pp. 240-274, LXXX, 1878, pp. 135-147, LXXXI, 1879, pp. 61-73, pp. 157-162, LXXXII, 1879, pp. 72-81, pp. 159-170, pp. 242-253.
- L. LORUSSO, G. O. BRAVI, S. BUZZETTI, A. PORRO, *Filippo Lussana (1820-1897): from medical practitioner to Neuroscience*, *Neurological Sciences*, XXXIII, 2012, (3), pp. 703-708.
- B. MAHMOOD, F. B. OMEROGU, E. ABBASI, Y. LI, *The Impact of Blue Light and Dark UI on Eye Fatigue and Cognitive Workload*, in D. HARRIS, W. C. Li (Eds.), *Engineering Psychology and Cognitive Ergonomics*, Springer Nature Switzerland, Cham 2023, pp. 131–142.
- T. NILSSON, *Legibility of colored print*, in W. Karkowski (Ed.), *International Encyclopedia of Ergonomics*, Routledge, London 2006, pp. 1440–1452.
- A. PIERD'HOUEY, *Il tipo italiano detto elzeviriano rispetto all'igiene dell'occhio*, *Giornale della Società Italiana d'Igiene*, II, 1880a, pp. 46-55.

- A. PIERD'HOUY, *La stampa ad inchiostro bianco e stampa nera*, Giornale della Società Italiana d'Igiene, II, 1880b, pp. 766-769.
- G. PINI, *Dott. Augusto Pierd'Houy*, Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene, VIII, 1886, pp. 483-484.
- A. PORRO, *La libertà fiammeggiante. Storia della cremazione e della SOCREM a Milano. Vol. I. Premesse, esordio, primi anni (1872-1882)*, TCP, Pavia 2020.
- A. PORRO, B. FALCONI, C. CRISTINI, L. LORUSSO, A. F. FRANCHINI, *Modernity in medicine and hygiene at the end of the 19th century: the example of cremation*, Journal of Public Health Research, I, 2012, pp. 51-58.
- A. PORRO, B. FALCONI, L. LORUSSO, A. COLOMBO, A. F. FRANCHINI, *Paolo e Gemello Gorini: specchi riflettenti intrecci di interessi scientifici*, "Archivio Storico Lodigiano", CXLII, 2022, pp. 319-327.
- A. PORRO, A. F. FRANCHINI, *L'aurora del bene. Gaetano Pini e gli esordi della Scuola dei Rachitici di Milano (1873-1875)*, GAM, Rudiano 2019.
- A. PORRO, A. F. FRANCHINI, A. COLOMBO, L. LORUSSO, B. FALCONI, *Il lavoro e la medicina nei manuali Hoepli*, Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, XXXIII, 2011, pp. 465-469.
- A. RATTI, *L'almanacco igienico popolare del senatore Paolo Mantegazza*, Rendiconti dell'Istituto lombardo. Scienze chimiche e fisiche, geologiche, biologiche e mediche, CXVII, 1983, pp. 19-26.
- T. SETHI, M. ZIAT, *Dark mode vogue: Do light-on-dark displays have measurable benefits to users?* Ergonomics, LXVI, 2023, pp. 1814-1828
- C. TURBIL, *Paolo Mantegazza and the dream of 'making' science popular circa 1860-1900*, Public Understanding of Science, XXVI, 2017, (5), pp. 627-631.

La Medicina Araba secondo Tommaso Sarnelli (1890-1972) medico tropicalista e linguista

Aldo Prinzivalli ¹

Gianmario Prinzivalli²

¹ Già primario chirurgo-ortopedico ospedaliero (aldovittorioprinzivalli@gmail.com)

² (zirvpillani@yahoo.it)

Riassunto

Nella seconda metà del XIX secolo si diffonde il positivismo, e il pensiero medico evolve decisamente grazie non solo alle scoperte di Louis Pasteur (1822-1895), ma altresì a storici quali Ernest Renan (1823-1892) che considerano la Scienza in grado ormai di affrontare ogni campo dell'attività intellettuale. Dal progresso della ricerca parassitologica, e in stretta connessione con le esigenze dell'espansione coloniale emerge, dapprima in Inghilterra e in Francia, e successivamente anche in Italia, una nuova disciplina, la medicina tropicale. Quest'ultima si accompagna, specie da noi, allo sviluppo di un altro sapere coloniale, la linguistica. In quest'ambito, quale medico africanista e appassionato studioso della medicina indigena nel mondo musulmano, spicca la figura di Tommaso Sarnelli (1890-1972), la cui duplice e inseparabile formazione sia in scienza medica che in esperienza linguistica aprirono, al mondo indigeno e alla sua cultura arabo-islamica, un più diretto e confidente accesso, sia alle tradizioni che alle aspirazioni di quei popoli, con i quali il Sarnelli entrò in

profonda sintonia, e con atteggiamenti e convinzioni scevri da esigenze carrieristiche personali.

Summary

In the second half of the 19th Century, the Positivism spread, and Medical Thought evolved significantly thanks not only to the discoveries of Louis Pasteur (1822-1892), but also to historians such as Ernest Renan (1823-1892) considering Science must be able to deal with every field of intellectual activity. From the progress of parasitological research, in close connection with the needs of colonial expansion, a new discipline “the Tropical Medicine” emerges first in England and in France and subsequently also in Italy, accompanied, especially in our country, by the development of another colonial knowledge: the Linguistics. In this context, as an “Africanist Doctor” and empasionate solar of indigenous medicine in the Muslim world, the figure of Tommaso Sarnelli (1890-1972) stands out. Sarnelli’s dual and inseparable training both in Medical Science and in Linguistic experience opened up a more direct and confident access to the indigenous world and his Arab/Islamic culture, both to the tradition then to the aspirations of those peoples, with whom Sarnelli entered into profound harmony with attitudes and beliefs free from his personal needs.

Parole chiave

Positivism, medicina tropicale e oculistica tropicale, medicina araba e medicina indigena, museo di medicina tropicale, la lingua araba.

Keywords

Positivism, tropical medicine and tropical ophthalmology, arabic medicine and indigenous medicine, museum of tropical medicine, the arabic language.

“...Rincuora il paziente con una promessa di guarigione, anche se non ci credi: venendo da te una simile affermazione può aiutare la natura...”.

Ibn Sulayman al-Israili Ishaq (x secolo, medico, Kairouan); *Dell'Intelletto e dell'Anima*.

“La sensibilità è il grande fenomeno iniziale donde derivano tutti gli altri, tanto nel campo fisiologico che nell'ordine intellettuale e morale”.

Claude Bernard (1813-1878, fisiologo, Parigi); *Introduction à la médecine expérimentale* (1865).

Nella seconda metà dell'Ottocento, assistiamo ad una evoluzione della “medicina anatomo-clinica”, rappresentativa della prima metà del XIX secolo, in direzione di una “medicina del laboratorio”, grazie ai progressi della chimica e della fisica, e grazie al nuovo mondo della batteriologia scoperto da Louis Pasteur (1822-1895), il quale farà sì che l'uso del microscopio diventi attrezzo del medico, e non solo del naturalista¹. Il 14 novembre 1888 viene inaugurato a Parigi l'Istituto Pasteur, edificato con il concorso di una sottoscrizione internazionale². Pasteur lo inaugura con un discorso considerato “il suo testamento”, in cui riassume la sua fede ardente nella Scienza³. Avviata dal fisiologo Claude Bernard – citato in esergo – la logica rigorosa nella dimostrazione sperimentale, finale d'obbligo per ogni ipotesi scientifica, passa quindi a Louis Pasteur e a Robert Koch (1843-1910), nonché al “patologo cellulare” Rudolph Virchow (1821-1902), grazie al quale la patologia microscopica è destinata a diventare uno dei pilastri della futura Medicina.

¹ Louis Pasteur si forma alla Scuola chimica del maestro Jean-Baptiste Dumas (1800-1884). Acuto nelle sue osservazioni, chiaro nei suoi ragionamenti, e rigoroso nei suoi esperimenti, Pasteur dimostra che la generazione spontanea è alfine una chimera, aprendo le porte all'infinitesimale piccolo della batteriologia.

² Il giornale di Milano, *La Perseveranza*, raccolse dalla prima lista della sottoscrizione a favore della costruzione di questa opera “germinata dalla scienza e dallo spirito di carità”, una somma di 6.000 franchi; cfr. in particolare René Valléry-Radot, *Le vie de Pasteur*, Ernest Flammarion Éditeur, Paris 1900, pp. 573-576.

³ Nel suo discorso circa il positivismo delle Scienze, egli si discosta tuttavia dalle innovazioni del predecessore Littré (1801-1881) e, memore piuttosto dei *Pensieri* di Pascal, afferma: “Definisco positivismo tutto quanto viene fatto nella società onde organizzarla secondo il concetto ‘positivo’, ossia scientifico del mondo”; cfr. in proposito J.-R. Chevallier, P. Audiat, *Les Textes Français, XIXe et XXe siècles*, Hachette, Paris 1954, pp. 1383-1391.

Gli ultimi decenni dell'Ottocento aprono quindi un dibattito lungi ancora, a nostro parere, dall'essere chiuso tra, da un lato, il medico che interroga ed esamina il malato, e che intrattiene con lui rapporti da persona a persona, rapporti che assumono loro stessi un valore terapeutico e, dall'altra, "l'anonimo laboratorio con gli apparecchi che dosano ed enumerano le alterazioni fisico-chimiche [...]. A quale dei due, d'ora in poi, la Medicina deve accordare un valore primario?" (J.-C. Sournia)⁴.

Dal microscopio in mano ai medici, alla scoperta dei microbi e poi dei parassiti, il passo ormai è breve. Con le spedizioni sempre più estese e lontane, e con le esigenze di colonizzazione da parte delle potenze occidentali, si apre ai medici la strada al mondo microscopico dei tropici. Nel nuovo panorama scientifico europeo di fine Ottocento, prende pertanto forma in Europa una nuova scienza medica: la Medicina Tropicale, i cui primi e principali fondatori risiedono in Gran Bretagna: Patrick Manson (1844-1922), nato nella più remota ed elegiaca Scozia dell'Aberdeenshire, medico formatosi nell'altrettanto remoto Estremo Oriente, esercitando dapprima la professione tra Formosa e Hong Kong⁵; Ronald Ross (1857-1932), nato in India, ad Almora, tra le amene alture boschive dei contrafforti dell'Himalaya, il quale esercitò la professione di medico nei primi anni, da militare, in India⁶. Nell'arco di un trentennio, a cavaliere tra Otto-e Novecento, la

⁴ JEAN-CHARLES SOURNIA, *Histoire de la médecine*, La Découverte/Poche, Paris 1997, p. 222. Chirurgo, storico della Medicina e arabista, Sournia (1917-2000) scrisse assai sull'umanesimo dei medici nell'era ipertecnologica; egli scrive nel suo ultimo testo *La prognosi in Medicina* (2000): "... se la diagnosi si basa sulla scienza, la prognosi deve appellarsi alla bontà e alla comprensione per l'altrui. Il 'buon' medico è giudicato dal suo modo di formulare le sue prognosi".

⁵ Sir PATRICK MANSON fondò (1899) il primo insegnamento europeo di Patologia Tropicale (la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*). Studiò con successo l'azione patogena di molti parassiti, e in particolare quello degli schistosomi, agenti delle bilharziosi (la forma intestinale dello *Schistosoma Manson*). Completò con importanti ricerche la scoperta, da parte di Ronald Ross, della zanzara inoculatrice della malaria. Nel 1870 Manson aveva inoltre identificato il parassita della filariosi.

⁶ Sir RONALD ROSS, eminente patologo, premio Nobel (1902) per la fisiologia e la medicina, fondò una Scuola di Medicina Tropicale a Liverpool (1899), scrisse *Studi sulla malaria* (1928); dimostrò che la trasmissione della malaria era dovuta a zanzare (1898), e illustrò il ciclo vitale del parassita nei visceri dell'anofele infetto (oltre ad evidenziare gli sporoziti del plasmodio nelle ghiandole salivari dell'anofele).

batteriologia e, con la scoperta dei “vettori”, anche la parassitologia, andranno incontro ad uno sviluppo fuori dell’ordinario; e, dopo Pasteur, ci penserà il suo stretto collaboratore Émile Roux (1853-1933) a introdurre in medicina il concetto e l’attuazione della “vaccinazione”.

Agli albori del Novecento, dopo Gran Bretagna e Francia, è l’Italia che prende interesse alla patologia tropicale, con l’insegnamento della “Patologia esotica” presso diverse sedi universitarie: Padova, Napoli e Bologna dal 1903; Firenze e Roma successivamente. Sono assai numerosi i docenti, con le loro pubblicazioni, che argomentano in malattie tropicali; molti di loro provengono o comunque continuano ad esercitare nell’ambiente della sanità militare terrestre o marittima⁷. Da nuova disciplina, la Medicina tropicale è tuttavia destinata, da noi, a diventare accademica solo attorno agli anni Trenta del Novecento, quando anche l’Italia non guarda più all’Africa e all’Oriente in maniera discontinua, come successe nei due primi decenni del secolo⁸. Inoltre, prende forma in Italia l’interesse per altre discipline, quali in particolare l’antropologia e la linguistica, e quest’ultima, in

Il plasmodio responsabile della malaria era tuttavia stato osservato per primo (1880) dal medico militare francese Alphonse Laveran (1845-1922), anche lui premio Nobel per la medicina (1907). Esercitò la professione in Algeria, ed insegnò Medicina clinica a Parigi, presso l’Ospedale militare Val-de-Grâce; cfr. in proposito VINCENZO MARTINES, *La sanità militare marittima italiana e le malattie tropicali*, Tipografia Fotolito Moggio, Tivoli (Roma) 2023.

⁷ FILIPPO RHO (1856-1935) e GIOVANNI PETELLA (1857-1935), medici di prima classe nella R. Marina, in occasione del XI Congresso Internazionale di Medicina a Roma, presentano e pubblicano *Massaua. Clima e malattie. Studii* (Tip. Bertero, Roma 1894). Sono tra i primi risultati italiani, e sono ottenuti nella unica Colonia Eritrea. Seguono gli “anni d’oro della Medicina tropicale italiana” (Martines), con il trio: Filippo Rho, Aldo Castellani (1874-1971) – eminente batteriologo e patologo, personalità internazionale (“sir” per la Gran Bretagna; “senatore del Regno” per l’Italia), scopritore plurimo di agenti patogeni responsabili di malattie tropicali, quali la malattia del sonno e la framboesia –, e Mario Peruzzi (1885-1950), quest’ultimo nominato, nel 1930, consigliere della Società di Medicina e d’Igiene Tropicale d’Egitto (MARTINES, *La sanità militare marittima* cit., pp. 111-173).

⁸ Un corpo sanitario speciale per le colonie non verrà istituito in Italia che dopo il conflitto italo-etiope del 1936, il che conduce gli studiosi tropicalisti italiani ad alternare dei periodi oltremare mai troppo lunghi – salvo rare eccezioni, come accaduto per Paolo Croveri (1887-1939), direttore dal 1915 al 1919 dell’Istituto sierovaccinogeno di Merca, in Somalia –, con soggiorni europei in centri specializzati; cfr. in proposito COSTANZA BONELLI, *Clima, razza, colonizzazione. Nascita e sviluppo della medicina tropicale in Italia (fine XIX sec. – metà XX sec.)*, Dottorato di ricerca, Università La Sapienza, Roma, a.a. 2018-2019, pp.63-65.

particolare, avvantaggia assai il “medico africanista”, colui che si accinge a una vita professionale più o meno lunga, a volte anche di anni, parecchio diversa da quella esercitata in Europa. Tra questi medici tropicalisti e linguisti spicca indubbiamente, in Italia, la figura di Tommaso Sarnelli (1890-1972).

Tommaso Sarnelli nasce nel 1890 a Giugliano in Campania, in provincia di Napoli, da una famiglia nei cui rami collaterali si contano degli orientalisti e degli arabisti. Il suo primo pensiero, dopo aver terminato gli studi secondari, è quello di affrontare lo studio delle lingue semitiche⁹, pur maturando anche l'idea di iscriversi a Medicina. Per Sarnelli, le due mete non sono contraddittorie, ma anzi egli intravede, da ragazzo ormai maturo, la stretta connessione tra l'evolversi della politica coloniale nazionale e la possibilità di poter esercitare oltremare la professione di medico.

Acquisiti quindi, nell'arco di un decennio, in quel di Napoli, sia un approfondito studio linguistico che la successiva laurea in Medicina e Chirurgia, egli affronta, da medico militare di seconda classe, i nuovi territori coloniali dell'Africa Orientale italiana, iniziando nel 1918 dalla Somalia. E' ormai anche un appassionato studioso della “Medicina indigena” nel mondo musulmano, e questo tanto – da linguista e da medico che si inizia alla “Medicina tropicale” – gli consente di fronteggiare al meglio tutte quelle problematiche del “medico africanista”, pure in quei territori più impervi dell'Arabia dei suoi tempi, ove si recherà più in là, negli anni Trenta del Novecento, ormai da maturo “medico tropicalista”, specializzatosi (1925) presso

⁹ Nel 1909 Sarnelli si iscrive all'Istituto Universitario Orientale di Napoli e diventa allievo di Francesco Beugnot (1879-1953), noto studioso di lingue semitiche, con studi di berberistica in Libia. Sarnelli ne approfitterà per acquisire un approfondito studio del dialetto berbero di Sokna [vasta area di oasi centrali agricole della Libia]. Cfr. in proposito dall'organo ufficiale dell'Istituto di Modena: T. Sarnelli, “Archivio Italiano di Scienze mediche e coloniali”, 15 (1934), p. 1: “... il vecchio e glorioso Istituto Orientale di Napoli, dai quali Maestri, fin dal 1909, fui iniziato allo studio dei mezzi linguistici, che soli permettono al medico europeo di penetrare nell'affascinante campo della Medicina indigena, sempre di preziosissimo ausilio all'opera educativa e assistenziale che a lui compete...”; cfr. pure T. Sarnelli, *Il dialetto berbero di Sokna* [con relativo vocabolario berberistico dell'Autore], “L'Orientale”, Napoli 1924-1925.

la Scuola di Patologia coloniale, tra Bologna e Modena, diretta da Giuseppe Franchini¹⁰.

Sin dal suo primo arrivo in Libia, nel 1920, quale inviato a dirigere il reparto oculistico dell'Ospedale militare di Tripoli – mansione che svolgerà per oltre quattro anni –, Sarnelli ha modo di capire che sono “le malattie oculari il motivo delle gravi e diffuse menomazioni osservate nella popolazione locale indigena”, il grande flagello che sevizia tutto il Nord Africa¹¹, un'affermazione pessimistica ma veritiera, del resto già proclamata in precedenza, e scritta, dall'illustre batteriologo Aldo Castellani. Da medico tropicalista che intende approfondire il suo sapere in oftalmologia, Sarnelli sottolinea che non si tratta solo di tracoma, poiché “non vi è categoria di fattori morbosi che non sia imputabile come causa possibile, diretta o indiretta, mediata o immediata, di cecità”. Egli si dedica quindi allo studio, alla profilassi e al trattamento delle malattie oculari nei territori inter e subtropicali, auspicando inoltre, e fin dagli anni Venti, che in Italia si apra un capitolo nuovo nell'ambito della Medicina coloniale, quello della ormai indispensabile “oftalmologia tropicale”. I risultati ricavati dallo studio del Sarnelli, durato per oltre quindici anni,

¹⁰ Giuseppe Franchini (1879-1938), dopo il breve periodo di un anno trascorso in Clinica Medica a Roma, da assistente di Umberto Gabbi (1860-1933), diventa allievo di Ronald Ross (1912) alla Liverpool School of Tropical Medicine, poi allievo di Alphonse Laveran (1914) a Parigi, all'Istituto Pasteur diventandone in seguito direttore, alla morte di Laveran, nel 1922. Nel 1924-1925 è direttore della Scuola di Medicina tropicale presso l'Università di Bologna; è il primo insegnamento ufficiale della disciplina in Italia. Nel 1930, la Scuola si trasforma in Istituto e viene trasferita presso l'Università di Modena. Nel 1934-1935 Franchini è direttore all'Università di Modena della Clinica delle malattie tropicali e subtropicali. Di lui si contano infine oltre seicento pubblicazioni, con predilezione per la patologia esotica in generale, e per la parassitologia in particolare; cfr. Treccani, *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 50 (1998); [treccani.it/enciclopedia/giuseppe-franchini_\(Dizionario-Biografico\)](http://treccani.it/enciclopedia/giuseppe-franchini_(Dizionario-Biografico)).

Pur risiedendo ai tropici per brevi periodi, Franchini riuscì a collezionare numerose specie animali e vegetali, allo scopo di allestire un museo di zoologia coloniale presso l'Università di Modena, arricchito di fotografie e di calchi da materiali organici e inorganici vari (BONELLI, *Clima, razza* cit., p. 65). Di lui scriverà l'allievo Sarnelli: “[...] al mio illustre ed amato Maestro, Professore Giuseppe Franchini, nella cui Scuola di Bologna – oggi fiorentissima a Modena – nel 1925 mi addestrai alle ricerche di Patologia Tropicale [...]”; cfr. in particolare SARNELLI, “Archivio Italiano” [...] cit., p. 1.

¹¹ Dieci anni dopo, in missione sanitaria nello Yemen, dal 1930 al 1932, Sarnelli si esprimerà allo stesso modo: “[...] anche nello Yemen, il tracoma non smentisce l'appellativo di gigantesca endemia dell'Oriente”.

in tema di malattie oculari¹², osservate sia nel Nord Africa che in Arabia, sono stati poi da lui presentati in occasione di vari congressi, uno in particolare va ricordato e sintetizzato¹³.

Nel 1936, in occasione della XXVI Riunione, la Società Italiana per il Progresso delle Scienze organizza a Tripoli (Libia), dal 1° al 7 novembre, il suo primo raduno in terra africana¹⁴. Viene invitato il professore Tommaso Sarnelli, Libero Docente in Clinica Oculistica e in Patologia e Igiene Coloniale, Maggiore Medico nel R. Esercito, a relazionare sulla cecità nei paesi coloniali. Nonostante gli ormai tre lustri trascorsi dal suo primo impatto in terra libica, Sarnelli inizia con il rammarico per quanto sia ancora arduo raggiungere quel determinato risultato che si era prefisso sulla prevenzione delle malattie oculari, riferendosi in particolare alla popolazione indigena, mentre “[...] europei, immigrati e coloni sono in condizioni privilegiate e ben diverse [...]”. E qui, nella sua relazione – pubblicata e medagliata l’anno successivo (1937) –, egli elenca una lunga serie di fattori negativi concernenti la popolazione indigena, in particolare egli segnala le loro pessime condizioni igieniche, della persona, della casa, dell’alimentazione; le loro assai scarse possibilità economiche, se non addirittura “[...] gli stenti continui da miseria organica e da fame cronica[...]”; la loro diffidenza nel farsi curare da medici europei specie, sottolinea Sarnelli, “[...] se capita loro medici poco affabili e pazienti[...]”; infine, un motivo che è quasi un intercalare, tuttavia veritiero, nei suoi scritti, ossia il ricorso, da parte dei medici europei – non certo per il linguista Sarnelli!¹⁵ –, nel farsi affiancare da un interprete, spesso di quelli “per mestiere”, causa “[...] l’insufficienza, la fallacia e spesso la mala fede, la venalità del basso personale

¹² Nel capitolo del tracoma, Sarnelli è citato dal Franchini, G. FRANCHINI, M. GIORDANO, *Patologia e Parassitologia dei Paesi Caldi*, Stabilimento Poligrafico Artioli, Modena 1934, p. 843.

¹³ T. SARNELLI, *La cecità nei paesi coloniali e i mezzi per prevenirla*, “Giornale Italiano di Clinica Tropicale”, N. 5, 1937, (XV).

¹⁴ È il primo *Congresso Coloniale della Scienza Italiana*.

¹⁵ Nel presentare la sua relazione, un cenno di riconoscenza il Sarnelli lo rivolge anche al Regio Commissario dello Istituto Superiore Orientale di Napoli “il quale ha disposto che, insieme con altri Insegnanti (e Sarnelli lo è ancora presso l’Orientale), io partecipassi ai lavori della Società, in rappresentanza dell’Istituto stesso”.

indigeno dei luoghi di cura, che ‘vende’ i favori del medico agli ingenui ammalati [...]”. Dalla controparte pure, Sarnelli cita un elenco di carenze sociali nei paesi tropicali: la scarsità, e perfino la mancanza delle opere assistenziali specializzate; le grandi distanze da percorrere spesso da parte dell’indigeno per raggiungerle, associate al dispendio del viaggio; il costo dei medicinali; la mancanza o scarsità di ospedali viaggianti specializzati, specie nei luoghi sperduti o mal raggiungibili¹⁶, e qui Sarnelli si sofferma per un confronto con quanto avviene invece nella contigua, peraltro storicamente assai diversa, nazione Egitto¹⁷. Per tutti questi motivi, “[...] l’indigeno malato d’occhi nei tropici non usufruisce dei rimedi ai quali avrebbe diritto [...]” (Sarnelli). La conclusione è che, pur se non affetto dal temibile tracoma, non curandosi, ugualmente egli va incontro inevitabilmente alla cecità definitiva; e i ciechi nei paesi tropicali, osserva Sarnelli, sono quasi sempre privi di un’assistenza sociale moderna. Dopo le suddette motivazioni per ambo le parti, raccogliere una corretta anamnesi a scopo eziologico in un indigeno, nel corso di una patologia oculare, diventa di estrema difficoltà “[...] per la pluralità degli agenti morbosi che si associano e concorrono a determinare, il fenomeno ultimo della cecità [...]”. Aggiunge desolato Sarnelli: “[...] e l’esplorazione nosogeografica tropicale, per noi italiani, oculisti e non, è ancora tutta da cominciare [...]”. Anche qui del resto, trattasi di una conseguenza del carattere nettamente discontinuo, e fino agli Trenta del Novecento, dato all’italico processo di sviluppo coloniale in terra africana.

¹⁶ T. SARNELLI, *La cecità* cit., p. 25. Risale all’immediato primo dopoguerra quella idea, auspicata dal Sarnelli, di ripetere quanto già accaduto in Europa, durante la Prima guerra mondiale: far arrivare l’assistenza medica – qui “gli ospedali oftalmici mobili viaggianti” –, atta a curare e operare gli ammalati, nei piccoli centri situati fuori delle grandi vie di comunicazione.

¹⁷ Sarnelli afferma che l’Egitto possiede, nello stesso periodo, “circa una dozzina di ospedali oftalmici mobili, viaggianti”. Non va dimenticato tuttavia che nel campo globale della sanità, la presenza italiana in Egitto è di un certo rilievo qualitativo già dai primi decenni dell’Ottocento, con uno stuolo di medici italiani, e alcuni di loro con importanti cariche direttive sanitarie, sia governative che ospedaliere, sia nel campo dell’igiene, soprattutto per far fronte alle frequenti epidemie di peste e di colera, che in quello della ricerca per le malattie infettive e parassitarie. Cfr. in proposito A. PRINZIVALLI, *Ospedali e medici italiani in Egitto tra Ottocento e Novecento*, “Quaderni di Oriente Moderno”, Istituto per l’Oriente Carlo Alfonso Nallino, n. 6, Roma 2008, pp. 169-184; cfr. pure CLELIA SARNELLI CERQUA, *I medici italiani in Egitto*, Rassegna Siciliana di storia e cultura, II/5, ISSPE, Palermo 1998.

Tra le cause esogene, fisiche e fisico-chimiche che concorrono a far insorgere le patologie oculari, Sarnelli cita (spesso e volentieri nei suoi scritti) l'intensità delle radiazioni luminose ai tropici; poi aggiunge le forti correnti aeree poiché vettrici di detriti minerali e biologici, come pure gli estremi gradi di umidità-disidratazione dell'atmosfera, tre fattori in grado di ledere congiuntive, mucose ed epitelio corneale, lesioni nelle quali poi si instaurano processi infiammatori nonché, per i fattori peggiorativi sopra elencati, successive infezioni e suppurazioni. Dove il Sarnelli diverge dal suo Maestro Franchini, è nelle cause definite da quest'ultimo "sussidiarie" – stato individuale, razza, stato sociale, clima, età –, specie nell'insorgenza del tracoma, che per Franchini sono cause trascurabili, rispetto ad altri fattori quale soprattutto "[...] la promiscuità umana in cui regnano sporcizia ed ignoranza [...]"¹⁸. I due divergono poi assai di più per quanto segue, che può lasciare perplessi e sorpresi. Ci riferiamo alle supposte differenze razziali che predispongono al tracoma, secondo quanto rilevato da anni dal Sarnelli. Secondo l'autore dell'opera, la malattia ha una evoluzione spontanea diversa nella razza caucasica, l'araba, rispetto alla razza camito-semitica, la somalo-eritrea, per via del pigmento cutaneo accentuato in quest'ultima, a conferma, per Sarnelli, "[...] delle vedute costituzionalistiche, aspecifiche sul determinismo della malattia, fermo restando ai Tropici, gli svariati poteri patogeni della energia raggiante solare [...]". Ci ritorneremo su questa "digrassione" del Sarnelli più in là – ossia "l'eziologia sincretica" del tracoma, "malattia da luce" –, quando affronteremo i suoi risultati osservati con lo stesso tracoma, tra due Continenti, tra Eritrea e alto Yemen. Qui, vogliamo piuttosto approfondire con quanto ulteriormente aggiunto dal Sarnelli, circa gli approfondimenti sulle differenze razziali:

Forse un giorno potremo consolarci con il risultato delle loro analisi, e liberarci dall'umiliante stasi d'idee alla quale ci hanno costretti finora l'indirizzo prevalentemente microbiologico delle ricerche – sempre fallite¹⁹ –, la strapotenza e invadenza

¹⁸ Cfr. FRANCHINI, GIORDANO, *Patologia e Parassitologia* cit., p. 845.

¹⁹ Cfr. in particolare G. VERNONI, *Trattato di Patologia Generale*, Sansoni Edizioni Scientifiche Firenze 1954, vol. I, p. 1114: "Il tracoma ha sempre costituito uno dei più gravi problemi di lotta sociale,

del laboratorio, e la trascurata e mancata osservazione clinica del grande quadro fenomenico della natura.

A noi, con questo tanto di affermato da parte di Sarnelli, pare di ritornare a Claude Bernard anziché a Pasteur: al primo importava nell'essere umano più la natura, le funzioni, anziché lo studio microscopico della cellula; il secondo metteva invece in guardia sulle teorie nella ineguaglianza delle razze umane, "in espansione con le prime perversioni nei colonialismi" (Sournia)²⁰.

La relazione di Sarnelli termina con un lungo elenco, oltre una trentina, di "agenti biologici animali, sia protozoari che metazoari, e vegetali: batteri, virus e funghi", frequentemente responsabili di patologie oculari, un lungo elenco di infezioni ed infestazioni in grado di causare – se trascurate, o mal diagnosticate "da oculisti generici non abituati alla oftalmologia tropicale" (Sarnelli) – danni permanenti alla visione. Di necessità riassumendo, ci pare di dover qui focalizzare la nostra attenzione su quattro momenti della estesa sua descrizione: per primo, il ricco elenco di patologie oculari determinate, nel capitolo delle infestazioni, vieppiù dal gruppo degli artropodi²¹, anziché [si fa per dire!] da quello delle elmintiasi²². Per secondo, giustamente sottolineato dal Sarnelli, vengono citate le cause tossiche, di

trattandosi di malattia contagiosissima, cronica, fino al 1938 difficilissima a curare. Si trasmette solamente per contatto o trasporto della secrezione da occhio a occhio, direttamente o attraverso oggetti di uso comune o per il tramite di mosche."

In effetti, all'epoca della relazione presentata da Sarnelli (1936), il virus filtrabile di grandi dimensioni (200 mμ) – ivi, p. 922 –, quell'ultravirus in studio avanzato presso l'Istituto Pasteur di Tunisi (Franchini, Giordano, ivi, p. 844), responsabile della malattia, era ancora di là dall'essere individuato con certezza.

²⁰ Cfr. in proposito J.C. SOURNIA, *Histoire* cit., p. 226.

²¹ Le specie parassite dell'uomo nel gruppo degli artropodi, quali agenti di infestazioni cutanee e quali trasmettitori di infezioni, appartengono a due Classi per diversi Ordini e Sottordini, che sono gli Aracnidi (scorpioni, ragni, zecche e acari delle scabbie), e gli Insetti (pidocchi, cimici, pulci e mosche, queste ultime da varie famiglie). Molto temuto ai tropici, della classe Insetti, sono i brachiceri che determinano le temibili miasi umane con capacità distruttive per il bulbo oculare e per tutta l'orbita (Sarnelli); cfr. anche Vernoni, *Trattato* cit., vol. I, p. 1439).

T. Sarnelli non dimentica pure gli ofidi velenosi, responsabili anche di emorragie retiniche, e persino di severe cherato-congiuntiviti (nei serpenti sputatori!).

²² Tutte tre le Classi di elminti rientrano nel parassitismo dell'uomo (Cfr. Vernoni, ivi, pp. 1389-1392): Trematodi (schistosomiasi), Cestodi (teniasi) e Nematodi (ascaridi, filarie, dracunculosi).

natura farmacologica, aggravate da ripercussioni anche sulla vista, ossia l'eccesso nel dosaggio di farmaci seppur congrui, oppure l'uso di "farmaci" molto tossici, somministrati soprattutto nei casi di elmintiasi, di malaria e di tripanosomiasi²³. Ma le cause tossiche non si fermano qui; l'autore segnala l'abuso di bevande alcoliche, spesso di bassa qualità, "da parte degli indigeni... civilizzati dalle colonie europee", in una popolazione già stremata dalle malattie. Il terzo momento concerne le cause carenziali (beri-beri, scorbuto, carestia), responsabili spesso di emeralopia, amaurosi e neuriti retro-bulbari. Infine, il drammatico quarto momento concerne le... "manualità curative" in uso presso i nativi, in particolare le operazioni indigene di cataratta... "il cui epilogo è spessissimo la perdita dell'occhio operato, per iridociclite, e di quello sano, per oftalmia simpatica" (Sarnelli).

Quando Tommaso Sarnelli presenta al Congresso di Tripoli del 1936 la sua relazione su di un argomento nuovo, originale, come le cause e la prevenzione della cecità nei paesi tropicali, e con l'esperienza di medico tropicalista da ormai un ventennio, il Maestro Giuseppe Franchini ha da poco istituito all'interno del suo Istituto di Patologia Coloniale a Modena, il Centro di Studi di Medicina Indigena, e ne attribuisce la direzione al Sarnelli, il quale ha trascorso due anni, dal 1930 al 1932, "al servizio della Patria fra le montagne dell'Arabia". Sarnelli, inoltre, per suo diretto interessamento, ha fondato (1927) in Italia, "un sodalizio di studiosi", il cui scopo era quello di affrontare lo studio delle principali malattie delle Colonie²⁴. Le sue esperienze acquisite oltremare gli consentirono di contribuire, sia al museo di zoologia coloniale dell'Università, voluto da Franchini, collezionando come il suo Maestro specie animali, che alla vasta opera di Franchini e Giordano (vedi nota 12), con numerose fotografie e corti fotogrammi ricavati da quel "mirabile osservatorio di patologia tropicale" che fu per lui lo Yemen. Affronteremo adesso lo studio ricavato appunto da Sarnelli nei due (lunghi!) anni di sua permanenza "in

²³T. Sarnelli, *La cecità* cit., pp. 17-20. Sarnelli cita gli "abusatissimi" antielmintici, spesso incongrui, causa di compromissione irreversibile a carico del nervo ottico e della retina, in un'area geografica come quella dell'Etiopia, ove una intera popolazione risulta infestata dal verme solitario; cita inoltre le intossicazioni neuro-retiniche da eccesso di chinino nel trattamento della malaria; cita infine la cecità da neurite tossica nella tripanosomiasi trattata con rimedi incongrui, o "maneggiati con incoscienza".

²⁴ Sarnelli, *ivi*, p. 7.

climatologia verticale”, a 2380 metri di altitudine, nella capitale Sànaa [anziché Sana‘à]²⁵. Nel 1934, due anni dopo il suo rientro in Italia, Tommaso Sarnelli pubblica i risultati di questa sua “missione” sanitaria e scientifica nello Yemen²⁶.

Per meglio comprendere questa complessa e variegata opera del Sarnelli, è necessario partire dalle [sue] conclusioni. Da una parte egli auspica una approfondita conoscenza della medicina tropicale, e dall’altra constata che tale medicina va applicata ad una mentalità assai diversa dalla nostra: è necessario quindi “capire” prima [un mondo diverso!], per poter poi “agire” con risultati positivi. Ci si avvicina quindi a quei popoli orientali cercando anzitutto “mentalità e cultura”, affinché “si possa riuscire a indurlo a farsi curare, assistere, e preservarsi secondo i più razionali e moderni principi della scienza medica”²⁷. Passiamo ora a descrivere in sintesi la patologia tropicale raccolta dal Sarnelli nella penisola araba.

A Sànaa, allora capitale del Regno dello Yemen²⁸, T. Sarnelli ebbe ben presto la possibilità di esercitare la professione presso un Ambulatorio sito nella residenza rinnovata dei medici italiani, e questo tanto gli consentì di escludere la presenza degli interpreti, come sopra spiegato, “funestissima per il medico europeo”²⁹. Considerato l’isolamento della capitale, ubicata tra i monti, l’Ambulatorio era stato

²⁵ Salvo eccezioni [le fonti in bibliografia; i nomi; i titoli di opere] verrà usato di preferenza in questo articolo, una trascrizione delle parole e dei nomi arabi secondo un criterio di interpretazione fonetica, anziché la loro più corretta ma più complessa traslitterazione scientifica.

²⁶ T. SARNELLI, *Notizie preliminari sui risultati della mia missione sanitaria nell’alto Yemen: con particolare riguardo alla medicina indigena*, “Archivio Italiano di Scienze mediche e coloniali”, 15, Modena 1934, pp. 1-43.

²⁷ Ivi, pp. 40-43. “La Medicina tropicale dev’essere una cosa ben diversa dalla nostra Medicina trasportata nei Tropici [...] L’Umanesimo del medico tropicale al pari di un pio missionario moderno”.

²⁸ Fu l’ultimo regno dello Yemen che durò, nella successione di tre imàm, dal 1904 al 1968; un regno cosiddetto zaidita, di rito sciita, con alterne vicende storiche attraverso i secoli, iniziato nel IX secolo; cfr. in proposito le voci “Zaidismo” e “Zaiditi dello Yemen, 897-1968” in J. SOURDEL ET D. SOURDEL, *Dictionnaire historique de l’islam*, Puf/Quadrige, Paris 2004, pp. 865-867; cfr. pure L. CAPEZZONE, M. SALATI, *L’islam sciita. Storia di una minoranza*, Edizioni Lavoro, Roma 2006, pp. 129-135.

²⁹ L’Ospedale di Sànaa, ove Sarnelli aveva ricevuto l’incarico, era prevalentemente adibito al ricovero degli ammalati militari, con la presenza di un personale indigeno... “dal quale il medico europeo è costretto a guardarsi, in ogni istante, dalle forze occulte dell’Oriente, contro le quali nessuno può lottare vittoriosamente”.

dotato di un indispensabile “laboratorio di ricerche”³⁰. La dedizione colà dei medici italiani, fece sì che quei “lindi igienici locali” dalle pareti tappezzate da pensieri medico-igienici ricavati, con l’aiuto di un abilissimo calligrafo yemenita, dal Corano e dai *Hadith* (le Tradizioni)³¹, ben presto ammirati, a seguito delle necessità della popolazione, e pure di quelle di Sua Maestà l’Imàm Yahya, Re dello Yemen (m. 1948)³², nonché di gente del suo casato, sicché in breve tempo quell’ambulatorio-ospedale “venne visitato da gente di ogni classe e categoria”³³. Ma nel desiderio di Tommaso Sarnelli, vi era, se possibile, qualcosa di più, ossia l’amicizia sempre più stretta da conquistare con i “medici” locali, dai quali ricavarne “notizie, dati e documenti, riguardanti usi, credenze e costumanze di Medicina locale”³⁴, nonché l’uso di “droghe e piante” da individuare presso enciclopedie mediche arabe più o meno antiche. Furono incontri “tra una lettura e l’altra di Avicenna, con medici e filoiatri di Sànaa”³⁵. Dall’amicizia con i “colleghi” della vecchia città all’acquisto, previa

³⁰ Dal litorale yemenita, ossia dal porto di *al-Hudaydah* (Hodeida), sul Mar Rosso, il materiale necessario ai medici giungeva a destinazione nella capitale solo tramite carovana, a dorso di cammelli, attraversando valichi di tremila metri per un percorso della durata di oltre dieci giorni.

³¹ Nei primi secoli dell’Islàm, celebrati maestri – i “tradizionisti” – ricercarono, raccolsero e sistemarono i *Fatti e i Detti* attribuiti al Profeta Maometto (570-632), da trasmettere poi ai discepoli; una ricostruzione biografica quindi del Profeta, ad opera di una catena di garanti, per la formazione del patrimonio teologico e culturale, giuridico e sociale dell’Islàm; per chiarezza e sintesi, cfr. in proposito F. GABRIELI, *Viaggi e viaggiatori arabi*, Biblioteca Sansoni, Firenze 1975, p. 12.

³² T. Sarnelli curò un figlio in tenera età del Re, e questo lo ripagò con una lettera autografa di ringraziamento [inserita a pagina 34 dello scritto], impegnandosi altresì a fornire il raccolto “Ospedale Italiano” di tutto il materiale necessario al suo buon funzionamento.

³³ T. SARNELLI, *Notizie preliminari* cit., a pagina 33 dell’opera è stata inserita una foto di S.A.R. il Principe Muhammad presso l’Ambulatorio italiano [visibile nello sfondo], con dedica in lingua araba, in data luglio 1931, scritta di suo pugno, e dedicata “al sincero amico nostro, personificazione della gentilezza, l’abile medico e rispettabile dottor Sarnelli”.

³⁴ Leggi anche *Medicina indigena*, oltre alla cosiddetta dai locali *Medicina Yunàni* [greco-araba].

³⁵ A pagina 36 dello scritto, Sarnelli ha inserito la prediletta di tutte le sue foto, quella che lo vede circondato dai “medici” e filoiatri di Sànaa, in numero di quattro, avvolti nel loro tipico barracano mentre leggono, comodamente seduti, il manoscritto corposo tratto da un’opera di Avicenna. Sarnelli si presenta con il suo abituale copricapo allungato da ascaro dell’Africa Orientale.

“ricerca amorosa e... costosa”, sia di libri stampati³⁶, in prevalenza provenienti dalle storiche e sempre funzionanti stamperie del Cairo, che di manoscritti – il più antico acquistato è del sec. XIV –, il passo per T. Sarnelli fu breve³⁷.

Prima di descrivere la ricca patologia tropicale raccolta da Sarnelli nello Yemen, è doveroso un cenno alla Medicina indigena più volte da lui incontrata durante i suoi lunghi anni trascorsi oltremare. E per cominciare, citiamo la sua frase riassuntiva sull'argomento: “lo non ho mai ritenuto che fosse inutile rivolgere la mia curiosità anche alla Medicina indigena”, e la Medicina indigena nello Yemen, millenario incrocio di culture afro-mediterranee e asiatiche, poggia su due basi: la Medicina popolare derivante da empirismi o da antiche sapienze, ricca di connotati magici, astrali, e la Medicina araba classica, canonica o letteraria. Si esprimono entrambe con l'uso di farmaci: i semplici, che sono in prevalenza le erbe locali – gli yemeniti ne sono parecchio esperti, tanto da ricavarne risultati positivi, come vedremo di seguito, anche nel trattamento di complesse patologie cutanee –, e le droghe (medicamenti composti), vegetali, animali e minerali³⁸. Sarnelli accenna inoltre ad alcune pratiche manuali degli itineranti “empirici”: la “vaiolizzazione”, la “causticazione”, il “salasso” (fatto esclusivamente dai *haggiàmin*, ovvero la casta impura dei salassatori); la “geofagia” mediante l'ingestione di terreni cosiddetti

³⁶ Oltre che nello Yemen (Sànaa e Aden), Sarnelli acquistò gli stampati, prevalentemente da *faqih* (giuristi o comunque esperti), in Somalia, Eritrea (Asmara, Massaua), Libia (Tripoli, Bengasi, Derna), Egitto (Cairo).

³⁷ T. SARNELLI, *Notizie preliminari* cit., pp.38-40. Il cimelio, “il ricordo più caro dello Yemen [...] un libro che fece sussultare di gioia il mio cuore di italiano”, Sarnelli lo acquistò da un anziano *tabib* (medico) di Sànaa, uno degli esemplari circolanti allora, nello Yemen in particolare, del *Qànùn fi 'l-Tibb*, il “*Canone della Medicina*” di AVICENNA, stampato in arabo a Roma nel 1593, presso la Tipografia Orientale Medicea, voluta dal Pontefice “con il senso del mondo” (Sarnelli), Papa Gregorio XIII. Due anni dopo (1595), venne stampata a Venezia l'edizione tradotta in latino da GHERARDO DA CREMONA. Per questo memorabile testo riferito dal Sarnelli con un “orgoglio dal cuore tutto italiano”, cfr. pure: AVICENNA, *il poema della medicina*, a cura di ANDREA BORRUSO, Silvio Zamorani editore, Torino 1996, pp. 25, 26.

³⁸ A Sànaa, le droghe sono usate sia dagli “empirici” che dai seguaci della Medicina classica. Sarnelli osserva che buona parte della popolazione frequenta i *dukkàn* (spaccio, bottega, spezieria), per rifornirsi di una miriade di prodotti quali il mirabolano, la galanga, il cardamomo, il macis, l'ambra; il bolo armeno ecc..., oltre “all'immenso arsenale di colliri” (vegetali, animali e minerali); il Bezoar contro il veleno dei serpenti, gli afrodisiaci. È risaputo infine che il popolo yemenita fa largo uso di “tonici ed euforigeni”, in particolare del *Qât* (*Catha edulis*), pianta masticatoria, eccitante cerebrale.

“medicatori”. L’uso, da parte soprattutto di beduini e contadini, del colorante vegetale “indaco”, mediante imbibizione del vestiario, per proteggere la cute “dal freddo e dalle intense radiazioni luminose”. L’uso di lastre di ottone o di rame (la metalloterapia) applicate su piaghe croniche. L’uso di “pietre policrome” (diaspro verde³⁹, calcedonio, corniola, onice), a scopo protettivo da varie malattie o contro le... iatture (sotto forma di anelli, collane o cinture, a seconda delle parti del corpo da proteggere, o da sanare). L’uso di “tazze” magiche per bere l’acqua associando le lodi al Creatore e ai suoi profeti, o recitando la *bàraka* (benedizione), o anche recitando il Corano, di solito la *Sura* della *Fatha* (*Sura Aprente*)⁴⁰. Scrive Sarnelli, accennando inoltre alla “latromeccanica” del medico napoletano del Seicento, Giovanni Borelli⁴¹: “Tutta una Medicina magica o magico-religiosa yemenita che favorisce la suggestione e innesca la persuasione”.

E’ inoltre il caso qui di fare un cenno sulla chirurgia yemenita, definita dal Sarnelli “allo stato primordiale e dalle modeste pretese”, e cita le “ignipunture” per svuotamenti di ascessi, senza tuttavia mai praticare una incisione; le “ugolectomie” ai bambini “con ghigliottina fatta di legno e fibre vegetali”; le emorroidectomie; le estrazioni di proiettili; la immobilizzazione (incruenta) delle fratture ad opera dell’esclusivo *giabbàr* (“conciaossi”), l’altrettanto specializzato “chirurgo girovago” (Sarnelli) della cataratta, detto dai locali *naggàsc*, infine un po’ di “vulneraria superficiale” nell’uso di piante o sostanze che favoriscono la cicatrizzazione di ferite o piaghe.

³⁹ Cfr. A. MASTROCINQUE, *Medicina e magia. Su alcune tipologie di gemme propiziatriche*, in “Medicina e Società nel mondo antico”, Atti Convegno di Udine (4-5 ottobre 2005), Le Monnier Università/Storia, Firenze 2006, pp. 91-100; cfr. anche Enciclopedia Universale Rizzoli/Larousse, vol. V, Paris-Milano, 1964/1967, voce Diaspro, p. 249 - Tav. XXIX (iconografie).

⁴⁰ Cfr. in particolare “Il Corano”, a cura di A. BAUSANI, BUR, Milano 1988, p. 3: trattasi di breve formula devozionale di grande impatto emotivo, del periodo meccano, fatta di sette versetti, e posta in testa al Libro Sacro.

⁴¹ GIOVANNI ALFONSO BORELLI (1608-1679), discepolo di Galileo, autore del *De motu animalium*, ridusse il moto animale a un sistema di leggi meccanicamente esatte; cfr. in proposito L. PREMUDA, *Il secolo del Barocco: Dall’Anatomia morfologica e topografica all’Anatomia “animata” e sperimentale*, “Da Fracastoro al Novecento, Mezzo millennio di medicina tra Padova, Trieste e Vienna”, La Garangola, Padova 1996, pp. 142-153.

L'elenco delle patologie descritte e trattate da Sarnelli nell'arco dei due anni trascorsi a Sànaa non potevano essere che di un gran numero. Lo conferma la numerosa sua personale iconografia introdotta nello scritto, successivamente inserita, pure assai numerosa, sia nello storico volume, sopra annotato, di Franchini e Giordano (1934), che nel citato "Trattato di Patologia Generale", a cura dell'eminente patologo Guido Vernoni, un ventennio più tardi (1954). Più che un semplice elenco di casi patologici riscontrati e trattati, a noi interessa tracciare qui soprattutto il pensiero che ne è scaturito dal rapporto umano del nostro protagonista con gli indigeni e con la popolazione locale; in altre parole, quella singolare visione di Sarnelli, sia pur in piena "epoca coloniale", che precorse i tempi guardando al mondo indigeno dell'Africa e dell'Arabia, e alla sua cultura arabo-islamica, "con animo rispettoso e calda simpatia per le loro tradizioni" (Francesco Gabrieli), non disdegnando, ma anzi cercando di capire a fondo le origini di quel loro "paradosso cronologico" (Sarnelli), ovvero, dell'essere "uomini di oggi con il pensiero medico di ieri". E Sarnelli non ebbe che un modo per capire a fondo la loro cultura: quello di sentirsi "un etnoiatra tra i filoiatri"; uno studioso di Medicina popolare e di Medicina araba "nuclearmente ippocratica", che volentieri dialoga con [non] "medici" che dimostrano una appassionata partecipazione alla cultura medica. E più avanti accenneremo alle radici storiche di questa "filoiatria" indigena.

Si comincia dalle infestazioni con la numerosa casistica di una malattia endemica in Arabia, una elmintiasi, la Filaria di Medina (*Dracunculus medinensis*, della Classe Nematode), verme che può raggiungere – la femmina infestante – il metro di lunghezza! Ospite intermedio: il crostaceo *cyclops*, ubiquitario nei bacini di irrigazione. Predilige la localizzazione sottocutanea, e si estrae con due metodi: quello lento (indigeno), arrotolandolo gradualmente e per giorni attorno ad un bastoncino vegetale, e quello rapido (occidentale). Viene descritta poi la microfilaria Loa-loa, questa invece tanto rara in Arabia quanto frequentemente osservata in Africa Orientale, la quale ha predilezione per palpebre e sotto-congiuntiva. Straordinaria è inoltre la diffusione (90% dei bambini) sia di Ascaridiosi e Ossiurosi, che della Teniasi (Classe Cestode) e della Tricocefalosi. Molto diffuso pure il verme dell'elminto (Classe Trematode) responsabile della Schistosomiasi vescicale

(*Schistosoma haematobium*), detta anche Bilharziosi o Ematuria d'Egitto, per la sua grande diffusione soprattutto nel delta del Nilo⁴². Tuttavia, anche a Sànaa, Sarnelli ha potuto constatare una larga diffusione, soprattutto tra la popolazione addetta ai lavori agricoli, di questo trematode "sanguicolo". Scrive Sarnelli: "il concetto della infestazione da vermi è comunque assente nella popolazione"; il che equivale a dire che non ne ha praticamente consapevolezza⁴³.

Frequenti inoltre le dissenterie da protozoo, in particolar modo da *Entamoeba histolytica*; meno osservate le dissenterie da Flagellosi, Balantidiosi, Giardiasi e Coccidiosi. Per quanto concerne le localizzazioni sottocongiuntivali, Sarnelli ne ha osservate soprattutto nella Dracunculosi, nella Bilharziosi e nella Ossiurosi. Quanto alla malaria, Sarnelli la definisce "la malattia dominante di tutto lo Yemen", e con l'aiuto del "laboratorio italiano" è riuscito a distinguerla dalla frequente Febbre biliosa emoglobinurica; quest'ultima, a differenza della malaria, è causata da una spirocheta anziché dal plasmodio, con ospite intermedio, un artropode, il pidocchio, anziché un insetto, la zanzara. Molto colpiti sono risultati, sia i bambini che gli adulti, dalle Leishmaniosi, tanto la forma viscerale, il cosiddetto Kala-azar indiano, che la tegumentale (detta anche cutaneo-mucosa mediterranea), con predilezione per le parti molli del naso; quest'ultima viene soprannominata *Ufia* dagli indigeni, ed è da loro assai temuta per i possibili esiti deturpanti a carico del volto⁴⁴. Se colpisce un bambino, specie in una sede all'arto inferiore, la diagnosi differenziale va fatta con il non raro *Ulcus tropicum*, oppure, nell'adulto, in

⁴² Dal nome del medico tedesco Theodor Bilharz (1825-1862), che scoprì in Egitto, nel 1851, l'elminto responsabile della grave e ubiquitaria malattia, e che determina a lungo andare neoplasie soprattutto vescicali.

⁴³ Nello Yemen di allora, come del resto era accaduto in Egitto, il primo sintomo della malattia, la frequente ematuria, veniva confusa con l'avvenuta pubertà dei giovani, quanto meno di quelli a stretto contatto con le zone irrigue; cfr. qui A. PRINZIVALLI, *Comunità italiana e sanità in Egitto (XIX-XX secolo). L'Ospedale italiano Umberto I al Cairo*, "Rivista di Storia della Medicina", Anno XIV NS (XXXV), Fasc. 1-2, gennaio-dicembre 2004 (supplemento), pp. 47, 48.

⁴⁴ T. SARNELLI, *Presenza di leishmaniosi muco-cutanee sugli altipiani dell'Arabia Sud-occidentale*, Archivio Italiano di Scienze mediche e coloniali", Fasc. III, XII, Modena 1933.

prevalenza con il cosiddetto Bottone d'Oriente⁴⁵. Come abbiamo accennato sopra, è qui che Sarnelli avverte il medico europeo di tener conto “in ogni genere di ‘piaga’ o ‘ulcera’ dell’esperienza ed intuito indigeni”, e spesso con risultati positivi, nel trattare “con metodi e ricette rapidamente e sorprendentemente efficaci”, onde evitare quegli spiacevoli confronti che ne possono derivare, specie nei possibili non rari insuccessi con il “trattamento occidentale”⁴⁶. È risultata invece poco frequente, nella penisola arabica, la Framboesia da spirocheta, dovuta al *Treponema pertenue* di Castellani (1905), ritenuta in seguito a giusto titolo una sifilide modificata da razza e clima⁴⁷. Numerose al contrario le infezioni tifoidee o tifo-simili, le cosiddette Eberth negative. Numerose pure le febbri ricorrenti del gruppo esantematico, da pidocchi e da zecche, osservate da Sarnelli in gran numero nei militari locali in precarie condizioni igieniche, spesso con diffusione endemica o epidemica. La lebbra pure è presente spesso “in focolai leprosimi intensi” (Sarnelli) e in ogni sua forma, anche deturpante e neurologica, e pure in ogni regione, non esclusi gli sperduti villaggi yemeniti a 3000 metri di altitudine. Come si può immaginare, è malattia molto temuta dagli indigeni, attribuita da loro a “cause umorali e al freddo secco”, stigmatizzata peraltro dai *Hadith* – i ‘Detti’ e ‘Fatti’ del Profeta Maometto (570-632) –, di cui uno è alquanto significativo e conciso: “Fuggi dal lebbroso, come fuggiresti da un leone”. Pure qui Sarnelli scrive: “La malattia sfugge, negli stadi iniziali, alla loro nozione” e, come detto sopra, spesso inizialmente viene confusa con altre patologie, tra queste la non rara leucodermia trofoneurotica. Ben documentato da Sarnelli l’unico suo caso osservato e trattato di un militare affetto da un serio micetoma plantare, detto anche piede di Madura.

⁴⁵ Nessun'altra patologia, come questa “efflorescenza”, il Bottone d'Oriente, si è fregiata di plurime, suggestive denominazioni, nota anche come Bottone del Cairo o del Nilo; Bottone d'Aleppo o rosa di Bagdad; queste ultime due, uno di noi ebbe modo di sentirle pronunciare dal Direttore della Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Padova, Francesco Flarer (1899-1986), insigne clinico e ricercatore, in particolar modo, delle leishmaniosi cutanee; cfr. in proposito FRANCESCO FLARER, Treccani, “Dizionario Biografico degli Italiani”, vol. 48 (1997).

⁴⁶ Concetto già espresso in passato da Sarnelli in occasione di una relazione, poi pubblicata presso *Conferenze di Patologia Coloniale*, 26, Firenze 1925, p. 90.

⁴⁷ Cfr. G. VERNONI, *Trattato cit.*, pp. 1008-1011.

Ma non è l'unico caso di micosi cutanea. Micosi da altre cause sono capitate alla sua osservazione, come pure micosi a localizzazione viscerale, tipo la Moniliasi bronco-polmonare. Citato e, come al solito, documentato, infine, anche il non raro cheratoma plantare, osservato peraltro con distribuzione famigliare.

Un capitolo importante lo dedica Sarnelli, come d'altronde il suo Maestro Franchini⁴⁸, all'Ofidismo, sia ai Viperidi che agli Scorpionidi e Aracnidi, considerati velenosi e pure letali, questi ultimi in casi accaduti in certe aree geografiche ben evidenziate dello Yemen. E non solo in Arabia, ma la stessa importanza aveva assunto per Sarnelli il problema variegato dell'Ofidismo, già a lui noto, nell'Africa Orientale Italiana (Eritrea, Somalia, Libia). Molti degli esemplari (serpenti, scorpioni e ragni) provenienti dallo Yemen, o da altrove, sono poi stati inseriti e catalogati presso il Museo di Zoologia coloniale di Modena.

Un altro capitolo “degno di studio” per il Sarnelli è quello sulle “Alterazioni neuro-psichiche” osservate negli indigeni, da lui documentate anche con brevi sequenze fotografiche, un capitolo che lui considera “assai negletto della Patologia tropicale”⁴⁹. Egli cita la sindrome del *Làtah*, “abbondantissima” nello Yemen, “già da me descritta nelle Colonie della Tripolitania nel 1923”⁵⁰, oltre a “molteplici fenomeni di “Osessione”, “Possessione” e di “Isterismo”, dal contenuto più o meno mistico”⁵¹.

Infine, dopo la “digressione” di cui sopra, ancora un cenno sulla patologia oculare per eccellenza nello Yemen: il tracoma nei suoi tre stadi, quello florido, il panno

⁴⁸ Cfr. FRANCHINI, GIORDANO, *Patologia e Parassitologia* cit., pp. 747-759.

⁴⁹ Ivi, pp. 863-865. Franchini descrive nel capitolo delle psicosi, una forma di “mimicismo” osservato nei paesi tropicali, e cita in particolare Sarnelli che per primo ha evidenziato, sia in Nord-Africa che nello Yemen, questa malattia caratterizzata da un “ecomatismo” (il paziente ripete parole e gesti di altre persone presenti, assumendo a volte carattere violento, fino al possibile eccesso delittuoso), denominata *Làtah*, dalla patogenesi incerta. Cfr. inoltre per tale argomento, M. SCARFONE, *La psichiatria coloniale italiana. Teorie, pratiche, protagonisti, istituzioni, 1906-1952*, Tesi Dottorato, Università Ca' Foscari (VE), M-STO/04, 2014.

⁵⁰ T. SARNELLI, *La malattia del latak in Tripolitania*, “Giornale di medicina militare”, 2, 1924, pp. 104-107.

⁵¹ T. SARNELLI, *Magia e misticismo nella medicina indigena delle nostre colonie*, “Bollettino Regia società geografica di Roma”, 5-6, maggio-giugno, 1937, p. 473.

corneale e l'esito in cicatrice⁵². Nei due anni trascorsi nell'altipiano dello Yemen, in un periodo ancora incerto sul dato eziopatogenetico della malattia⁵³, Sarnelli non si limitò a trattare la malattia, ma fece indagini dettagliate specie presso la popolazione infantile scolastica, rilevando dati clinici e distributivi che lo condussero a dare peso, nel determinismo della malattia, oltretutto alla "energia raggiante solare", anche, come sopraddetto, a quei fattori antropologici e razziali tra due Continenti, tra Eritrea e Yemen, sia pur "analoghi e omologhi per clima, latitudine, altitudine e condizioni sociali"⁵⁴.

Poiché lo stato di salute di una Nazione va di pari passo con lo stato igienico della stessa, a Sànaa, durante i due anni di permanenza, Sarnelli rivolse la sua attenzione anche alle condizioni della città (strade, abitazioni, mercati, caravanserragli e terme), trovandole alcune di esse "[...] di una vera singolarità". Constatò inoltre che, anche tra gli yemeniti di modesta cultura, vigeva fino allora la dottrina, tratta dai libri antichi della Medicina araba⁵⁵, della cosiddetta *'ilm hifd as-Sihha* ("Scienza della conservazione della salute")⁵⁶, che comprende anzitutto l'igiene dell'alimentazione, nonché la cognizione dei poteri farmacodinamici di ogni cibo: "una Dietetica meticolosa e persino metafisica". Poi viene l'igiene del vestiario,

⁵² Scrive Sarnelli che spesso la non visibile congiuntiva tarsale superiore è la prima ad essere colpita nel tracoma; quindi, per una diagnosi precoce, l'unica che conta per evitare la progressione verso la cecità, è l'esame diretto da parte di un oftalmologo addentro alle malattie tropicali; argomento, del resto, da lui affrontato e segnalato sin dal 1918.

⁵³ Siamo all'inizio degli anni Trenta, e solo verso la fine dello stesso decennio, l'Istituto Pasteur di Tunisi, come accennato sopra, accerterà in via definitiva la causa della malattia in un ultravirus [vedi nota 19].

⁵⁴ Nello Yemen, Sarnelli affrontò il tracoma con approfondimenti su clinica e distribuzione della malattia, come del resto egli si era comportato, con la stessa malattia, anni addietro, anche in Eritrea, ovvero soffermandosi pure ad esaminare la popolazione nel bassopiano dello Yemen, presso il litorale attorno alla città di *al-Hudaydah* (Hodeida), dove si trattenne per un periodo dopo aver terminato la sua missione sanitaria a Sànaa.

⁵⁵ È il ripetuto "paradosso cronologico" che tanto colpì il nostro protagonista, per via di quella "straordinaria società yemenita di oggi ma che tuttavia vive con il pensiero medico di ieri [...] di questa Medicina sostanzialmente greca, passata per il crogiuolo arabo classico, è impregnata la mentalità yemenita" (Sarnelli).

⁵⁶ Trattasi pur sempre di una "Scienza" che viene messa in pratica in una società, come afferma appunto Sarnelli, "che non ha ancora alcuna nozione sul concetto di infezione e di infestazione".

del lavoro, del riposo, dei rapporti sessuali, del viaggio (in particolare, quello a scopo di pellegrinaggio alla Mecca o presso mausolei di *Imàm* in odore di santità), degli esercizi fisici, della cosmesi e dell'igiene femminile, della maternità e dell'infanzia, della vecchiaia, e così via.

L'espressione "paradosso cronologico" di Sarnelli è la chiave di volta che ora ci conduce, per via diretta, ad altre due delle sue pubblicazioni più significative e connaturate, in quel secondo campo di suo grande interesse da studioso, in quella duplice veste che sta intimamente unita in lui – forse come in nessun altro medico del suo tempo, del primo Novecento –, di medico tropicalista nonché di linguista attratto in contemporanea dalla Medicina indigena, comportamento che lo ha contraddistinto per tutto l'arco della sua vita professionale. Ancora una volta per Sarnelli, tutto nasce da un singolare, pregiato manoscritto del XIV secolo, a lui donato da un funzionario in età di *Sànaa*, allorché quest'ultimo venne a sapere dell'interesse particolare di quel medico italiano per la medicina degli Arabi. Si tratta di un manoscritto di Medicina compilato da un Re della dinastia sunnita dei Rasùlidi-Gassànidi⁵⁷, famiglia reale nota per avere sempre favorito la cultura delle scienze e delle lettere⁵⁸. La singolarità del manoscritto sta nel fatto che l'autore, il re al-Malik al-Afdal al-'Abbàs b. 'Alì (m. 1376) era noto come autore esclusivo di opere storiche, pur tuttavia in una famiglia conosciuta – il padre e alcuni ascendenti – per aver compilato delle opere mediche, dimostrando largamente competenze e familiarità anche nelle dottrine medico-farmacologiche⁵⁹. Assai deteriorato per

⁵⁷ Regno yemenita dal 1229 al 1454, durante il quale l'area geografica del Sud dell'Arabia conobbe un incremento politico ed economico da prosperità del commercio carovaniero, in seguito allo sviluppo del porto di Aden, diventato una delle basi della navigazione di allora nell'Oceano indiano; cfr. a questo proposito J. SOURDEL ET D. SOURDEL, *Dictionnaire* cit., pp. 703, 704.

⁵⁸ Cfr. in proposito L. LECLERC, *Histoire de la Médecine Arabe*, Paris 1876, copia anast. Rabat 1980, vol. II, p. 122.

⁵⁹ Il manoscritto è considerato un esemplare ricavato dall'originale, coevo all'autore vivente, quindi del XIV secolo, e porta, preceduto dalla *basmalah* (formula devozionale: *Nel nome di Dio, clemente misericordioso!*), il titolo *Kitàb al-lum'ah al-kàfiyah fi' l adwiyah as-sàfiyah*, tradotto da Sarnelli in "*Liber sufficiens* di Scienza ed Arte salutare". Venne da lui presentato al XXI Congresso Internazionale degli Orientalisti, a Parigi, nel luglio 1948, poi pubblicato presso la "Rivista degli Studi Orientali", Scuola Orientale Università di Roma, Vol. XXIV, Fasc. I-IV, Bardi Editore, Roma 1949.

l'uso continuo, specie nelle pagine concernenti la farmacologia (medicamenti semplici e composti), il manoscritto può essere definito un compendio in breve spazio (68 fogli) di tutta la medicina e l'igiene, da brani estratti da più autori classici, sia greci che arabi, spaziando dall'anatomia alla fisiologia, e poi alla patologia, organo per organo, “dalla testa ai piedi”, cause e cure, secondo lo schema classico di Avicenna, al quale l'autore si attiene in tutto e per tutto. I capitoli fatti risaltare da Sarnelli riguardano l'anatomia dell'occhio, ovviamente quella del tempo, con “il cristallino organo centrale della visione”⁶⁰, la Fisiognomica⁶¹, la Medicina interna, con notevole sviluppo delle febbri, specie la denominata da loro “sanguigna”, ossia la febbre da malaria pernicioso⁶², l'Igiene⁶³, la Farmacologia⁶⁴.

⁶⁰ Nel capitolo della farmacologia nelle malattie oculari, annotiamo con Sarnelli che l'autore mette in guardia sia dalle sofisticazioni dei colliri in generale, che dall'uso eccessivo di quelli composti. Per l'interesse in generale degli Arabi per l'oftalmologia e per lo studio dell'occhio umano, cfr. A. BORRUSO, *Avicenna, il poema cit.*, p. 120, nota 223.

⁶¹ Collocata dagli Arabi tra le scienze naturali, per la fisiognomica araba [*firāsa*] si veda T. FAHD, *Firāsa*, in *EI2*, vol. 2, Leyde-Paris, 1965, pp. 937-938. Per l'autore, sovrano yemenita, pur importante, la disciplina va tuttavia assai ponderata prima di ricavarne un giudizio definitivo sulla persona da valutare, in particolar modo se i segni raccolti si presentano contraddittori. Per il massimo approfondimento sulla fisiognomica araba, con le sue derivazioni dai Greci, si vedano gli scritti di ANTONELLA GHERSETTI, in particolare “*Il Kitāb Aristōtālīs al-faylasūf fī l-firāsa* nella traduzione di HUNAYN B. ISHĀQ”, *QSA* (Quaderni di Studi Arabi). Studi e testi, 4, Università Ca' Foscari (VE), Herder Editrice, Roma 1999.

⁶² T. SARNELLI, *Liber sufficiens cit.*, p. 85, nota 1. Qui Sarnelli ne approfitta per ricordare il dilemma creato dal medico marosticense, insigne naturalista, PROSPERO ALPINI (1553-1616), nel suo *De medicina Aegyptiorum*, conoscitore com'era... “solo di un po' di arabo egiziano appreso al Cairo” (Sarnelli), nel creare perdurante equivoco con la sua attribuita locuzione *dem el muja*, per indicare la malaria sanguigna (anziché *humma ad-damm*, come linguisticamente corretto da Sarnelli).

⁶³ Da segnalare nel capitolo Igiene che le bevande fermentate sono state trattate per esteso, forse per non incorrere in spiacevoli equivoci. Comunque si legge che il “vino da dattero” è consentito solo se preso “con moderazione”, come da *Hadith* (Tradizione) del Profeta, il quale in vita raccomandava di non superare il terzo giorno della fermentazione; cfr. in proposito A. PRINZIVALLI, *Cucina, dietetica e rimedi nell'Oriente islamico classico*, in “Studi in onore di Francesca Lucchetta”, *QSA* (Quaderni di Studi Arabi), Nuova Serie 11, Istituto per l'Oriente C.A. Nallino, Roma 2016, p. 101, nota 29.

⁶⁴ È il capitolo più esteso del compendio, e anche il più singolare in quanto segnala tutti i sinonimi dei semplici, in uso nelle varie regioni dello Yemen, compresi gli sperduti agglomerati di yemeniti stanziali tra le alture. Mette inoltre in luce anche i farmaci affini reperibili nella intera Nazione, citando vieppiù in proposito l'opinione di medici locali. Infine, segnala anche le possibili sofisticazioni. Viene ricordato anche un farmaco semplice vegetale “efficace nelle febbri di qualsiasi genere”, che tuttavia cambia

Il manoscritto si presenta in definitiva come il riassunto di un'opera a scopo didattico e divulgativo, che si rifà agli antichi autori celebri della Medicina araba, dal Sarnelli considerato "un epitome disinvolto e indipendente nel giudizio, come conviene ad un Re *filoiatra* per tradizione familiare"⁶⁵; si è visto come, in campo farmacologico, il manoscritto dimostri di integrare le antiche dottrine con le cognizioni dei medici yemeniti, nonché con la gente colta della variegata orografia del paese Yemen⁶⁶. E a questo punto è giunto il momento di chiederci: donde proviene questa "filoiatria" che accompagna, nell'intimo della propria cultura, molta gente arabo-islamica del passato, e non solo di secoli fa, e non solo come in questo ultimo frangente, di un sovrano yemenita di un secolo, il XIV, considerato dai più di ormai declino della Medicina araba classica? La risposta, ancora una volta, non può provenire che da un "etnoiatra tra i filoiatri", quale fu intimamente Tommaso

nome presso le popolazioni, appunto assai isolate, dello Yemen. Sviluppato infine anche l'elenco dei farmaci composti, e tra questi pure le "confezioni ospedaliere", di cui una che conta oltre quaranta ingredienti! Sempre presente, infine, nel capitolo farmacologico – nei manoscritti yemeniti in generale –, l'uso delle composte a base di frutta o di fiori.

Quanto ai poteri terapeutici specifici degli ortaggi dello Yemen, si veda ANDREA BORRUSO, AVICENNA, *Il poema* cit., p. 53, v. 166. Infine, per le specifiche virtù medicamentose, a carico dell'apparato bronco-polmonare, dell'uva bianca di Sanaa, si veda altresì T. SARNELLI, *Notizie preliminari* cit., p. 37.

Non va tralasciato qui quanto meno un accenno di riferimento all'uso del miele nel mondo arabo-islamico, a cominciare dal Profeta Maometto che ne raccomandava l'utilizzo prioritario in plurime occasioni, anche come medicamento; cfr. a questo proposito G. Canova, *Api e miele tra sapere empirico, tradizione e conoscenza scientifica nel mondo arabo-islamico*, QSA (Quaderni di Studi Arabi). Scienza e Islam, Studi e testi, 3, Università Ca' Foscari di Venezia, Herder Editrice, Roma 1999, pp. 79-81.

⁶⁵ In effetti, nel capitolo delle febbri, in particolare nella malaria perniciosa, il sovrano cita soltanto, e senza condividerne al riguardo, l'opinione di *Djālīnūs* (Galeno); sottolinea inoltre la sua estrema prudenza rispetto ai suoi autorevoli predecessori, quasi voglia differenziarsene, quando scrive di fisiognomica e di farmacologia, soprattutto di certi abusati o persino nocivi colliri.

⁶⁶ Una geografia fisica dei rilievi terrestri quella del territorio yemenita, che ha inciso su personalità, comportamento e tradizioni dei loro abitanti, unici e stravaganti persino nei loro enigmatici racconti fiabeschi, arricchiti da un patrimonio favolistico tutt'ora in studio; cfr. a questo proposito G. Canova, *Fiabe e leggende yemenite*, Franco Muzzio Editore, Roma 2002, pp. 19-24.

Sarnelli⁶⁷: uno studioso della “Medicina” più remota, arcaica, dei popoli indigeni d’Africa, e un cultore delle sfaccettature della Medicina araba classica⁶⁸, tramandata a tutt’oggi in seno a quel mondo musulmano, il cui Credo ha esortato i fedeli a trasformare l’iniziativa scientifica in una parte integrante della vita della comunità, attribuendo oltretutto agli uomini di scienza il titolo di “eredi dei profeti”⁶⁹. Fu pertanto dall’alto, da Maometto stesso⁷⁰, e a volte soffuso di un evidente misticismo⁷¹, che nacque un sacro rispetto per la medicina, accompagnato da un “ardente desiderio di apprenderla, di ‘cercarla’ ovunque” (Sarnelli), sicché quella rapida espansione sin dagli albori, sia religiosa che politica, del mondo musulmano, “fu accompagnata e seguita come da un proselitismo scientifico”⁷². E va oltre Sarnelli chiedendosi, e noi di concerto a ragion veduta diamo rilievo a quegli influssi profondi tradizionalistico-religiosi, presso un popolo dominato da una concezione teocratica della vita, se e quanto possano aver influito sul durevole divieto, per puro scrupolo religioso, della dissezione anatomica del corpo umano...

⁶⁷ Cfr. T. SARNELLI, *Etnologia ed etnoiatria*, “Rivista di antropologia”, XXXIII, 40-42, 1941, p. 397; cfr. pure T. SARNELLI, *L’etnoiatria o medicina indigena*, “Medicina e biologia”, I, 1942, pp. 395-407.

⁶⁸ T. SARNELLI, *La medicina araba*, in: *Caratteri e modi della cultura araba*, “Reale Accademia d’Italia”, Roma 1943, pp. 176-216.

⁶⁹ Cfr. AL-BOKHARI, *Hadith*, libro III, capitolo 10; cfr. inoltre M. ABDUS SALAM, *Il mondo islamico di fronte alla ricerca scientifica*, Levante [al-Mashriq] anno XXVIII, n. 3-4, Roma 1986, pp. 55, 56; cfr. pure A. PAZZINI, *Storia della Medicina*, “Società Editrice Libreria”, Milano 1947, Vol. I, pp. 370-375: qui, nel capitolo *La Medicina nel Mondo Arabo*, lo storico della Medicina, Adalberto Pazzini (1898-1975), cita il “pregevole studio” di Tommaso Sarnelli circa quella sapienza medica presente sin dai tempi preislamici – la detta *Giàhiliyyah* –, una cultura medica “fiorita di pari passo con la lingua araba e con la poesia”, che ricevette poi lo sprone dal Corano, dal Profeta Maometto stesso, nonché successivamente dalle Tradizioni, molte delle quali sono a sfondo sanitario, e nell’insieme “se ne contano oltre trecento per la medicina” (Pazzini).

⁷⁰ Il Profeta disse: “Chi muore per cercare la scienza muore martire (della fede)”; cfr. T. SARNELLI, *La medicina araba* cit., p. 179.

⁷¹ ... e disse ancora Maometto: “L’insegnamento della scienza ha il valore della preghiera”; ivi, p. 180.

⁷² *Ibidem*; ivi, p. 181. Cfr. inoltre e sempre a tale proposito G. COSMACINI, *L’arte lunga. Storia della medicina dall’antichità a oggi*, Editori Laterza, Bari 2011, p. 148: “... nel Libro rivelato [il Corano] un corpus di affermazioni su questioni mediche (la Medicina del Profeta) [...] una sorta di teologia medica nel farsi immanente come filosofia di vita e nell’incarnarsi come antropologia della salute e della malattia, conferiva alla medicina un’accezione vasta [...]”

Nei oltre due fervidi secoli delle traduzioni, dallo VIII al X, per opera a Baghdad dei medici nestoriani siriaci, “le opere principali dei Greci misero la veste araba” (Sarnelli)⁷³. Un ruolo di primo piano, tuttavia, nella gigantesca opera di trasmissione del sapere greco agli Arabi, lo ha svolto il definito “principe dei traduttori”, Hunayn ibn Ishàq (808-873), uno dei primi scienziati arabi ad interessarsi di ottica⁷⁴, cristiano nestoriano di Hira, non lontano dall’attuale Najaf, in Iraq, perciò di famiglia araba, motivo per cui rimarrà sempre invisibile alle ricordate famiglie di traduttori nestoriani di provenienza bizantina⁷⁵. Fanno seguito i secoli d’oro della Medicina araba, dal X al XII – ma è tempo per qualche figura luminosa anche nel XIII secolo⁷⁶ –, con una espansione del mondo islamico dall’Atlantico all’India, e con “l’amore arabo per la scienza” (Sarnelli) che viene assorbito da tutti i popoli conquistati,

⁷³ Cfr. in proposito T. SARNELLI, *La medicina araba* cit., p. 183. Circa le grandi famiglie di medici nestoriani, i Bakhtishu, i Masawayh, i Sarabiyun, i Tayfuri, traduttori per quasi tre secoli a Baghdad, al servizio dei califfi Abbàsidi, cfr. A. PRINZIVALLI, *Sviluppi dell’Anatomia nel Mondo Arabo del XII e XIII secolo*, Rivista di Storia della Medicina, Anno XV NS (XXXVI), fasc. 1-2, gen.-dic. 2005, p. 109, note 13, 14, 15.

⁷⁴ Hunayn tradusse i trattati di Galeno sull’occhio, nonché affrontò il problema del collegamento anatomico dell’apparato della visione con il cervello tramite i nervi ottici; cfr. qui M. SMITH, *L’optique arabe*, in “L’Âge d’or des sciences arabes”, IMA, Paris 2005, p. 229. Per l’importanza nel mondo arabo-islamico sia dell’Optica che dell’Oftalmologia, cfr. inoltre BORRUSO in Avicenna, *il poema* cit., p. 120, nota 223.

⁷⁵ Cfr. in particolare J. Habbi, *Le rôle de Hunayn, médecin et traducteur*, “Medicina nei Secoli”, Giornale di Storia della Medicina”, vol. 6, N° 2, ed. Delfino, Roma 1994, pp. 293-308. Sono numerose le fonti storiche su Hunayn ibn Ishàq (vedi voce “Fonti” – Bibliografia), a cominciare da Ibn Giulgiul (944-994), il più antico storico della medicina araba, per continuare con il pari per importanza, Ibn Abi Usaybi’ah (1194-1270), e poi con gli storici *tout court* Ibn al-Qifti (1172-1248) e Ibn Khallikàn (1211-1282), quest’ultimo oltretutto storico anche giurista, da Irbil, in Alta Mesopotamia, autore di un poderoso dizionario biografico universale, il quale scrisse: “Nessuno avrebbe potuto accedere agli scritti degli antichi Greci poiché nessuno tra gli Arabi conosceva la lingua greca”, anche se egli stesso poi conviene di fare eccezione appunto per Hunayn ibn Ishàq – Giovannizio per l’Occidente medievale –, citato infine da T. SARNELLI, *La medicina araba* cit., p. 191 per la sua “dirittura morale”, il suo grande Umanesimo.

⁷⁶ A. PRINZIVALLI, *Sviluppi* cit., pp. 118-127; T. SARNELLI, *La medicina araba* cit., p. 188. Qui, ambedue gli autori citano Ibn an-Nafis (1208-1288), denominato anche “il secondo Avicenna”, lo scopritore del piccolo circolo polmonare. Il primo autore cita inoltre, a cavaliere tra XII e XIII secolo, tale Abd al-Latif al-Baghdadi (1161-1231), definito un “vertice” della medicina islamica dagli storici francesi della medicina medievale, Danielle Jacquart e Françoise Micheau.

soprattutto da quei due persiani che abbandonano la loro lingua madre, per assimilare in arabo il sapere dei Greci, e costruire i due massimi sistemi della Medicina Araba: *al-Hàwì* (“il Continente”) di ar-Ràzì (865-925), latinizzato Rhazès, nato a Rayy (Teheran), e *Qànùn fī ‘t-tibb* (il “Canone della Medicina”) di Ibn Sīnā (980-1037), in Occidente noto come Avicenna, nato in un villaggio nei pressi di Boukhara⁷⁷. Se sono sei i nomi di rilievo elencati da Sarnelli nell’Oriente islamico, durante i secoli d’oro, uno in più ne viene da lui citato tra le grandi figure dell’Occidente musulmano. Ne conveniamo se, vogliamo credere, il settimo sia colui che “tentò di fondare un sistema medico sulla filosofia aristotelica” (Sarnelli)⁷⁸ tale, dal nome completo, Abū’l-Walid Muhammad ibn Ahmad ibn Muhammad ibn

⁷⁷T. SARNELLI, *La medicina araba* cit., pp.185-187. Aggiunge qui, con sagacia, Sarnelli, a proposito delle due monumentali opere, *Continente* e *Canone*: “[...] due sintesi poderose e ineguagliate, che forse i genuini Arabi non avrebbero saputo mai fare, ma che gli stessi Greci non avevano mai fatta, di dottrina *Canone* e di esperienza clinica *Continente* con ossequio al metodo clinico che hanno essi stesso creato basandolo sull’esercizio dell’arte, nei magnifici *bimāristān* (ospedali), il tutto nella lingua doviziosa del Corano, segno evidente di una loro consapevole arabizzazione”. E per dare maggior peso, se necessario, a questo processo di arabizzazione, egli cita, con pertinenza, un terzo eminente personaggio, persiano di educazione, sciita di fede, arabo nell’esprimere il pensiero scientifico, l’astronomo, matematico e naturalista – autore non da meno di un’opera importante di farmacologia – al-Birūnī (m. 1058), il quale con perspicacia scrive la frase rimasta memorabile: “Confesso che preferisco essere insultato in arabo e non esaltato in persiano”.

L’accorta affermazione di cui sopra del Sarnelli, a proposito in particolare del “Canone” di Avicenna, va di pari passo, e anche con più definizione, nello scritto di G. COSMACINI, *L’arte lunga* cit., p. 153: “... Egli [Avicenna] portava a compimento [nel “Canone”] l’operazione difficile e abile di staccare dal Corano la medicina popolare ed empirica, naturalmente inserita nella tradizione profetica, per ancorarvi invece una scienza medica filosofica ed elitaria, però consapevole dei propri limiti e pertanto esente da pericolose tentazioni invasive del campo teologico...”.

⁷⁸ [...] e qui noi che scriviamo, ambedue chirurghi, vogliamo ricordare un’altra grande figura, peraltro segnalata da Sarnelli, il chirurgo di Cordova az-Zahrāwī, latinizzato Abulcasis (m. 1013), che verrà definito dall’insigne anatomista e chirurgo Girolamo Fabrizio (Fabrici) d’Acquapendente (1533-1619), “il più grande dei chirurghi dell’antichità”. Sarnelli, nella sua opera, lo ricorda tra gli Umanisti Arabi di Spagna, poiché Abulcasis così si è espresso: “[...] da chirurgo non bisogna operare mai senza prima avere una diagnosi precisa [...] Iddio sorveglia i chirurghi durante gli interventi, e li ammonisce di non essere corrivi ad operare, per smania di guadagno”.

Rušhd, latinizzato Averroè (1126-1198), nato a Cordova, filosofo⁷⁹, medico⁸⁰ e *qadī* (giurista) tra Cordova, Siviglia e Marrakech⁸¹. Con Pietro d'Abano (1257-1315), filosofo e medico, lo Studio di Padova, è destinato a diventare il maggior centro dell'averroismo, con un carattere spiccatamente naturalistico⁸². Scrive infine icastico il Cosmacini:

In campo medico Averroè fu essenzialmente un rifondatore della medicina sulle basi della biologia aristotelica [...] nella sua opera – al-Kulliyāt, latinizzata *Colliget* – vi è il concetto destinato a fortuna di lunga durata, ovvero che la medicina è una scienza nella sua parte teorica e un'arte nella sua attuazione pratica⁸³.

Tra la fine del primo e l'inizio del secondo millennio avviene, “per amor di conoscenza anziché per brutta conquista materiale”⁸⁴, il percorso inverso della Medicina araba verso l'Europa, verso l'Italia in particolare. Anche qui, due soprattutto sono le figure di rilievo da ricordare che dedicheranno gran parte della loro vita a tradurre, per lo più dall'arabo al latino, una parte considerevole della

⁷⁹ Per lo studio di quell'alterno percorso attraverso i secoli del “averroismo latino”, l'indirizzo filosofico che trae origine dall'interpretazione data da Averroè al pensiero di Aristotele, attraverso i suoi tre commentari – “*Averois che 'l gran commento feo*” (Dante, *Inf* IV 144) –, si rimanda alla trattazione, tanto chiara quanto sintetica, dello storico della Filosofia, GREGORIO PIAIA, *La varia fortuna di Ibn Rušhd, alias Averroè*.

⁸⁰ Scrisse l'opera medica *Kitāb al-kulliyāt*, il *Colliget* nell'Occidente medievale, ovvero *Il libro delle cose generali [della Medicina]*. In campo medico, Averroè si distinse per il ruolo dato alla retina nella visione, e per aver constatato che il vaiolo non colpisce mai due volte lo stesso individuo; cfr. in particolare J.C. SOURNIA, *Histoire* cit., p.82.

⁸¹ Dal padre, giurista a Cordova, venne iniziato agli studi di giurisprudenza e di teologia.

⁸² Cfr. a questo proposito L. PREMUDA, *Da Fracastoro* cit., p. 197. Scrive lo storico della Medicina Loris Premuda (1917-2012): “L'Averroismo si era spostato da Parigi in Padova agli inizi del Trecento e per quasi quattro secoli vi aveva trovato fertile vita. A Padova la preparazione alla medicina si era attuata su basi aristoteliche (con Pietro d'Abano)”. Sottolinea Sarnelli: “Pietro d'Abano fece della sua scuola di medicina a Padova il centro di quello che fu poi detto ‘l'Arabismo medico’ [...] con Averroè penetrarono, soprattutto a Padova, i germi di una riscossa rivolta contro la tradizionale medicina dogmatica”.

⁸³ G. COSMACINI, *L'arte lunga* cit., p. 158.

⁸⁴ T. SARNELLI, *La medicina araba* cit., p. 197.

scienza araba, della medicina in particolare⁸⁵. Ricordiamo con Sarnelli, il “numida da Tunisi”, Costantino l'Africano (1015ca-1087) – conoscitore, non usuale per allora in area mediterranea, sia dell'arabo che del latino –, e Gherardo da Cremona (1114-1187) che si addottrinerà con la lingua araba nella Spagna musulmana. Il primo tradurrà a Montecassino “Il Continente” di Rhazès, il secondo a Toledo “Il Canone” di Avicenna. Traduzione dopo traduzione, “si giunge ai torchi di legno di Venezia, culla del libro stampato, città dell'Oriente e dell'Occidente, ove si raggiungeranno le undici edizioni veneziane sulle trenta europee del solo “Canone” di Avicenna (opera esaltata in Europa, e ricercata fino al Seicento)” (Sarnelli); e il Premuda di rinforzo: “...solo nell'ultimo decennio del Quattrocento escono dai torchi (a Venezia) di duecento tipografi ben millecinquecento opere”⁸⁶. Un tutto che condurrà alla mirabile primavera del Rinascimento medico italiano. Il rammarico per Sarnelli risiede semmai altrove; in quella progressiva, alterna, attraverso i secoli:

Reazione antiarabistica, una sorta di arabofobia, priva di serenità di giudizio, e fino alle aspre rampogne, e a volte, fino al vituperio [...] fino ad accusare Avicenna di tracotanza e i medici arabi tutti definiti una compagnia di venturieri; e il povero Pietro d'Abano, il medico arabista, tacciato di aver importato tra noi la pestifera semenza araba⁸⁷.

Prosegue poi il Sarnelli annotando i due storici della Medicina – l'italiano Francesco Puccinotti (1794-1872) e il francese Charles Victor Daremberg (1817-1872) –, ambedue “avversi agli Arabi in quanto meri raccoglitori, compilatori e

⁸⁵ Si tratta in gran parte di monaci provenienti da più parti dell'Europa: Scozia, Dalmazia, Francia, Germania, Italia; cfr. Abdus Salam, *Il mondo islamico* cit., p. 56; cfr. pure J.C. Sournia, *Histoire* cit., p. 83.

⁸⁶ Cfr. L. Premuda, *Da Fracastoro* cit., p. 31: “... e alle opere faranno presto seguito le prime illustrazioni anatomiche”.

⁸⁷ Affermazioni che a noi tuttavia appaiono un *déjà vu*, nel sopra descritto alterno percorso filosofico, attraverso i secoli, dell'averroismo latino, presso soprattutto lo *Studium* patavino.

divulgatori della medicina greca...”⁸⁸. E che dire allora del corrosivo e ironico grande pensatore, il castellano de La Brède, barone di Montesquieu (1689-1755), educato presso i padri Oratoriani di Francia, quando così si esprime: “[...] furono i Maomettani (i Mori di Spagna) che portarono le scienze in Occidente. Da allora non hanno mai voluto riprendersi ciò che ci avevano dato [...]”⁸⁹. E se non bastasse, che dire altro di quella idea averroistica dell'intelletto separato, definita una “mostruosa fantasticheria” dal filosofo naturalista Pietro Pomponazzi (1462-1525), laureato altresì in Medicina nello Studio di Padova, definizione rapportata dal Premuda⁹⁰. Tuttavia quello “spirito enciclopedico al pari di Aristotele che fu Averroè” (Jean-Louis Faure) non tarderà a riemergere⁹¹, rivalutato dallo storico bretone del periodo positivista Joseph-Ernest Renan (1823-1892)⁹², orientalista, docente di lingua ebraica e siriana-aramaica, legato da stretta amicizia, guarda caso, con il sopraricordato da Sarnelli, il grecista “arabofobico” Charles Victor Daremberg (1817-1872), ambedue e sin da giovani alla ricerca di manoscritti,

⁸⁸ Cfr. in proposito A. CASTIGLIONI, *Storia della Medicina*, Arnoldo Mondadori Editore, Verona, XII, 1948, vol. I, p. 238 e vol. II, p. 638.] Scrive Arturo Castiglioni (1874-1953) a proposito del parere *tranchant* dei due eminenti storici della Medicina: “[...] Non è giusto negare ogni e qualsiasi valore all'opera degli Arabi [...]”; inoltre, “[...] Al Puccinotti si può forse muovere l'appunto che egli si lascia talora sviare nel giudizio dalla rigidità delle convinzioni religiose [...]”.

⁸⁹ G. PIAIA, *La varia fortuna* cit., p. 305.

⁹⁰ L. PREMUDA, *Da Fracastoro* cit., p. 32. Spiega il Premuda che attorno al Maestro Pomponazzi si va raccogliendo, nello Studio di Padova, agli albori del Cinquecento, quella gioventù “desiderosa di nuove e libere idee”, avvertendole in quei maestri sì averroisti, ma pure anatomisti – come il da lui citato Alessandro Achillini (1463-1512) –, “dote essenziale per saper vedere attraverso la dissezione di cadaveri”. Per l'Achillini, cfr. anche P. CAPPARONI, *Profili bio-bibliografici di medici e naturalisti celebri italiani. Dal sec. XV al sec. XVIII*, “Istituto Nazionale Medico Farmacologico Serono”, Roma 1926, pp. 9-13.

⁹¹ Cfr. qui la prefazione di JEAN-LOUIS FAURE de l'*Académie de Médecine* in R. DUMESNIL, *Histoire illustrée de la Médecine*, Librairie Plon, Paris 1935, p. 10.

⁹² G. PIAIA, *La varia fortuna* cit., pp.306, 307.

separati peraltro da interessi geografici assai diversi, il primo attratto più che altro dal Vicino Oriente⁹³, il secondo dal mondo greco-romano⁹⁴.

Persiste poi il rammarico di Tommaso Sarnelli, anche se attenuato, quando affronta l'orientalista britannico Browne, poiché pure lui "poco tenero e neanche obiettivo con gli Arabi"⁹⁵. È tuttavia il momento di rasserenarsi del tutto quando Sarnelli prende in considerazione altri Autori da lui di seguito qui elencati. Tra questi ultimi citiamo anzitutto, d'accordo con Sarnelli, il tale J. Hirschberg, considerato dal Castiglioni, il maggior storico dell'Oculistica⁹⁶. Per poi ricordare uno storico della Medicina di casa nostra, il Capparoni, con le sue dotte riflessioni sulla medicina araba in Spagna, e sulla chirurgia di Albucasis⁹⁷. Quanto al naturalista

⁹³ Autore di una poderosa *Storia delle origini del cristianesimo* in otto volumi [con annessa la *Vie de Jésus*, 1863], E. RENAN scrisse inoltre *Averroès et l'averroïsme* (1852). Alla ricerca, sin da giovane seminarista, di "una fede che soddisfi sia ragione che cuore", Renan non cessò di pensare all'Oriente e fino all'ultimo: "[...] terra santa ormai l'Oriente [...] vi ho lasciato il meglio di me stesso", e qui si confronti in proposito *Dictionnaire des orientalistes de langue française*, Editions Karthala, Paris 2008 – Laudyce Réat, Renan Joseph-Ernest, pp. 811-813.

⁹⁴ Daremberg si dedicò in particolar modo alle opere di Ippocrate (460-370 a.C.), raccogliendo e traducendo in francese il vasto *Corpus hippocraticum*. Curò e tradusse anche i manoscritti di Celso (25 a.C.-50 d.C.), e gli scritti anatomici e fisiologici di Galeno (129-199 d.C.). Raccolse e curò frammenti di opere di Antillo (II sec. d.C.) e Oribasio (III sec. d.C.). Apportò nuove conoscenze alla Scuola medica salernitana; cfr. in proposito Castiglioni, *Storia* cit., vol. I, pp. 138, 189, 198, 224, 226, 269.

⁹⁵ EDWARD GRANVILLE BROWNE (1862-1926), inglese del Gloucestershire, nel Sud-ovest dell'Inghilterra, iranista esperto in lingue persiana e araba, laureato in Medicina a Cambridge, pubblicò nel 1921 la nota sua opera *Arabian Medicine*, ossia tre anni prima la mirabile scoperta (1924), presso la libreria Prussiana di Berlino, da parte di uno studente egiziano di lingue a Friburgo, del manoscritto diventato celebre, che descrive la scoperta del circolo polmonare "da parte dell'arabo cristiano di Siria del secolo XIII, Ibn an-Nafis" (Sarnelli).

⁹⁶ JULIUS HIRSCHBERG (1843-1925), oculista tedesco, il primo ad usare l'elettromagnete per l'estrazione di corpi metallici estranei dall'occhio, scrisse *La storia dell'Oculistica* in nove volumi (Lipsia, 1899-1918), "fonte storica preziosissima" (A. CASTIGLIONI, *Storia* cit., vol. II, p. 895), con particolare riferimento agli oculisti del periodo della Spagna musulmana in *Geschichte der Augenheilkunde bei den Arabern*, 1905.

⁹⁷ PIETRO CAPPARONI (1868-1947), docente di Storia della Medicina a Bologna, scrisse *La Medicina Araba nella Spagna fino a tutto il secolo XIII* (relazione svolta al Congresso Internazionale di Storia della Medicina, a Madrid, nel 1935), "Atti e Memorie dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria", 1936, pp. 176-190. Un dettaglio non da poco, Capparoni ipotizzò che gli strumenti chirurgici di Albucasis, raffigurati nei suoi manoscritti, subirono, nelle scritture successive, "alterazioni di forma, per colpa di

e botanico tedesco von Humboldt, egli considera gli Arabi quali i veri fondatori delle “scienze fisiche”, introducendovi il metodo scientifico-sperimentale da loro creato⁹⁸. Sarnelli chiude infine l'argomento citando il francese Sédillot, che ricalca il botanico von Humboldt riprendendo quell'*esprit scientifique* che caratterizzò gli Arabi, sin dai primordi dell'Islam⁹⁹: “uno spirito scientifico introdotto con la matematica, l'astronomia, la chimica, la fisica, e che coinvolse anche la medicina, ivi fornendo ‘alimento’ al metodo clinico, introdotto dagli Arabi, fin dal secolo VIII, nei loro *bimàristàn-madràse* (ospedali-scuole)” (Sarnelli)¹⁰⁰. In definitiva quindi – con buona pace sia per “arabofobici” che “arabofilici” –, il mondo islamico raggiunse una “capacità *laica* d'osservare (con la clinica) i malati, sviluppatasi precisamente nei

amanuensi non pratici della chirurgia”; cfr. di proposito PAZZINI, *Storia* cit., vol. I, pag. 394. Capparoni inoltre contribuì notevolmente alla cognizione degli antichi maestri salernitani.

⁹⁸ Alexander von Humboldt (1769-1859), nato a Berlino, fratello del linguista e letterato Wilhelm, fu pure un geografo e un esploratore instancabile, uno dei creatori della climatologia e dell'oceanografia; i suoi viaggi hanno inaugurato l'era delle moderne spedizioni scientifiche, cfr. qui *Enciclopedia Rizzoli-Larousse*, vol. VII, Milano 1966, pp. 626, 627.

⁹⁹ CHARLES-EMMANUEL SÉDILLOT (1804-1883) fu chirurgo a Parigi. Perfezionò la metodica della gastrostomia. Scrisse un *Trattato di medicina operatoria. Bendaggi e apparecchi* (1839). Netamente positivo e riassuntivo il suo parere sulla scienza arabo-islamica: “Ciò che caratterizzò la Scuola di Baghdad ai suoi inizi fu quello spirito scientifico che presiedeva ai loro lavori. Andare dal conosciuto allo sconosciuto, risalire dagli effetti alle cause e dalle esperienze scientificamente condotte, tali erano i principi dei loro maestri. Dal IX secolo, gli Arabi possedevano tale fruttuosa metodica, la quale sarebbe diventata, molti secoli dopo, nelle mani dei moderni ricercatori lo strumento delle loro più belle scoperte”.

¹⁰⁰ Cfr. J.C. SOURNIA, *Histoire* cit., pp. 79-81; cfr. pure E. PRINZIVALLI, *Sviluppi* cit., p. 129, nota 69. Chi scrive ha potuto visitare diversi di questi antichi ospedali, alcuni diventati musei, altri tutt'ora funzionanti, al Cairo, Damasco e Aleppo. In quanto ospedali con la funzione associata dell'insegnamento, califfi, emiri e sultani non vollero essere da meno tra loro, e presso questa medicina ospedaliera dell'Alto Medioevo arabo, i medici docenti parteciparono attivamente alla vita delle istituzioni, diventandone altresì storici e biografi.

Nelle loro *Rihla* (relazione di viaggio), anche noti viaggiatori arabi come Ibn Giubair (1145-1217), da Valenza, e Ibn Battùta (1304-1368), da Tangeri, descrissero con dovizia di particolari questi “ospedali motivi di gloria dell'Islam”.

grandi ospedali edificati dai Califfi”¹⁰¹; e questo tanto a partire dal IX secolo e in progressiva espansione¹⁰².

Se questo tanto di cui sopra è ormai chiarito, circa lo spirito scientifico applicato alle Scienze fisiche e poi alla Medicina, in seguito espanso a partire dal mondo arabo-islamico orientale, con il tramite soprattutto della Spagna musulmana, e con una “direzione oraria”, verso il mondo occidentale, non va tuttavia dimenticato che, a partire dalla seconda metà del Novecento, e verso ormai il terzo millennio, spesso “con forti implicazioni ideologico-politiche” (Piaia), i dibattiti, specie tra gli storici della Filosofia, persistono e si accentuano circa il pensiero attuale da attribuire sia ad Averroè che agli “averroisti”¹⁰³. Comunque, per tornare a noi qui, alla prima metà del Novecento, dopo il suddetto lungo rammarico, per Sarnelli giunge alfine il momento dell’auspicio. Dopo aver partecipato attivamente, nel 1934, con una relazione in lingua araba, ad una Conferenza in Palestina e in Transgiordania¹⁰⁴; dopo aver partecipato, nel 1939, al Congresso Internazionale di Oculistica, al Cairo, Sarnelli si lascia andare a un desiderio e a un augurio, che sono poi reciproci, con l’amico e collega di specialità Max Meyerhof¹⁰⁵, che l’Italia torni ad essere

¹⁰¹ Cfr. a proposito L. ANGELETTI, A. TOUWAIDE, *La medicina araba medievale. Presentazione*, Medicina nei Secoli, “Giornale di Storia della Medicina”, vol. 6, N° 2, Delfino Editore, Roma 1994, p. 268. Per il “processo di vivificazione delle scienze mediche” in ambiente ospedaliero cfr. inoltre F.R. ROMANI, *Sull’origine del modello islamico di ospedale*, *ibidem*, vol. 14, N° 1, 2002, pp. 69-99.

¹⁰² Cfr. G. COSMACINI, *L’arte lunga* cit., p. 144: “... dal IX secolo a Baghdad furono attivi tre ospedali gestiti dallo Stato...”.

¹⁰³ Cfr. in particolare gli accesi dibattiti che sono sorti – anzi scoppiati (“*éclaté*”) – dal 2008, circa le ultime “metamorfosi della islamofobia”, *Introduction* di P. BÜTTGEN, A. DE LIBERA, M. RASHED, I. ROSIER-CATACH, *Les Grecs, les Arabes et nous. Enquête sur l’islamophobie savante*, Fayard, Paris 2009, pp. 8-17, a seguito dell’opera, a dir poco singolare, di SYLVAIN GOUGUENHEIM, *Aristote au Mont-Saint-Michel. Les racines grecques de l’Europe chrétienne*, Seuil, Paris 2008; cfr. in proposito anche la conseguenziale domanda: “In che misura al mondo arabo (e quindi semitico) va riconosciuto un ruolo nella formazione dell’identità europea, tradizionalmente legata all’eredità greco-romana e quindi indoeuropea?” in PIAIA, *La varia fortuna* cit., p. 310.

¹⁰⁴ T. SARNELLI, *Gli antichi rapporti fra la Medicina Araba e la Medicina Italiana*, testo italiano in “Archivio Italiano di Scienze mediche e coloniali”, Roma 1934.

¹⁰⁵ MAX MEYERHOF (1874-1945), chirurgo oculista e orientalista tedesco – cugino di Otto, premio Nobel per la Medicina (1922) –, dedicò oltre un trentennio della sua vita, trasferendosi dalla Germania al Cairo, alla “minuziosa ricerca e traduzione di circa ottanta manoscritti relativi alla medicina araba

protagonista, come nei secoli che precedettero, nell'Ottocento e nel primo Novecento in particolare, per un connubio di studi, tra medici e arabisti, o medici arabisti, direttamente dalle fonti arabe e da materiali arabi, studi oggi purtroppo limitati – siamo nel 1942 – “a qualche raro contributo di filologi non medici”, e Sarnelli qui cita Giuseppe Gabrieli¹⁰⁶ e Michele Amari¹⁰⁷, quest'ultimo definito “il rigeneratore tra i suoi compatrioti della scienza dell'Oriente”¹⁰⁸. Auspica e augura infine Sarnelli che in quell'antico ospedale fondato nel 1284 dal sultano Qalàwùn, oggi moderno e funzionante ospedale oftalmico, da lui visitato nel 1939, sito nel cuore del Cairo medievale¹⁰⁹, rappresenti per tutto l'Oriente, “il germe di un sicuro risveglio, una linfa che prepara e aspetta la nuova primavera”.

Nel quinquennio che precede la Seconda guerra mondiale, Tommaso Sarnelli alterna le sue presenze in Italia con brevi periodi nell' Africa Orientale Italiana e nel Vicino Oriente, partecipando, per lo più in seno alla Società Italiana per il Progresso delle Scienze, e in qualità di libero docente in Clinica Oculistica e in Patologia e Igiene Coloniale, a congressi e conferenze, alternando argomenti medici con quelli storici concernenti la Medicina araba. Non è dato sapere la data precisa, attorno agli anni 1937-1938, in cui lascia l'esercito con il grado di Maggiore Medico. A partire dal secondo dopoguerra, la vita professionale e la vita *tout court* di

medievale” (Prinzivalli); tra questi le “*Dissertazioni sull'occhio*” del traduttore nestoriano arabo sopra ricordato Hunayn Ibn Ishàq (809/810-873), latinizzato Johannitius (Pazzini).

¹⁰⁶ GIUSEPPE GABRIELI (1872-1942), arabista nato a Melendugno (Lecce), bibliotecario dei Lincei e collaboratore dell'orientalista Leone Caetani (1869-1935). Scrisse varie opere di arabistica, tra cui *Dante e l'Oriente* (1920); *Avicenna* (1923); *Maimonide* (1924); *Averroè* (1924); *Hunàyn Ibn Ishàq* (1924); *Medici e scienziati arabi: Ali ibn Ridwàn* (1924); *Fakhr-al-din al-Razi* (1925).

¹⁰⁷ MICHELE AMARI (1806-1889), orientalista, storico e uomo politico, nato a Palermo. Scrisse la *Storia dei musulmani di Sicilia* (1854-1872); la *Biblioteca arabo-sicula* (1857-1887); *Le epigrafi arabiche di Sicilia* (1875-1885). Alcuni suoi scritti sono considerati capolavori della storiografia italiana dell'Ottocento.

¹⁰⁸ Cfr. in proposito *Dictionnaire des orientalistes de langue française* cit., - Geneviève Humbert, Amari Michele, p. 13.

¹⁰⁹ Chi scrive ha potuto visitare, al Cairo, nel 2003, l'attivo Ospedale Oftalmico Qalàwùn, attiguo e all'interno stesso del maestoso ospedale storico – con vestigia tutt'ora ben conservate –, voluto dal sultano mamelucco al-Mansurì Qalàwùn, durante il suo regno (1280-1290). Vi insegnò anche il medico damasceno Ibn an-Nafis (1208-1288), il sopraricordato celebre scopritore del piccolo circolo polmonare.

Tommaso Sarnelli entra in un cono d'ombra. La sua doppia attività di medico e di linguista lo divide tra Roma e Napoli, e la sua frequentazione a Modena presso l'Istituto dapprima, e poi Clinica delle Malattie Tropicali, si dirada dopo la morte prematura, avvenuta a 59 anni, nell'estate del 1938, del suo Maestro Giuseppe Franchini. A Modena, nonostante le peripezie subite dal museo di Zoologia Coloniale, legate ai trasferimenti presso varie strutture della città, quel museo definito, a ragion veduta, "unico nel suo genere" di parassitologia, di zoologia coloniale, e di reperti della Medicina Indigena, alle quali aveva largamente contribuito anche il Sarnelli, vicende ulteriormente complicate da un periodo di nomine brevi alla direzione della Clinica delle Malattie Tropicali, il tutto aggravato assai dagli anni difficili della seconda guerra mondiale, pur tuttavia, il Museo di Medicina Tropicale alfine riuscì a mantenere la sua preziosa, estesa e variegata collezione¹¹⁰. A Napoli, Sarnelli mantenne a lungo, e per vari anni nel dopoguerra, incarichi d'insegnamento presso l'Istituto Orientale, ove si era formato come linguista arabista, e in dialetti berberi¹¹¹. Noi vogliamo concludere questo variegato, complesso profilo di medico tropicalista e di linguista, professati ambedue a livelli non comuni per dedizione e scienza, con la memoria che ci ha lasciato l'orientalista Francesco Gabrieli (1904-1996), figlio del sopra citato Giuseppe, l'arabista che fu uno dei mentori, nonché amico stretto di Sarnelli; una memoria che può apparire malinconica, e lo è, ma crediamo, dopo aver analizzato gran parte dei suoi scritti, anche sincera di Tommaso Sarnelli:

¹¹⁰ A Modena, Paolo Croveri (1887-1939), già direttore (1915-1919) dell'Istituto sierovaccinogeno di Merca in Somalia, succedette a Franchini, ma per pochi mesi in quanto morì all'età di 52 anni; a sua volta la successione spettò a Giovanni Serra (1894-1959), direttore degli "Annali di Patologia Tropicale e Parassitologia", il quale diresse la Clinica delle Malattie Tropicali di Modena negli anni drammatici della seconda guerra mondiale; cfr. in proposito Giuseppe Armocida, *Paolo Antonio Teresio Croveri*, in "Dizionario Biografico degli Italiani", Istituto dell'Enciclopedia Italiana, vol. 31, Roma 1985; cfr. pure Elena Corradini, *Percorsi di valorizzazione per i Musei Anatomici di Modena: il Museo Ostetrico, il Museo Anatomico, il Museo Etnografico Antropologico e il Museo di Medicina Tropicale*, "Museologia Scientifica", 5 (1-2), Roma 2011, pp. 105, 106.

¹¹¹ Cfr. in particolare Anna Maria Di Tolla, nella Introduzione agli *Scritti in onore di Francesco Beguinot (1879-1953)*, in occasione del Centenario della istituzione della Cattedra di Studi berberi (1915-2015) presso "L'Orientale" di Napoli [cattedra a lui affidata], UNIOR, Napoli, 2015, p. 24. Tommaso Sarnelli è qui ricordato tra i primi Allievi berberologi dell'Istituto.

Il 15 dicembre 1972 si è spento silenziosamente in Napoli il dottor Tommaso Sarnelli, medico africanista e appassionato studioso della medicina indigena nel mondo musulmano. [...] Formatosi nell'epoca coloniale, Sarnelli precorse i tempi guardando al mondo indigeno d'Africa, e alla sua cultura arabo-islamica, non da colonialista, ma se è lecito il termine, da missionario laico, animato di profondo rispetto e calda simpatia per la fede, le tradizioni, le aspirazioni di quei popoli, cui la sua scienza medica e l'esperienza linguistica gli aprivano più diretto e confidente accesso. Questo atteggiamento e queste convinzioni non giovarono allora alla sua carriera, e il suo carattere modesto e fiero a un tempo lo fece restare, anche nel campo degli studi, un isolato. In termini più generali, fu troppo signore, onesto e generoso, per avere fortuna nella vita, e la vita lo ripagò come suole ripagare di solito quelle virtù. Ma qualche amico in Italia, e fors'anche in quel tanto mutato Oriente musulmano che egli studiò ed amò, lo ricorda fedelmente, e ne onora la memoria¹¹².

Una mesta memoria che facciamo pure nostra dopo aver conosciuto Tommaso Sarnelli attraverso i suoi scritti, leggendoli anche tra le righe.

Postilla

(Analisi delle *parole chiave*)

Positivismo

L'anno 1890 in cui nasce Tommaso Sarnelli, protagonista della nostra opera, è anche l'anno in cui viene pubblicato *L'Avenir de la Science* del sopra ricordato storico e filologo francese Ernest Renan (1823-1892); dopo quanto egli scrisse nel 1848, decide che è giunto alfine il momento propizio di renderlo noto, poiché ritiene che aspirazioni e speranze della seconda generazione del XIX secolo, quelle di una Scienza quale soluzione "*du grand problème des choses*", abbia raggiunto ormai il

¹¹² F. GABRIELI, *In memoria di Tommaso Sarnelli*, "Oriente Moderno", anno: LIII/2, s. 182, Roma 1973.

suo vertice, quello che si identifica nel pensiero positivista. Alla ricerca di una fede che soddisfi allo stesso tempo ragione e cuore, scrive Renan¹¹³:

Il bello autentico, quello che non si adagia sulle finzioni della fantasia umana, è celato nei risultati dell'analisi. Dissecare il corpo umano è distruggere la sua bellezza, pur tuttavia, tramite la dissezione, la scienza giunge a riconoscerne una bellezza di un ordine ben superiore a quella che uno sguardo superficiale non avrebbe supposto [...] il mondo vero che la scienza ci rivela è assai superiore al mondo fantastico creato dall'immaginazione.

Medicina tropicale e Oculistica tropicale.

Dopo le scoperte di Pasteur e collaboratori, il progressivo uso del microscopio conduce al rapido progresso della batteriologia e della parassitologia, specie nel campo della malariologia. Allo stesso tempo, le esigenze dettate dalla espansione coloniale daranno la spinta alla nascita e allo sviluppo della Medicina tropicale. Scrive lo storico della Medicina Jean-Charles Sournia¹¹⁴:

La lotta contro le infezioni è indubbiamente una delle grandi innovazioni della seconda metà del XIX secolo tramite sia la prevenzione che la lotta contro gli insetti vettori, nonché la soppressione dei microbi, e all'inizio del Novecento, i successi continueranno a moltiplicarsi.

Nel 1936, a Tripoli, al *Congresso Coloniale della Scienza Italiana*, Tommaso Sarnelli così si esprime¹¹⁵:

Non abbiamo ancora in Italia alcuna istituzione che di questa speciale materia – l'Oculistica tropicale – si occupi. Per le necessità dell'Impero, ora, e di una Medicina tropicale di ampio respiro, dobbiamo insistere nell'auspicare che, nella Madrepatria

¹¹³ CHEVAILLIER, AUDIAT, *Les textes français* cit., pp.1423, 1424.

¹¹⁴ J.-C. SOURNIA, *Histoire* cit., pp.228, 229.

¹¹⁵ T. SARNELLI, *La cecità* cit., p. 24.

anzitutto, si crei un centro di studi e di ricerche d'Oftalmologia tropicale [...] una scuola di specializzazione, per la formazione degli oculisti coloniali.

Medicina araba e Medicina indigena.

Sia nei versetti coranici che nella cosiddetta “medicina del Profeta” abbondano le affermazioni su questioni mediche. Scrive a tale proposito lo storico della Medicina Giorgio Cosmacini, medico, laureato in Filosofia¹¹⁶:

Questa sorta di teologia medica, nel farsi immanente come filosofia di vita e nell'incarnarsi come antropologia della salute e della malattia, conferiva alla medicina un'accezione vasta. La medicina veniva a comprendere, oltreché gli aspetti tecnici dell'arte, cioè i ‘mezzi’ di diagnosi e cura, anche i ‘fini’ propri del curare, cioè il farsi carico degli individui sani-malati nella loro dimensione integrale, somatica e psichica, e nella totalità dei loro rapporti di appartenenza, familiari, tribali, comunitari, ambientali. [...] Accanto alla predominanza rurale e tribale dei pratici, esisteva una sempre più nutrita schiera di medici professanti l'arte nei ‘maristàn’ cittadini sulla falsariga dei testi tradotti, assimilati, metabolizzati, riscritti.

Scrisse Tommaso Sarnelli nel 1943 a proposito della compenetrazione (in Africa come in Arabia) tra Medicina araba, classica, e la Medicina indigena, popolare¹¹⁷:

Trovai ovunque, e persino nel fiorente Mysore (India), testimonianze locali della vitalità persistente della Medicina Araba, studiata su antichi testi arabi, nelle scuole che preparano i medici musulmani “all'indigena”, e applicata con i necessari emendamenti, alla clinica; e laddove questa Medicina classica si presentava fievole o addirittura mancante, v'era sempre il libro di medicina popolare dell'antica sapienza profana, dalla compagine prevalentemente magica o magico-religiosa, che le tipografie a buon mercato del Cairo stampano copiosamente e diffondono per tutta l'immensa orbita islamica.

¹¹⁶ G. COSMACINI, *L'arte lunga* cit., pp. 148, 149.

¹¹⁷ T. SARNELLI, *La medicina araba* cit., p. 207.

Museo di Medicina Tropicale.

Scriva Elena Corradini dell'Università di Modena nel suo lavoro di Museologia del 2011¹¹⁸:

L'Istituto di Patologia Coloniale fondato a Modena nel 1930 da Giuseppe Franchini assunse nel corso dell'anno accademico 1934-35 il nome di Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali con annesso Centro Studi per la Medicina Indigena dei Paesi Tropicali e Museo Coloniale. Si trattava di un Centro unico in Italia, realizzato sul modello dell'Istituto Pasteur di Parigi, dove lo stesso Franchini era stato allievo e poi successore del premio Nobel Alphonse Laveran. Il museo comprendeva le diverse branche della parassitologia ¹¹⁹, una vasta collezione di moulages di molte malattie esterne, e una interessante e originale collezione di gran numero di medicinali e di piante medicinali adoperate dagli indigeni e di quei mezzi amuleti che la superstizione loro consiglia per l'allontanamento di morbi e degli influssi maligni.

La lingua araba.

Per la quinta e ultima *parola chiave* si deve ritornare, giocoforza, allo storico e filologo bretone, Ernest Renan (1823-1892), nella duplice veste di scrittore, nel 1858, di una *Histoire générale des langues sémitiques*, e in quanto amico dall'adolescenza dello scienziato, il chimico Marcellin Berthelot (1827-1907), curatore tra i lessicografi della *Grande Encyclopédie, Inventaire raisonné des sciences, des lettres et des arts*, i quali si erano già espressi per quella "ricchezza stupefacente delle parole nella lingua araba". Scrisse allora Ernest Renan¹²⁰:

Il latino è stato parlato dalla Campania alle Isole Britanniche, dal Reno all'Atlante; il greco dalla Sicilia al fiume Tigre, dal Mar Nero all'Abissinia. Cosa mai a paragone

¹¹⁸ CORRADINI, *Percorsi di valorizzazione* cit., pp. 105, 106.

¹¹⁹ Non mancavano assai numerosi i rettili, nonché gli artropodi, questi ultimi conservati con la tecnica entomologica; cfr. in proposito Franchini, Giordano cit., pp. 867-877.

¹²⁰ Cfr. J. PRUVOST, *Nos ancêtres les Arabes. Ce que notre langue leur doit*, JCLattès, Paris 2017, pp. 28, 29.

con l'impero immenso della lingua araba, che abbraccia la Spagna, l'Africa fino all'Equatore, l'Asia meridionale fino a Giava, la Russia fino a Kasa?¹²¹.

*L'arabista Daniela Amaldi scrive*¹²²:

“L'arabo ('arabiyya) si impose nel Vicino Oriente sostituendosi lentamente alle lingue indigene, fra cui soltanto alcune, quali il copto, sopravvissero come idiomi di comunità religiose o di popolazioni con particolare identità come i Berberi”.

Bibliografia

Fonti

IBN KHALLIKÂN, *WAFAYÂT AL-A'YÂN* Dizionario degli uomini illustri ED. M. 'ABD AL-HAMÎD, Le Caire 1948-49, 6 voll., p. 455.

IBN GIULGIUL, *TABAQÂT AL-ATIBBÂ' WA'L-HUKAMÂ'*, Annali di medici e di sapienti, ed. F. Sayyed, CAIRO 1955, p. 68.

IBN AL-QIFTI, [*KITÂB*] *TA'RÎKH AL-HUKAMÂ'* Libro di storia dei sapienti, ED. J. Lippert, Leipzig 1903, p. 171.

IBN ABÎ USAYBÎ'AH, '*UYÛN AL-ANBÂ'Î* *TABAQÂT AL-ATIBBÂ'*, Fonti d'informazioni su classi differenti di medici, ED. A. Müller, al-Qàhira, CAIRO 1882, p. 257.

Letteratura secondaria:

D. AMALDI, *Storia della Letteratura araba classica*, Zanichelli editore, Bologna 2004.

¹²¹ Kazan è la capitale odierna del Tatarstan lungo il medio Volga, di fede islamica dal X secolo; Cfr. in proposito “l'ambasceria musulmana nel giugno 921 di Ibn Fadlân, nella sua *Risâla* (Racconto di viaggio)” in F. GABRIELI, *Viaggi e viaggiatori* cit., pp. 43-49; cfr. pure Charles-Dominique Paule in *Voyageurs arabes*, Gallimard, Paris 1995, pp.25-67.

¹²² D. AMALDI, *Storia della Letteratura Araba Classica*, Zanichelli, Bologna 2004, p. 5.

- L.R. ANGELETTI, A. TOUWAIDE, *La Medicina araba medievale, Presentazione*, in *Medicina nei Secoli*, Giornale di Storia della Medicina, vol. 6, N° 2, Delfino Editore, Roma 1994.
- AVICENNA, *IL POEMA DELLA MEDICINA*, a cura di ANDREA BORRUSO, SILVIO ZAMORANI editore, TORINO 1996.
- C. BONELLI, *Clima, razza, colonizzazione. Nascita e sviluppo della medicina tropicale in Italia (FINE XIX SEC. – METÀ XX SEC.)*, Dottorato di ricerca in Storia, Antropologia, Religioni, XXXI ciclo (Facoltà di Lettere e Filosofia), Università La Sapienza, Roma, a.a. 2018-2019.
- F. BUTTGEN, A. DE LIBERA, M. RASHED, I. ROSIER-CATACH, *Les Grecs, les Arabes et nous. Enquête sur l'islamophobie savante*, FAYARD, PARIS 2009.
- G. CANOVA, *Scienza e Islam, QSA* ("Quaderni di Studi Arabi"). Studi e testi, 3, Università Ca' Foscari (VE), Herder Editrice, Roma 1999.
- G. CANOVA, *Fiabe e leggende yemenite*, Franco Muzzio Editore, Roma 2002.
- L. CAPEZZONE, M. SALATI *L'islam sciita. Storia di una minoranza*, Edizioni Lavoro, Roma 2006.
- P. CAPPARONI *Profili Bio-Bibliografici di Medici e Naturalisti celebri italiani – Dal sec. XV al sec. XVIII*, Istituto Nazionale Medico Farmacologico "Seroni", Roma 1926.
- E. CORRADINI, *Percorsi di valorizzazione per i Musei Anatomici di Modena: il Museo Ostetrico, il Museo Anatomico, il Museo Etnografico Antropologico e il Museo di Medicina Tropicale*, Museologia Scientifica, Università di Modena, nuova serie, 5(1-2): 97-108, 2011.
- G. COSMACINI, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Editori Laterza, Bari 2011, pp. 140-165.
- A. DJEBBAR, *Storia della scienza araba. Il patrimonio intellettuale dell'Islam*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.
- R. DUMESNIL, *Histoire illustrée de la Médecine*, Librairie Plon, Paris 1935.
- F. GABRIELI, *In memoria di Tommaso Samelli*, "Oriente Moderno", Anno: LIII/2 (1973), Roma, s. 182.
- F. GABRIELI, *Viaggi e viaggiatori arabi*, Biblioteca Sansoni, Firenze 1975.
- G. GABRIELI, *Avicenna*, "Archivio di Storia delle Scienze", IV, Roma 1923.
- G. GABRIELI, *Averroè*, "Archivio di Storia delle Scienze", V, Roma 1924.
- G. GABRIELI, *Fakhr-al-din al-Razi*, in "Isis", Roma 1925.

- A. GHERSETTI, *Il Kitàb Aristàtalis al-faylasùf fī l-firāsa nella traduzione di Hunayn b. Ishāq*, QSA ("Quaderni di Studi Arabi"). Studi e testi, 4, Università Ca' Foscari (VE), Herder Editrice, Roma 1999.
- S. GOUGUENHEIM, *Aristote au Mont-Saint-Michel. Les racines grecques de l'Europe chrétienne*, Seuil, Paris 2008.
- J. HABBI, *Le rôle de Hunayn, médecin et traducteur*, "Medicina nei Secoli", Giornale di Storia della Medicina, vol. 6, N° 2, Delfino Editore, Roma 1994.
- R. LE COZ, *Les médecins nestoriens au Moyen Âge. Les maîtres des Arabes*, L'Harmattan édit., Collection "Comprendre le Moyen-Orient", Paris 2004.
- V. MARTINES, *La sanità militare marittima italiana e le malattie tropicali*, Tipografia Fotolito Moggio, Tivoli (Roma) 2023.
- M. MEYEROHOF, *Thirty-three clinical observations by Rhazes (circa 900 A.D.)*, in "Isis", 23, Roma 1935.
- M. MEYEROHOF, (T. SARNELLI), *Djarrah*, EI2, vol. II, 1963, 493-494.
- M. MEYEROHOF, *Studies in Medieval Arabic Medicine: Theory and Practice* (Variorum reprints), ed. Penelope Johnstone, London 1984.
- C.-D. PAULE, *Voyageurs arabes*, Bibliothèque de la Pléiade, Gallimard, Paris 1995.
- G. PIAIA, *La varia fortuna di Ibn Rušhd, alias Averroè*, Atti e Memorie dell'Accademia Galileiana di Scienze Lettere ed Arti in Padova, Memorie della Classe di Scienze morali Lettere ed Arti, vol. 129, parte II, a.a. 2016-2017, pp. 299-311.
- A. PRINZIVALLI, *Sviluppi dell'Anatomia nel Mondo Arabo del XII e XIII secolo*, Rivista di Storia della Medicina, Anno XV NS (XXXVI) fasc., 1-2 – gen.- dicem. 2005.
- A. PRINZIVALLI, *Ospedali e Medici italiani in Egitto tra Ottocento e Novecento*, Istituto per l'Oriente Carlo Alfonso Nallino, n. 6, Roma 2008, pp. 169-184.
- A. PRINZIVALLI, *Cucina dietetica e rimedi nell'Oriente islamico classico*, Studi in onore di FRANCESCA LUCCHETTA, QSA (Quaderni di Studi Arabi), Nuova Serie 11 (2016), Istituto per l'Oriente C.A. Nallino, Roma.
- J. PRUVOST, *Nos ancêtres les Arabes. Ce que notre langue leur doit*, JCLattès-éditions, Paris 2017.
- F.R. ROMANI, *Sull'origine del modello islamico di ospedale*, Medicina nei Secoli, Giornale di Storia della Medicina, vol. 14, N° 1, Delfino Editore, Roma 2002.

C. SARNELLI CERQUA, *I medici italiani in Egitto*, Rassegna Siciliana di storia e cultura, II/5, ISSPE, Palermo 1998.

T. SARNELLI, *La malattia del latak in Tripolitania*, Giornale di medicina militare, 2, 1924, pp. 104-107.

T. SARNELLI, *Notizie preliminari sui risultati della mia missione sanitaria nell'alto Yemen: con particolare riguardo alla medicina indigena*, "Archivio Italiano di Scienze mediche e coloniali", 15 (1934), pp. 1-43.

T. SARNELLI, *La cecità nei paesi coloniali e i mezzi per prevenirla*, "Giornale Italiano di Clinica Tropicale", N. 5, 1937, (XV).

T. SARNELLI, *Magia e misticismo nella medicina indigena delle nostre colonie*, Bollettino Regia società geografica di Roma, 5-6, maggio-giugno, 1937, p. 473.

T. SARNELLI, *Etnologia ed etnoiatria*, Rivista di antropologia, XXXIII, 40-42, 1941, p. 397.

T. SARNELLI, *L'etnoiatria o medicina indigena*, "Medicina e biologia", I, 1942, pp. 395-407.

T. SARNELLI, *La medicina araba in: Caratteri e modi della cultura araba*, Reale Accademia d'Italia, Roma 1943, pp. 176-216.

T. SARNELLI, *Il Kitāb al-Lum'ah al-Kafīyah fī'l-Adwiyah as-Sāfiyah* ["Liber sufficiens di scienza ed arte salutare"] di al-Abbās b. 'Alī b. Rasūl al-Gassānī, *Re del Yemen (sec. XIV)*, "Rivista degli Studi Orientali", Scuola Orientale Università di Roma, vol. XXIV, fasc. I-IV, Ed. Giovanni Bardi, Roma 1949.

M. SCARFONE, *La psichiatria coloniale italiana. Teorie, pratiche, protagonisti, istituzioni, 1906-1952*, Tesi Dottorato Università Ca' Foscari (VE), M-STO/04, 2014.

R. VALLERY-RADOT, *Le vie de Pasteur*, Ernest Flammarion Éditeur, Paris 1900.

Opere di riferimento (per ordine cronologico):

J.-R. CHEVAILLIER, P. AUDIAT, *Les Textes Français, XIXe – XXe siècles*, Hachette, Paris 1927.

G. FRANCHINI, M. GIORDANO, *Patologia e Parassitologia dei Paesi Caldi*, Stabilimento Poligrafico Artioli, Modena 1934.

A. CASTIGLIONI, *Storia della Medicina*, Arnoldo Mondadori Editore, 1936 (Verona 1948).

A. PAZZINI, *Storia della Medicina*, Società Editrice Libreria, Milano 1947.

- P.-G. CASTEX, P. SURER, *Manuel des Études Littéraires Françaises, XIXe siècle*, Hachette, Paris 1950.
- El2: *Encyclopaedia of Islam*, 2nd edition, Brill, Leiden, 1952- / 1960-
- R. Gayed, J. Nocera, R. CHAFFEY, *Dizionario Italiano-Arabo*, Editore Elias "Modern Press", Zaher, Cairo 1956.
- G. Vernoni, *Trattato di Patologia Generale*, 2 voll., Sansoni Edizioni Scientifiche, Firenze 1958.
- Enciclopedia Universale Rizzoli – Larousse*, XVIII voll., Rizzoli Editore, Milano 1966.
- L. LECLERC, *Histoire de la Médecine Arabe*, 2 voll., éd. E. Leroux, Paris 1876; Réédité Royaume du Maroc, Rabat 1980.
- R. GAYED, J. NOCERA, R. CHAFFEY, *Dizionario Italiano-Arabo* anno XXVIII, n. 3-4, Roma dicembre 1986.
- La Médecine au temps des califes. À l'ombre d'Avicenne*, IMA, Institut du Monde Arabe, Paris 1996.
- L. PREMUDA, *Da Fracastoro al Novecento. Mezzo millennio di medicina tra Padova, Trieste e Vienna*, La Garangola Tip., Padova 1996.
- M. RUTKOW IRA, *Storia illustrata della Chirurgia*, A. Delfino Editore, Roma 1996.
- J.-C. SOURNIA, *Histoire de la médecine*, La Découverte. Poche, Paris 1997.
- J. SOURDEL, D. SOURDEL, *Dictionnaire historique de l'Islam*, Quadrige. PUF, Paris 2004.
- Il Corano*, a cura di ALESSANDRO BAUSANI, BUR, Milano 2005.
- L'Âge d'or des sciences arabes*, Actes Sud, IMA Institut du Monde Arabe, Paris 2005.
- F. POUILLON (éd.), *Dictionnaire des orientalistes de langue française*, HSMM/Karthala, Paris 2008.
- E. BALDISSERA, *Dizionario Arabo compatto*, Zanichelli editore, Bologna 2017.

Pio Foà, appunti per una biografia nel primo centenario della morte.

Alberto Sarzi Madidini

Associazione Pro Loco di Sabbioneta (alberto.sarzimadidini@gmail.com)

Riassunto

Pio Foà: medico, professore universitario, scienziato, amministratore pubblico, educatore, filantropo nasce a Sabbioneta (MN) nel 1848 e muore a Torino nel 1923. Una vita intensa la sua: patriota al seguito di Garibaldi, una laurea in Medicina a Pavia, l'insegnamento prima a Modena e poi a Torino, le ricerche nel settore della microbiologia e della medicina sociale. Come politico fu consigliere e assessore a Torino e infine senatore a Roma. Si occupò della formazione dei giovani, si impegnò in opere sociali e condusse campagne contro il cancro e le malattie veneree. Uomo mosso da grandi ideali, ma molto pratico, promosse iniziative a favore delle classi disagiate.

Summary

Pio Foà: doctor, university professor, scientist, public administrator, educator, philanthropist was born in Sabbioneta (MN) in 1848 and died in Turin in 1923. His was an intense life: a patriot following Garibaldi, a degree in Medicine from Pavia, teaching first in Modena and then in Turin, research in the field of microbiology and

social medicine. As a politician he was a councillor and alderman in Turin and finally a senator in Rome. He dealt with the education of young people, engaged in social work and led campaigns against cancer and venereal diseases. A man of high ideals, but very practical, he promoted initiatives in favour of the disadvantaged classes.

Parole chiave

Medicina, scienza, insegnamento, patriottismo, politica, Sabbioneta

Keywords

Medicine, science, teaching, patriotism, politics, Sabbioneta.

Pio Foà, figura poliedrica di altissimo livello (medico, scienziato, docente, politico e educatore), ha dato un contributo significativo al progresso della medicina e delle scienze sociali segnando positivamente la seconda metà dell'Ottocento e l'inizio del Novecento.

I Foà, una grande famiglia europea

La cittadina di Foix, nel sud-ovest della Francia, è tradizionalmente considerata il luogo di origine del ceppo familiare dei Foà, proveniente dalla Spagna e stabilito qui nel Medioevo. Si trattava di ebrei sefarditi che, come tutti gli israeliti, nel 1394, furono espulsi dall'intero territorio francese durante il regno di Carlo VI. Successivamente, alla fine del Quattrocento, i vari rami della famiglia Foà si trasferirono in Italia, in particolare a Savigliano (Piemonte). Nei secoli successivi la famiglia si diramò in diverse regioni italiane variando anche il nome (Foà, Fuà, Foa) a seconda degli accenti dialettali delle nuove aree di residenza. A seguito delle leggi

razziali, emanate dal governo fascista nel 1938, molti membri della famiglia furono costretti a emigrare all'estero per continuare a esercitare le loro attività. Oggi si possono trovare famiglie Foà in vari paesi europei e nelle Americhe. Un famoso esponente della famiglia è stato l'attore Arnoldo.

All'inizio del Cinquecento, alcuni membri della famiglia si trasferirono dal Piemonte a Sabbioneta, nel ducato di Mantova, dove rimasero fino all'inizio del Novecento. Di questo vi sono testimonianze non solo nei documenti, ma anche nelle numerose lapidi presenti nel cimitero ebraico locale, esse ricordano diversi membri della famiglia Foà, tra cui Speranza, Davide, Archipace, Marco, Felice e altri.

Nel 1522, il duca di Milano concesse ai fratelli Vardimas e Tobia, figli di Lazzaro Foà, il diritto esclusivo di prestito a Casalmaggiore alle stesse condizioni previste per gli altri banchieri del territorio milanese. Già l'anno successivo i due fratelli Foà ottennero la qualifica di banchieri pubblici di Sabbioneta, con una residenza di proprietà, probabilmente situata nei pressi della rocca. Oltre all'attività di prestito, si dedicavano anche al commercio all'ingrosso di granaglie. Dalla loro base a Sabbioneta, i Foà riuscirono a controllare il mercato del denaro in un'area più ampia, come dimostra il fatto che nello stesso periodo erano segnalati anche come prestatori a Viadana. Fino alla metà del secolo i Foà raggiunsero un notevole livello di prosperità economica e furono autorizzati ad acquisire proprietà immobiliari la cui compravendita rappresentava una parte significativa delle loro attività.

Gli anni Cinquanta del Cinquecento rappresentano uno dei periodi più prosperi per la comunità ebraica di Sabbioneta, segnato dall'apertura di una stamperia da parte di Tobia Foà che ha contribuito a legare per sempre la fama della famiglia a questa attività. Durante il governo di Vespasiano Gonzaga, tra il 1551 e il 1559, vennero stampate alcune tra le migliori opere in lingua ebraica dell'epoca, sia per i contenuti sia per la qualità tipografica. Secondo alcuni studiosi, tali testi avrebbero contribuito a salvare la cultura ebraica europea nella seconda metà del Cinquecento.

Tobia Foà identificava i libri della sua stamperia con uno stemma, riprodotto sulla maggior parte dei frontespizi, che divenne il simbolo ufficiale della famiglia. Lo stemma raffigura una palma fiorita affiancata da due leoni rampanti rivolti l'uno

verso l'altro che sorreggono una stella di Davide, o scudo, e contiene le iniziali che significano "Tobia Foà Ichudi" (o Yehudi - ebreo), accompagnate dal motto "Il giusto come la palma fiorirà".

Oggi la stella di Davide è comunemente considerata il simbolo dell'ebraismo, mentre nel Cinquecento non lo era ancora; l'uso che ne fece la famiglia Foà fu quindi uno dei primi esempi in assoluto. L'attività di stampa non impedisce ai Foà di proseguire vantaggiosamente l'attività bancaria, ulteriormente favorita dalle iniziative urbanistiche di Vespasiano. Il nucleo della famiglia Foà, ormai notevolmente ramificato, mantiene il controllo del prestito per un'altra generazione, continuando così per buona parte del XVI secolo.

Nei secoli successivi, nel Seicento e nel Settecento, la presenza dei Foà a Sabbioneta diminuisce per poi tornare a crescere all'inizio dell'Ottocento quando, grazie a rilevanti operazioni economiche, la famiglia riesce ad accumulare un ingente patrimonio. Per esempio, Michele Isacco Foà riprende la tradizione locale della lavorazione dei bozzoli da seta impiantando dei filatoi, mentre Michele Bonajuto Foà contribuisce all'economia istituendo una fabbrica per la concia delle pelli nella frazione di Ponteterra. Queste attività danno lavoro a numerose persone, direttamente e indirettamente, attraverso l'indotto. Nell'Ottocento il gruppo familiare dei Foà, che risiede soprattutto nell'attuale via Bernardino Campi, diventa il principale nucleo della comunità ebraica di Sabbioneta e acquisisce una notevole importanza per l'economia cittadina, gestendo direttamente diverse attività, specialmente agricole, con l'acquisizione di corti e terreni nel territorio fino alla vicina Commessaggio (esiste ancora oggi una frazione chiamata Cantonazzo Foà). Alcune personalità della famiglia si sono distinte in vari ambiti nel corso dei secoli, come Emilio Foà, sindaco di Sabbioneta nella seconda metà dell'Ottocento, e Gabriele Foà, nato a Sabbioneta e poi divenuto rabbino in varie località, tra cui Moncalvo (Piemonte). All'interno delle mura della città gonzaghesca si trovano ancora oggi diverse abitazioni che un tempo appartenevano alle famiglie Foà.

Pio Foà, note biografiche

Sul registro delle nascite della comunità ebraica di Sabbioneta, in data 26 gennaio 1848, è trascritto l'atto di nascita di Pio Salomone Foà. Il padre Sabbadino Cesare e la madre Enrichetta Rabeno di Reggio Emilia abitano in via Belfiore accanto alla sinagoga locale dove si erano sposati dieci anni prima. Pio è il settimo figlio, abbiamo poche notizie riguardo ai suoi fratelli e sorelle ad eccezione di Pia che sposerà un cristiano e sarà la madre di Gino Solazzi, illustre professore universitario a Parma.

Pio sposa Beatrice, detta Bice, Foà a Sabbioneta nel 1876, una sua lontana cugina appartenente a un diverso ramo della famiglia Foà. La coppia si stabilisce a Modena dove Pio insegna presso l'università locale e nel 1878 nasce il loro primo figlio, Roberto. È probabile che il bambino sia morto in tenera età poiché non si hanno ulteriori notizie su di lui. Due anni dopo, nel 1880, nasce il loro secondo figlio Carlo che seguirà le orme paterne laureandosi in medicina e diventando anch'egli scienziato.

Pio trascorre l'infanzia a Sabbioneta che all'epoca faceva parte del Regno Lombardo-Veneto. Nel 1866, a diciotto anni, si arruola come volontario patriota e segue Garibaldi nella Terza Guerra d'Indipendenza guadagnandosi la medaglia d'oro al valor militare a Bezzecca. Rimarrà un fervente garibaldino per tutta la vita.

Gli studi e l'insegnamento lo portano a trasferirsi a Torino dove muore improvvisamente nella sua abitazione il 6 ottobre 1923 a causa di una crisi cardiaca. Al suo fianco ci sono la moglie Bice e la nuora Luisa, mentre il figlio Carlo, che insegna a Padova, viene avvertito via telegrafo, così come anche la prefettura e il Senato. La morte è del tutto inaspettata: Pio, infatti, si stava preparando per partire per Parigi dove doveva partecipare a un congresso europeo sul cancro.

Dopo la sua morte, qualcuno scrive: "Un grande ritratto di Garibaldi era appeso ai piedi del letto di Pio Foà, ed i suoi occhi di morente si fissarono certamente l'ultima volta su di lui, perché sulle labbra di Foà morto, aleggiava il sorriso". Le condoglianze giungono alla famiglia da ogni parte d'Italia.

I funerali si svolgono l'8 ottobre successivo e il quotidiano La Stampa ne offre un ampio resoconto. Il Municipio invia il carro di gala scortato dai carabinieri in alta

uniforme. Il corteo funebre, preceduto da due compagnie di fanteria, parte dalla sua abitazione per gli Istituti Anatomici del Valentino dove si tengono le commemorazioni ufficiali con i discorsi delle autorità. Sono presenti le rappresentanze del Governo, del Senato, del Comune, dell'Università, delle scuole torinesi, oltre alle autorità militari e i suoi colleghi professori universitari.

Pio Foà, uno dei promotori della SOCREM (Società per la Cremazione) in Italia, viene cremato secondo la sua espressa volontà e le sue ceneri sono conservate nella zona storica del Tempio Crematorio di Torino.

Pio Foà e Sabbioneta

Giovanissimo, Pio Foà lascia Sabbioneta per proseguire i suoi studi ma mantiene legami con la città natale per tutta la vita. Numerose volte, ormai celebre, è stato chiamato a Sabbioneta per impegni e rappresentanze istituzionali. L'episodio più noto risale al settembre 1903 quando, invitato dal sindaco Boni, partecipa alla giornata dedicata ai "Quattro Illustri", insieme al ministro della guerra Giuseppe Ottolenghi e agli altri due illustri clinici: Achille De Giovanni e Pietro Albertoni. È un evento memorabile, durante il quale vengono addirittura spostate all'esterno del Palazzo Ducale, allora sede municipale, le quattro sculture equestri dei Gonzaga. Nel suo discorso ai concittadini, Pio Foà, orgoglioso delle sue origini sabbionetane esprime il piacere di "... trovarsi in compagnia del forte agricoltore della campagna mantovana".

Nel 1914, l'amministrazione comunale di Sabbioneta propone l'abbattimento delle antiche mura gonzaghesche per presunte ragioni sanitarie: secondo il sindaco, le mura impediscono la corretta circolazione dell'aria, rendendo la città malsana. A sostegno di questa iniziativa viene pubblicato un opuscolo intitolato *Per l'abbattimento delle mura di Sabbioneta*. I promotori della proposta cercano ulteriore supporto scrivendo agli illustri sabbionetani tra cui De Giovanni, Albertoni e Foà. I primi due rispondono favorevolmente all'abbattimento, mentre nel libretto non viene riportata alcuna risposta da parte di Foà. Questo silenzio lascia supporre

che egli fosse contrario alla demolizione, motivo per cui la sua opinione non viene inclusa nella pubblicazione.

Pio Foà torna a Sabbioneta in visita ufficiale alcuni anni dopo quando, nel 1921, si decide di realizzare un monumento ai caduti e il lavoro viene affidato a uno scultore mantovano. Questi modifica l'antica colonna posta da Vespasiano Gonzaga al centro di quella che oggi è piazza Ducale, ornandola con una corona di spine e una fiamma, e vi appone le targhe con i nomi dei caduti della Grande Guerra. La colonna viene spostata di alcuni metri e, nell'ottobre del 1921, il monumento ai caduti viene inaugurato. Pio Foà è invitato a tenere l'orazione ufficiale e, come scrissero le cronache dell'epoca: "con alata parola, ispirata ai più nobili sentimenti di bontà, di pace e di giustizia sociale, accettò entusiasticamente l'incarico di tenere nel suo paese nativo il discorso commemorativo ai caduti di questa terra".

L'attaccamento di Pio alla sua terra si evince anche dai suoi scritti, ad esempio, nei suoi atti parlamentari, ricorda i suoi viaggi giovanili tra Sabbioneta e Mantova. La città natale lo ricorda anche con una lapide che lo celebra come benefattore del Civico Ospedale, con un ritratto realizzato dall'artista Bonfatti esposto nella sala consiliare del Municipio e con l'intitolazione di una via.

Gli studi, l'insegnamento, la ricerca e le pubblicazioni

Nel 1858, all'età dieci anni, Pio Foà è studente presso le Scuole Reali di Padova ma l'anno successivo, nel 1859, scoppia la guerra e Padova è teatro di tumulti. I suoi genitori decidono di trasferirlo a Milano dove nei successivi anni frequenta il Liceo Sant'Alessandro che in seguito diventerà il Liceo Classico Beccaria.

Dopo essere tornato dai campi di battaglia, avendo una spiccata inclinazione per le scienze biologiche, si iscrive all'Università di Pavia dove nel 1872 si laurea in Medicina. Durante gli studi frequenta il Laboratorio di Patologia Sperimentale, diretto da Giulio Bizzozzero, di cui diventa uno dei primi allievi. Dopo la laurea, seguendo i consigli del suo maestro, amplia le sue conoscenze frequentando con

successo vari laboratori in Italia e all'estero, in particolare in Francia e Germania, accumulando una notevole esperienza. Nel 1875, all'età di ventisette anni, vince il concorso per l'insegnamento di Anatomia Patologica a Modena. In seguito, ottiene la cattedra di Anatomia Patologica a Torino, dove riorganizza l'insegnamento e la ricerca, fondando nel 1888 un proprio gabinetto.

A proposito del periodo dei suoi studi, c'è una testimonianza del dott. Giovanni Pugliesi pubblicata sulla rivista L'Avvenire Sanitario del 1922 che scrive: "Ricordo di aver assistito, nella piccola cittadina dove andavo a passare le vacanze dai nonni, a certe esperienze che andavan facendo su cavie e conigli due illustri maestri, Pio Foà e Pietro Albertoni, allora laureandi" (Pietro Albertoni diventerà un importante medico, scienziato e politico).

Numerosi sono i suoi titoli professionali e accademici: socio corrispondente dell'Accademia dei Lincei (1888), membro del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, socio nazionale dell'Accademia dei Lincei (1892), membro effettivo dell'Accademia delle Scienze di Torino (1895), membro dell'Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Modena e presidente dell'Istituto di Magistero per l'Educazione Fisica. Nel 1900 viene eletto presidente dell'Università Popolare di Torino.

Nella scuola, Pio Foà si distingue come un maestro che mette a frutto la sua vasta competenza nelle discipline mediche per affrontare i più gravi problemi di medicina sociale. Si dedica con passione alla lotta contro le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi e il cancro. Convinto che la moralità sia la migliore medicina per i popoli, si impegna profondamente anche nell'educazione dei giovani.

Foà si occupa attivamente di batteriologia, disciplina di cui è stato a lungo docente; il suo lavoro lo espone a due gravi infezioni streptococciche che mettono a rischio la sua vita. È inoltre il primo a riuscire a coltivare il diplococco della polmonite e a studiarne le caratteristiche biologiche. Diventa uno scienziato e medico di fama internazionale grazie ai suoi contributi in diversi campi della medicina, tra cui l'anatomia patologica del midollo osseo e del sistema nervoso simpatico, la leucemia, la tubercolosi, l'origine dei globuli rossi, la fisiologia del sangue e la meningite cerebrospinale. È un pioniere nella lotta contro la tubercolosi

e il cancro e la sua fama nel campo della scienza medica supera ampiamente i confini dell'Italia.

I suoi risultati negli studi batteriologici e sperimentali lo legano ai principali progressi della medicina. Le sue numerose e autorevoli pubblicazioni testimoniano il suo ingegno acuto, la visione ampia e la straordinaria capacità di sintesi e di assimilazione. L'opera scientifica di Pio Foà è immensa, con ben 190 pubblicazioni che coprono vari aspetti della medicina. La sua opera più importante è il trattato di Anatomia Patologica che sarà per decenni una base di studio fondamentale per gli studenti di medicina.

L'impegno sociale e politico

Pio Foà si dedica anche ad opere sociali, promuove campagne contro diverse malattie, comprese quelle veneree, e organizza colonie alpine e marine. Accanto alla sua attività scientifica, Foà si distingue anche per il forte impegno civile e politico, in particolare nell'ambito dell'educazione sanitaria. Si occupa della diffusione di nozioni di igiene e prevenzione delle malattie nelle classi sociali meno abbienti ed è un sostenitore convinto dell'importanza di impartire ai giovani una corretta educazione sessuale; per questo scrive numerosi testi sull'argomento.

Accetta la presidenza dell'Unione per l'Educazione Popolare, offertagli da Filippo Turati, e collabora attivamente all'Università Popolare, con incontri educativi e raccontando favole classiche ai bambini.

Foà viene eletto più volte consigliere comunale a Torino ottenendo un record di preferenze e ricopre anche il ruolo di assessore per l'igiene, contribuendo significativamente alla riorganizzazione dei servizi sanitari della città. Il 3 giugno 1908 viene nominato senatore del Regno d'Italia per i suoi meriti scientifici. Durante la sua attività parlamentare a Roma, si distingue per aver proposto, tra le altre iniziative, una legge per la riforma dell'istruzione magistrale. Si impegna con fermezza anche sui principali temi di politica sanitaria e sociale, partecipa anche a numerosi comitati e commissioni ed è delegato dal governo in diversi paesi europei.

Tra le commissioni di cui fa parte, spiccano quelle per l'esame dei disegni di legge riguardanti la "Protezione e assistenza degli orfani di guerra", per la "Protezione e assistenza degli invalidi di guerra", per proporre il disegno di legge "Provvedimenti per combattere la tubercolosi" e per l'"Istituzione di una Cassa di maternità".

Nel 1918, verso la fine della Grande Guerra, visita più volte le zone del fronte per incontrare e incoraggiare i giovani medici, molti dei quali suoi allievi e assistenti, che avevano lasciato i laboratori di medicina per servire la Patria. Ai soldati si rivolge con discorsi al fine di ravvivare la loro fede e il loro coraggio. Una sua memorabile orazione, pronunciata sulle sponde del Piave davanti a tre brigate della Terza Armata, truppe vittoriose, suscita un tale entusiasmo da essere stampata e distribuita in 30.000 copie ai soldati.

Fu un precursore spesso incompreso, come dimostra il suo sostegno all'educazione sessuale laica e il suo consenso per il diritto di voto alle donne, idee che nel 1910 erano considerate troppo moderne per l'epoca e non ampiamente accettate.

Nel corso degli anni, grazie alla grande stima di cui godeva, Pio Foà diventa membro e presidente di numerose accademie, tra cui l'Accademia dei Lincei e la Reale Accademia delle Scienze di Torino, nonché di consigli, società, congressi, opere e federazioni, sia in Italia sia all'estero. In un'epoca caratterizzata da limitati mezzi di comunicazione e di trasporto è sorprendente pensare come riuscisse a gestire così tanti incarichi. Nel 1922, alla fondazione della "Lega Italiana per la Lotta Contro il Cancro" a Bologna, Pio Foà ne diventa il primo presidente. Curiosamente, ricopre anche la carica di presidente della Lega Italiana contro la Bestemmia e il Turpiloquio.

Negli ultimi anni della sua vita, dopo aver lasciato l'insegnamento universitario, si dedica con rinnovata energia ad attività civiche. Da questo instancabile impegno gli vengono riconosciuti numerosi onori e decorazioni: è nominato cavaliere, ufficiale, commendatore, grande ufficiale.

Una fama duratura

Il giorno in cui Pio Foà lascia l'insegnamento universitario a Torino, viene celebrato con grande entusiasmo tanto che, in suo onore, è realizzato un busto dello scultore Leonardo Bistolfi, esposto nell'Aula Magna dell'Ateneo. La sua fama non si spegne con la morte: i suoi studi e scritti continuano a essere un punto di riferimento per moltissimi studenti e un'ampia documentazione dei suoi lavori è conservata presso l'archivio dell'Università di Torino, raccolta e catalogata in faldoni.

Dopo la sua scomparsa, uno dei suoi allievi inaugura un sanatorio ad Arco di Trento, intitolandolo a "Pio Foà". Tuttavia, questa dedica è durata solo alcuni anni: durante la Seconda guerra mondiale, con l'arrivo delle forze nazi-fasciste, il nome è stato cambiato a causa delle origini ebraiche di Foà.

Nel 2022, la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) ha celebrato il 90° anniversario dalla sua fondazione, ricordando che il primo presidente è stato proprio Pio Foà. Inoltre, nel 1928, cinque anni dopo la sua morte, l'Università di Torino ha istituito una borsa di studio con il suo nome, destinata a medici specializzandi in anatomia patologica e finanziata grazie a una donazione del comitato per le onoranze. In Italia, tre vie portano il nome di Pio Foà, si trovano a Torino, a Roma e a Sabbioneta.

Chiudo questa breve biografia con le parole di un suo collega dell'università di Torino che così lo ricorda:

Solo io vorrei ricordare che Pio Foà non fu soltanto un geniale ricercatore ed un insuperabile maestro, ma fu anche un'alta e nobile figura d'uomo, il quale non voleva solo la scienza per la scienza, rinchiusa inaccessibilmente in una torre d'avorio, insensibile alle grandi voci del tempo, ma la scienza calda di umanità, la scienza per la vita.



Fig. 1 - Stemma della famiglia Foà.



Fig. 2 - Pio Salomone Foà (1848-1923)

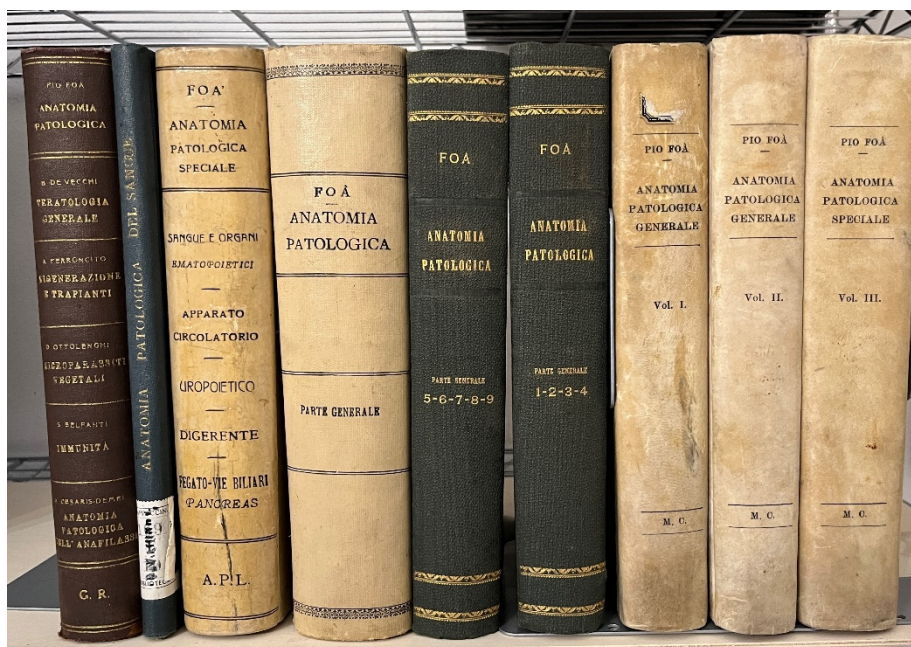


Fig. 3 – alcune opere di Pio Foà

La Reale Accademia di Medicina di Torino tra rigore scientifico e le responsabilità sociali

Francesco Scaroina

Segretario generale Accademia di Medicina (f.scaroina@ibero.it)

Riassunto

La Scienza deve comprendere i fenomeni naturali per intervenire su di essi, così che lo scienziato sia “responsabile” nel migliorare la condizione dell’uomo.

Il movimento positivista rappresentò nell’800 la carta vincente per guidare l’uomo-dottore nel suo agire nella ricerca, ma anche per abituarlo ad essere un dottore-politico per meglio “vedere per prevedere”, e quindi “prevedere per agire” in una società bisognosa.

L’Accademia di Medicina di Torino era nata come luogo di incontro tra scienziati e clinici perché potessero presentare, discutere e analizzare le periodiche conoscenze scientifiche consolidando la medicina verso un progressivo evolversi in certezze e sicurezze. Quindi, un medico a servizio dell’uomo malato, ma ancora poco interessato al contorno sociale.

Le Presidenze accademiche, in seguito, nella continuità della ricerca scientifica e le sue applicazioni favoriranno nei soci anche l’espressione di quell’ethos umanitario che renderà il medico sempre più rispettoso della dignità del malato e del suo valore nella società.

Verrà sempre mantenuto nella cultura dell’Accademia questo importante obiettivo verso una medicina attenta ad ogni bisogno sociale.

Vengono ricordate alcune iniziative di impegno sociale negli anni iniziali, dal 1848 al 1920.

Summary

Since the improving of human condition is responsibility of every scientist, science must understand the natural phenomena in order to master them.

Positivism was in the nineteenth century the winning card in order to lead physicians in their research but also to get them used to be politically aware, with the aim of “seeing in order to foreseeing” and of “foreseeing in order to act” in a society needing help.

The Turin Accademia di Medicina was founded as a meeting place between scientists and clinicians, where they could present, discuss, investigate all new scientific discoveries and reinforce medicine towards certainty. Hence, perhaps, physician's interest was headed towards the ill, but not towards the social environment.

The Presidents of the Academy did not disregard research and its applications but also tried to support the humanitarian passion that led physicians to abide by the human status of the ill, so that the Academy could be headed towards a medicine devoted to social needs.

We mention a few initiatives of social engagement in the years 1848-1920.

Parole chiave

Reale Accademia di Medicina di Torino, scienza e società, medicina e politica

Keywords

History of the Turin Royal Academy of Medicine, science and society, medicine and politics

La sociologia come scienza della politica

Un principio etico universale invita la Scienza a comprendere con mezzi leciti i fenomeni naturali per intervenire su di essi, e lo Scienziato "responsabile" a non essere un semplice spettatore dei fatti, ma utilizzarli, quando possibile, per migliorare la condizione dell'uomo.

Non solo: una corretta impostazione scientifica dovrebbe essere applicabile anche alle politiche-sociali poiché solo capendo la natura dei fenomeni sociali e della loro evoluzione è possibile costruire una politica in grado di risolvere i problemi dell'uomo, come singolo o come soggetto collettivo.

Infine, i fatti sociali, considerati nella loro evoluzione, devono dare origine a una dinamica sociale che miri a un realistico progresso della società.

Senza addentrarci nel commento sulle complesse dinamiche filosofiche che coinvolsero la facoltà medica torinese, ed europea in toto, tra la fine del XVIII secolo e il XIX secolo, il positivismo, alla fine, rappresentò la teoria vincente per guidare l'uomo-dottore nel suo agire, consapevole del faticoso procedere della scienza, ma anche per abituarlo ad essere un dottore-politico per meglio "vedere per prevedere", e quindi "prevedere per agire" in una società in rapida evoluzione. (1)

La medicina del XIX secolo è ancora in forte imbarazzo epistemologico e ben chiare sono le cause che ne ostacolano il cammino, soprattutto per una carente e corretta ricerca sperimentale, unico modo per dare credibilità all'arte sanitaria.

Nel 1841, nella sessione dedicata alla medicina italiana durante il III Congresso degli Scienziati tenutosi in Firenze, il Presidente Bufalini autorizzava l'intervento preordinato del professor Giovanni Semmola, considerato un caposcuola della scuola medica napoletana.

Il suo discorso è impegnativo e ricco di annotazioni storiche e visioni future per la medicina, dichiarandosi tutto sommato soddisfatto del buon livello della medicina del tempo, pur considerandola, purtroppo, ancora "vittima di corruzione sistematica ed empirica".

Quali le cause? Le sue conclusioni:

La parte scientifica e filosofica della medicina è ancora ipotetica ed arbitraria, incerta e versatile, nonché ancora derisa dal vulgo. Gli ostacoli ad una sua rinascita sono dovuti a “[...] nessun convincimento; dubitanze continue; instabilità di dottrine e di pratica; difficoltà nel seguire o nel non fare più o men compiute innovazioni; dileggio degli uomini forti ne’ loro giudizi ed usi a rigorose esperienze; una rimescolanza terapeutica assurda; ciurmeria, vanità, stato imperfetto e retrogrado.

La soluzione: rileggere i lavori di Brown, Darwin, Rasori, Broussais, medici dotati di alto ingegno e fautori di una medicina razionale e sperimentale, e imparare da loro.

Nella discussione, il socio accademico torinese Michele Griffa, professore di Clinica Medica e Protomedico dell’ospedale San Giovanni, rafforzava ancor di più tali osservazioni e aggiungeva che altra causa di ancor insoddisfacente qualità della professione sta nella cattiva gestione della statistica medica.

Egli auspicava che da parte dei governi, e mediante un accordo tra i medici, venisse avviata una organizzazione generale della materia secondo le indicazioni della più moderna filosofia positivista.

Infatti, gli errori delle convenzionali statistiche pubblicate erano dovuti a dati incompleti, al loro uso erroneo, alla superficialità dell’analisi tra malati guariti e morti per ogni genere di malattia, all’assenza di dati epidemiologici come contributo dei medici privati o dei medici condotti.

La sua conclusione: tutti gli ospedali della penisola dovevano notificare i dati statistici raccolti in modo uniforme, consultabili da tutti i medici e aggiornati periodicamente dai singoli governi.

Siamo ancora lontani dall’Unità d’Italia: solo nel gennaio del 1869 il Presidente dell’Accademia, Benedetto Trompeo, avrà l’incarico di partecipare come delegato per il Piemonte al prossimo congresso di statistica in Firenze.

Ovviamente l’annotazione del Griffa è di carattere generale perché tra i medici torinesi, tra il 1839 e i 1844, era già emersa la cultura e la produzione di studi statistici corretti come quelli di Bernardino Bertini, Presidente negli anni 1842 - 1844.

Bertini rappresentava nel mondo medico della capitale sabauda quel movimento di “ippocratismo razionale” capace di liberarsi di idee confuse che ancora trascuravano i fatti, le osservazioni e i dati dell’esperienza.

Egli fu, pertanto, un precursore nel progresso della statistica medica, scienza emergente, che rappresentava il divenire quantitativo della medicina, la aiutava nella programmazione, nell’esecuzione e nell’interpretazione della prassi impostando un serio ragionamento epidemiologico.

Bertini così definiva la statistica: “[...] felice espressione della tendenza positiva, [...] finalmente la pietra di paragone d’ogni operazione del medico al letto dell’infermo: il sommo criterio fra i litigi dei sistemi e le astruserie delle teoriche.” (2)

Interessante, alla fine del Congresso degli Scienziati, una annotazione preoccupata del Griffa su una battaglia personale, quasi una crociata, contro l’omeopatia: come il collega De Rolandis egli la definisce un “vaneggiamento omeopatico” analogo alla “ciurmeria”.

Non fu senza polemiche questa crociata: vari interventi contrari venivano pubblicati periodicamente sul foglio informativo “Il Repertorio”.

Il medico milanese Maurizio Poeti, ostinatamente favorevole alla pratica, e portavoce del gradimento del popolo, ribatteva da tempo con veemenza e con controdeduzioni feroci le invettive del Griffa e di De Rolandis definendoli: “ignoranti, impudentissimi, calunniatori, falsificatori, uomini di perfidie, di simulazioni, di mala fede”.

Il contenzioso finì anche in tribunale con la partecipazione difensiva del Griffa da parte di Angelo Brofferio, stimatissimo politico e poeta, e già editore di un libretto dal titolo *Errori popolari relativi a pratiche irragionevoli*. (3)

Nel movimento positivista, dunque, che stava suggestionando lentamente la classe medica, affiorava anche una convincente neonata scienza sociologica che doveva trovare una legittimazione attraverso il *consensus*, la solidarietà delle diverse parti del sistema e l’applicazione corretta della teoria.

In sintesi: da una “statica” sociale che studiava le istituzioni e le funzioni, e che considerava la società come un insieme organico in cui le varie parti agiscono tra di loro per garantirne il funzionamento, si doveva transitare a una “dinamica”

sociale che comprendesse anche la proprietà (ordine materiale), la famiglia (ordine morale), il linguaggio (ordine intellettuale).

Erano i frutti della visione utopistica di Auguste Comte che vedeva nell'uomo la capacità di intervenire, di modificare i fatti e di entrare nel merito dei più complessi fenomeni sociali.

I lumi della ragione e i fuochi della rivoluzione avevano acceso, dunque, in alcuni medici illuminati la consapevolezza che la salute era un bene non solo del singolo, ma dell'intera società.

La piaga della miseria, ancora agli inizi dell'800, con il suo seguito di malnutrizione e di igiene precaria, era il primo dei fattori da combattere.

Un solo esempio tra i tanti: l'intuizione dei medici dell'epoca sulla eziologia della pellagra si fondava già, prima ancora che fosse una malattia da carenza di vitamina PP scoperta solo del '900, sul convincimento che la malattia si sviluppasse per il monofagismo maidico, con seme ammuffito, contaminato e irrancidito, in grado di riempire il ventre e di saziare la fame, ma non di proteggere la salute.

L'aspetto sociale della malattia, frutto di una insipiente organizzazione nello sfruttamento dei terreni agricoli, era rappresentato dalla progressiva penetrazione del capitalismo nelle campagne: la pellagra era il costo umano, di classe, pagato dai contadini poveri per la ricchezza dell'economia dei possidenti terrieri. (4)

La conoscenza scientifica e l'*ethos* umanitario, finalmente s'incontrano rendendo il medico sempre più attento alla dignità del malato e del valore insostituibile di ogni singolo uomo.

Purtroppo, nel procedere del movimento positivista, nell'evoluzione delle due competenze, la conoscenza tecnico scientifica tendeva a prevalere leggermente sull'*ethos* umanitario.

Perché? La conoscenza scientifica era diventata il primo e più semplice pilastro trasmissibile da una generazione all'altra di medici mediante l'insegnamento, mentre l'*ethos* del medico non era così facilmente trasmissibile se non mediante l'esempio, e non certo perché fosse ricordato nei testi dei vari galatei medici.

Il legame tra scienza ed etica, scienza e promozione collettiva compare, dunque, in questi primi lustri dell'800, come un tratto caratteristico di una

generazione di scienziati positivisti, filosoficamente materialisti e politicamente liberali e progressisti.

Rudolf Virchow, più tardi, rappresenterà il primo moderno scienziato a definire la Medicina “una scienza sociale, e la politica nulla più che la medicina su larga scala”: una lotta tenace e rigorosa contro la superstizione, implicitamente anticlericale e rivoluzionaria, con una divulgazione scientifica intesa come ideale strumento indispensabile per la redenzione popolare.

Da una riflessione di Dante Alighieri

Considerate la vostra semenza:
fatti non foste per vivere come bruti
ma per seguire virtude e conoscenza.

Nel Canto XXVI dell'Inferno, Dante tratta dei “consiglieri fraudolenti” ossia di quei condottieri e politici che non agirono con le armi e con il coraggio personale, ma con l'acutezza spregiudicata dell'ingegno.

Dante fa una riflessione sull'ingegno e sul suo utilizzo: l'ingegno è un dono, ma il desiderio di conoscenza può portare alla perdizione, se non è guidato dalla virtù.

L'ansia della ricerca e della conquista di nuovi orizzonti, spinta all'estremo limite, che nella tradizione antica costituiva la peculiarità positiva dell'eroe omerico, in Dante diventa un peccato che condanna l'eroe.

Se una persona è una persona colta, cioè, conosce molte cose, deve essere anche una persona di valore, altrimenti non varrebbe nulla o, meglio, la sua vita equivarrebbe alla vita di un bruto.

Questa virtù, che è una caratteristica dell'animo umano, va condivisa, non deve essere solo proprietà del singolo, appunto - “per seguir (servire) virtude e conoscenza” - e la possiamo trovare anche in una collettività affine, con gli stessi intendimenti, guidata verso obiettivi nobili, come è successo nell'ambito di una società culturale di soli medici, quale la Reale Accademia di Medicina di Torino.

Essa era stata fondata con Regio Biglietto da Re Carlo Alberto nel febbraio 1846 e la sua attività è rimasta ininterrotta sino ad oggi: ben 178 anni di vita.

Nella prima pubblicazione dei suoi Atti che riporteranno in estenso le relazioni e le animate discussioni di ogni seduta con frequenza bimensile è citato lo Statuto dell'Associazione. In sintesi:

art. I°: la nuova Società Scientifica assume il titolo di Società Medico-Chirurgica di Torino.

art. II°: essa si propone per oggetto lo studio e l'avanzamento della Medicina, della Chirurgia, e delle Scienze accessorie.

art. III°: ogni discussione estranea alle scienze mediche vi è assolutamente proibita

Questa impostazione e l'osservanza dello Statuto rimarranno coerenti e ben osservati in tutti gli anni trascorsi, anche nei momenti più difficili delle due grandi guerre e dei vari mutamenti politici.

L'associazione di tali medici aveva già posto le prime fondamenta, spinta da una forte comunanza di ideali e di affinità culturali, affiancandosi nel 1819 all'Accademia delle Scienze (autorizzata da Carlo Emanuele e costituitasi nel 1757), e alla più fiorente Accademia di Agricoltura, fondata nel 1785 (autorizzata da Vittorio Amedeo III).

Ma la Reale Accademia di Medicina, per una più legittima indipendenza, voleva dare maggiore garanzia del processo di professionalizzazione dei medici avviatosi in Piemonte sin dai primi anni dell'Ottocento: l'associazionismo culturale desiderava mantenere il ruolo di assoluto rilievo nel favorire, nel contesto sabaudo, le istanze di crescita scientifica e di legittimazione di un novello status sociale medico, e per tali motivazioni nel 1846 si separerà dalla convivenza con quella delle Scienze.

Una rigorosa impostazione scientifica non poteva sentirsi esclusa dalla società civile in cui si generava, pertanto, come già commentato, si sentiva obbligata ad essere applicata anche alle politiche-sociali poiché solo capendo la natura dei fenomeni sociali e della loro evoluzione era possibile costruire una politica in grado

di risolvere i problemi dell'uomo, come singolo o come soggetto collettivo, e allo stesso tempo dando un indirizzo alla scienza.

Un esempio di ricercatori medici europei che tra il XVII e XIX secolo utilizzarono l'acutezza del pensiero e il desiderio della ricerca per condividerla per il bene comune, lo troviamo in scienziati di grande valore, come R. Kock, W. Röntgen, A. Behring, P. Ehrlich, J. Lister, I. Mecnikov, A. Fleming, solo per citarne alcuni.

Tutti si adoperarono per migliorare la condizione dell'uomo e molti di questi furono anche maestri o compagni di scienza di alcuni dei nostri soci.

L'Accademia, dunque nei suoi inizi, era nata come un luogo di incontro tra scienziati e clinici - medici in buona sostanza - che discutevano, offrivano, analizzavano le periodiche conoscenze scientifiche per aiutare la medicina nel suo progressivo evolversi in certezze e sicurezze.

Ma c'erano anche altre motivazioni negli incontri e le varie Presidenze favorivano nei soci l'espressione di quell'ethos umanitario che rendeva il medico sempre più attento alla dignità del malato e del valore insostituibile di ogni singolo uomo.

Si sta formando anche a Torino, e in Piemonte, un dottore politico ben istruito, per riprendere una citazione iniziale, nel "vedere per prevedere", e quindi "prevedere per agire" in una società in rapida evoluzione.

Conoscenza scientifica ed ethos umanitario si incontrano: tratto caratteristico di molti scienziati positivisti.

Nasce poco per volta un importante orientamento verso una medicina sociale per la prevenzione e per lo studio dei fattori ambientali nocivi alla salute.

Radici lontane

L'insieme degli ideali professionali aveva avuto in Piemonte radici lontane nate dalle riforme universitarie del 1720-29: esse erano state il volano d'avvio della trasformazione del profilo professionale del medico consapevole della profonda esigenza di portare un ancor rigido assetto teorico verso una medicina insegnata e praticata.

Oltre all'ovvio interesse per l'indagine clinica delle malattie si stava diffondendo anche un importante movimento di censura volto alla limitazione del numero dei terapeuti minori - barbieri, cerusici, flebotomi -, e alla loro sostituzione con chirurghi formati all'università attraverso un corso di studi equiparati per rigore e durata a quelli delle altre facoltà.

Non ancora, come nella vicina Francia, in Piemonte, il connubio tra medicina e politica arriverà più lentamente, ma varie riforme invocate per la professione portavano finalmente a fondere l'operato del medico, del veterinario e del farmacista, per costruire le maglie di una rete ideale di guardiani della salute collettiva.

Con i termini francesi, *réforme*, *révolution*, *régénération*, erano dichiarati i programmi che facevano asservire la medicina ai problemi sociali portando la pratica del medico e del chirurgo a stretto contatto con il borgo malato, e non soltanto del malato ospedalizzato, con grande attenzione all'organizzazione economica e sociale.

Uno dei molti esempi: Bartolomeo Sella, medico seppur non laureato secondo la nuova riorganizzazione degli studi universitari, tra i primi soci della neonata Accademia, spinto da convinti ideali filantropici congiunti all'entusiasmo per le scoperte scientifiche, si prodigherà molto per il bene della collettività rurale del biellese, sia impegnandosi nella diffusione della vaccinazione antivaaiolosa, sia nell'attivare nel 1825 un sodalizio tra chirurghi, farmacisti e medici con l'obiettivo di favorire la circolazione delle competenze pratiche e la diffusione delle informazioni che lentamente si espandevano in questa classe letterata. (5)

Il suo operato, pur con la difficoltà dei collegamenti, aveva in Torino il faro ispiratore e suggeritore.

È il primo esempio in Piemonte di una Società scientifica Medica che voleva ostacolare l'oscurantismo delle superstizioni, dell'ignoranza, della ciarlataneria, ma anche di instaurare un rapporto organico col potere politico.

Non fu facile raggiungere presto dei risultati e questa delusione la troviamo nelle stesse parole di Bartolomeo Sella che volle lasciare un resoconto impietoso della sua vita: *"Ho voluto il piacere, lo proseguì furiosamente, inculcai ed ammassai le*

idee; fui al tempo stesso medico, volli essere tutto, che mi fu impedito di essere qualcosa” (6) (7)

Sulla scia di queste rivoluzionarie idee progressiste di pochi medici, all'inizio, anche la neonata Accademia di Medicina di Torino si troverà poi chiamata, direttamente come istituzione o attraverso i suoi componenti, a svolgere un ruolo di mediazione tra posizioni scientifiche, alle volte divergenti, e di consulenza per decisioni sanitarie di qualche rilievo.

Indubbiamente questa istituzione torinese godeva già di prestigio scientifico nel contesto di altri enti simili della penisola, e soprattutto era ben conosciuta da intellettuali e scienziati che si incontravano negli annuali Congressi degli Scienziati italiani.

I Congressi rappresentavano un'opportuna occasione di conoscenza reciproca e di creazione di relazioni tra componenti della futura classe dirigente italiana.

La stessa attenzione per le istituzioni scientifiche piemontesi, a partire dalla metà degli anni '50, sarà sostenuta anche dal riverbero in campo scientifico del ruolo assunto dal Piemonte come guida politico-militare del processo unitario. (8)

Per tutto il Settecento e per il primo Ottocento agli occhi delle comunità locali la qualifica di un medico, come quella di notaio o di mercante, implicava l'appartenenza a un ceto dominante, identificato con un certo livello di ricchezza, un certo grado di inserimento sociale e stile di vita.

Attraverso l'esercizio di cariche giudiziarie o fiscali, ogni professionista impegnato era in grado di esercitare un solido potere sul territorio dando vita a dinastie di notabili.

I medici univano, oltre alla cura dei malati, anche l'espletamento di una serie di funzioni nella comunità, in quanto dotti e depositari di un capitale sociale: davano consigli nei momenti salienti della vita dei pazienti, toglievano dagli impicci le giovani imprudenti, formulavano petizioni, amministravano, prestavano denaro, facevano l'elemosina, aiutavano i giovani a schivare il servizio di leva, favorivano l'introduzione di innovazioni scientifiche e tecnologiche.

Il medico era, dunque, un punto di riferimento della vita sociale, non solo in materia di salute, ma anche per altri aspetti che ne innalzavano il suo prestigio.

Facendo sentire il suo peso ideologico il medico era collocato nell'élite della gerarchia locale nel gioco quotidiano tra gruppi e clientele rivali.

Tra il 1816 e il 1848 i medici, i chirurghi e gli speciali parteciperanno in maniera cospicua alla vita dei consigli comunali piemontesi: nei 104 comuni di cui è nota la composizione del ceto amministrativo, troviamo 23 sindaci e 72 amministratori, mentre altri 60 medici sono candidati ad altre responsabilità amministrative. (9)

Altro esempio di quanto fossero impegnati nelle pubbliche amministrazioni alcuni medici che sentivano forte l'impegno civile unito a quello scientifico è da citare l'attività di un altro Sella, Alessandro, zio di Bartolomeo Sella, che dopo la metà dell'ottocento, pur interessandosi con ricerche personali e secondo i criteri della moderna clinica, a tutte le principali malattie che affliggevano allora il popolo come il rachitismo, la febbre miliare, l'igiene rurale, il colera, la rabbia, il tifo, le verminosi e altre malattie infettive, sarà molto attivo sul piano civile portando importanti contributi sull'analisi degli acquedotti, delle acque minerali, dei sistemi fognari, delle carceri e dei problemi sanitari derivanti dall'uso di marcitoie per la lavorazione della canapa e dal lavoro nelle risaie.

Come le sue annotazioni sulla pena di morte: meglio la francese ghigliottina o l'impiccagione adottata in Piemonte?

E, curiosamente, si interesserà anche dei servizi cimiteriali, degli obitori, dei certificati di morte e della emergente pratica della cremazione, prima ostacolata, e poi attivata in Torino dal 1888.

Alessandro Sella è considerato dai colleghi un igienista illuminato: in realtà è semplicemente un uomo colto, appassionato di ogni scienza, sempre a servizio del popolo. (10)

Per l'attivazione della cremazione nella città verrà anche richiesto dal Consiglio comunale il parere, per altro favorevole, dell'illustre Jacob Moleschott e dell'allievo Giacinto Pacchiotti, ben consapevoli della necessità di una razionalizzazione degli spazi terrieri cimiteriali di una città in rapida crescita.

Fondamentale sarà poi il parere del socio Luigi Pagliani all'interno del movimento cremazionista torinese e nazionale: egli sarà nel 1883 tra i fondatori della Società di cremazione e presidente dal 1902 al 1932.

Nel 1888, parteciperà all'inaugurazione del tempio crematorio del Cimitero monumentale di Torino come delegato del governo, facendo anche in modo di inserire ufficialmente la cremazione nell'ordinamento giuridico a calce della promulgazione della legge sanitaria del 1887 del governo Crispi.

La sua esperienza in questo ambito, già emersa nella pubblicazione *La cremazione dei cadaveri quale costumanza civile, economica, igienica e religiosa* (Biella 1904), confluirà poi nel volume *Nel primo quarantenario dell'inaugurazione del tempio crematorio nel cimitero comunale della città di Torino* (Torino 1929).

L'interesse per la medicina sociale, per la prevenzione e per lo studio dei fattori ambientali nocivi alla salute diventerà per Pagliani il suo ambito privilegiato di studio e di lavoro.

Non solo: nel 1878, Pagliani aveva inaugurato in Torino un laboratorio di Igiene, il primo in Italia, che darà alla nascente disciplina quella dimensione sperimentale in grado di legittimarla dal punto di vista scientifico.

Infine, nello stesso anno, con Giacinto Pacchiotti, è tra i fondatori della sezione piemontese della Società Italiana d'Igiene e tra i primi in Italia a intuire gli enormi benefici che sarebbero derivati alla sanità pubblica dalla rivoluzione batteriologica che si profilava all'orizzonte.

Questo fervore di interessi e di proposte innovative coinvolgerà molto i torinesi, e gli stessi quotidiani cittadini riporteranno regolari report giornalistici sulle azioni intraprese dall'Accademia.

La Gazzetta del Popolo, e successivamente La Stampa, riferiscono sempre i contenuti delle sedute accademiche, le onorificenze e le cattedre universitarie assegnate ai soci, gli incarichi istituzionali, ecc.

I giornali diventano un importante volano sociale di informazione anche scientifica, e non solo di cronaca politica o cittadina.

Chi fosse, che cosa abbia fatto, come l'abbia fatto, chiedetene alle madri (10)

Poche parole sul quotidiano torinese per annunciare la morte di Gioacchino Valerio, medico, filantropo, socio dell'Accademia, cofondatore di numerose

istituzioni benefiche: un generoso “iperattivo” che con segni concreti e positivi riuscirà come per altri soci a coniugare scienza e società.

Non sempre fu facile per molti medici portare a termine le loro convinzioni.

Classica e storica era stata la sorte di Michele Buniva, pioniere della vaccinazione antivaaiolosa negli Stati Sardi, ma poi radiato dall'Accademia delle Scienze proprio per ottusità dei “saggi” verso questa battaglia sociale.

Ancora nel 1822, nonostante tutte le evidenze epidemiologiche a favore, i cardinali degli Stati della Chiesa proibivano l'innesto del vaiolo perché “mischiava le linfe delle bestie con quelle degli uomini”. (11)

Un mondo di arretratezza culturale e di scarso civismo, composto da genitori negligenti, parroci refrattari ai compiti di sensibilizzazione, medici vaccinatori disincentivati e lassisti sono sempre stati i malefici dissuasori di innovazione, per eccesso di prudenza o per false paure.

Per riprendere le sue intuizioni, Gioacchino si impegna molto in campo pratico: nel 1838 collabora con Casimiro Sperino e con Maffoni, medici benemeriti, all'apertura di un Dispensario oftalmico gratuito che verrà inserito nel 1844 in un contesto più strutturato quale l'Ospedaletto per i bambini poveri di via dei Pescatori (oggi via Matteo Pescatore), embrione dell'Ospedale Oftalmico, di cui Gioacchino sarà quindi uno dei fondatori.

Poi, in stretta collaborazione col fratello Lorenzo, nel rigidissimo inverno 1844-1845, egli si impegna a soccorrere i poveri aprendo in vari quartieri di Torino “pubblici scaldatoi”, cioè locali riscaldati dove accoglierli durante il giorno distribuendo cibo, vestiti e incarichi per varie attività retribuite.

La cittadinanza torinese collabora con entusiasmo e fornisce considerevoli aiuti economici e materiali: ma l'iniziativa, confortata da una meticolosa relazione dell'attività dello scaldatoio di Borgo Dora, anche occasione indiretta per dare una visione obiettiva di uno spaccato della difficile esistenza delle classi povere torinesi, viene malvista dai permalosi governanti del tempo, e verrà presto vietata.

Le esigenze della popolazione torinese sono ancora molto affidate alla *pietas* caritatevole di strutture ecclesiastiche e volontaristiche: le strade e le piazze della vecchia capitale sabauda sono debitrice essenzialmente a laici ed ecclesiasti impegnati

per tutta la loro esistenza nel sostegno dei ceti più deboli, in forte contrasto con un apparente impossibile impegno delle istituzioni a contrastare la povertà.

È più che mai evidente il divario tra la statica sociale e la dinamica sociale.

Il Valerio si applica anche con grande attenzione alle malattie dei bambini: ha dei problemi fisici personali, ma svolge la professione con impegno e si reca ovunque e da chiunque lo chiami, condividendo le ansie e i dolori di chi confida nella sua opera di pediatra.

È medico gratuito di molti asili infantili.

Per il suo biografo, dottor Berti, Gioacchino è “[...] attento e curvo sulla culla del bimbo, ne studia i primi vagiti, gli istinti e le cause delle prime espressioni del dolore”.

Le conclusioni delle sue osservazioni saranno raccolte nel libro *“La vita nei fanciulli. Norme e consigli alle novelle madri di famiglia”* che Gioacchino definirà *«il mio testamento»*. La prima edizione è del 1865, seguita da una seconda, ampliata, del 1871 e da una terza del 1879, con l'aggiunta di nuovi capitoli.

L'ultima sua parola sul letto di morte: “Poveri malati!”.

Nella toponomastica torinese verrà ricordato solo il fratello Lorenzo, senatore del Regno. Evidentemente la scelta politica privilegia la statica sociale rispetto alla medicina sociale.

L'entusiasmo e la visione umanitaria di Gioacchino Valerio, con altri colleghi ugualmente sensibili alle dinamiche sociali e alle esigenze di una Torino in progressiva espansione, ci porta a riflettere sulla condizione della città nell'arco di circa un secolo.

La popolazione torinese nel 1803 è di 69.000 abitanti: nel 1897 raggiunge le 349.000 unità per una importante immigrazione dalle campagne spinta dalla industrializzazione della città.

La proposta sanitaria è distribuita tra una forma privata, o ambulatoriale a carico del comune per le fasce indigenti, e l'ospitalità.

Per molti anni gli ospedali saranno solo tre e già insufficienti: il San Giovanni Battista, il Mauriziano (ancora situato in via della Basilica) e il San Luigi fondato verso il 1800 per i cronici (tubercolotici).

C'era anche il manicomio fondato nel corso del Settecento per iniziativa della Confraternita del Sudario.

Nel 1828, sorge il Cottolengo per iniziativa del santo canonico Giuseppe Cottolengo.

Nel 1840, con la generosa iniziativa del professor Sperino e dei medici Valerio e Maffoni si inaugura una infermeria oftalmica base del futuro Ospedale Oftalmico e Infantile di via Juvarra: un modello, per l'epoca, su disegno di Angelo Marchini.

Nel 1881, viene posta la prima pietra del nuovo ospedale Mauriziano sul viale Stupinigi, presente il re d'Italia Umberto I, mentre l'anno successivo, nella zona del Martinetto, il socio Giuseppe Berruti pone le basi del futuro ospedale per partorienti, il Maria Vittoria.

Nel 1895, viene aperto l'ospedale Amedeo di Savoia per ricevere e curare i malati infettivi.

Poi si aggiungeranno gli ammodernamenti e gli spostamenti, o le inaugurazioni di altri ospedali: l'ospedaletto infantile Regina Margherita (promotore l'accademico Secondo Laura), l'Istituto dei Rachitici Maria Adelaide, l'Istituto dei ciechi, l'ospedale Valdese, l'ospedale San Lazzaro e, infine, l'ospedale Militare.

Grande dinamismo, dunque!

Di grande rilievo tra i medici italiani l'osservazione dei risultati ottenuti da Secondo Laura nella fondazione dell'ospedaletto dedicato solo ai bambini.

La lunga storia dell'Ospedale Infantile Regina Margherita comincia in una casa di Corso Dante trasformata in ambulatorio medico. Era il 1880, Torino aveva circa 320 mila abitanti e la città presentava le contraddizioni comuni a tante città in forte espansione: da una parte i lussi di corte e lo sviluppo di una città bella e sfarzosa, dall'altra, quartieri poveri, anche se non si può parlare di veri e propri ghetti.

Nella società sabauda, in una città seppur severa ed elegante erano comunque vivi molti valori morali, quali l'assistenza e la carità, che trovarono in un assistente medico dell'ospedale San Giovanni, Secondo Laura appunto, un precursore clinico verso una così importante specialità.

L'ospedaletto si svilupperà definitivamente con specifici compiti assistenziali trasformandosi in Ente morale con lo scopo di provvedere al ricovero, al

mantenimento e alla cura gratuita dei bambini poveri della città di età inferiore ai dodici anni.

La Reale Accademia di Medicina: consulente tecnico

Tutto questo fervore, anche nella costruzione di edifici di utilizzo e di valore sociale, richiama molti uomini coscienti e responsabili, e la Reale Accademia di Medicina di Torino assume, per competenza e autorevolezza, un non marginale ruolo come consulente istituzionale.

La stessa connotazione di “Reale” garantisce il ruolo di esperto per lo Stato e la Corona circa i temi scientifico-sanitari.

L'incarico per consigli tecnico-scientifici a favore dello Stato è sempre più frequente e segna in modo evidente l'attività dell'assemblea accademica nel corso degli anni, ben prima della promulgazione della prima legge sanitaria dell'Italia unita voluta da Giovanni Lanza.

La composizione del Comitato di Presidenza dell'Accademia, organo decisionale e responsabile della conduzione generale delle varie iniziative, si allarga rispetto ai ruoli tradizionali prettamente scientifici che vedono ben rappresentati clinici medici, professori universitari, rappresentanti di spicco del Collegio medico-chirurgico, chirurghi e chirurghi ostetrici.

Nel consiglio di Presidenza, nel quinquennio '59-'64, ad esempio, si rafforzano le presenze di medici che ricoprono anche cariche di primaria importanza nei diversi settori della gestione sanitaria dello Stato, sia civili che militari.

Il segretario generale dell'Accademia, Antonio Zambianchi viene nominato segretario generale al ministero dell'Interno per la sanità pubblica, quindi stretto collaboratore del presidente Demaria ai vertici dell'amministrazione centrale della Sanità italiana.

Un altro dei segretari particolari dell'Accademia è il colonnello medico divisionale Felice Baroffio, reduce delle campagne militari del '49 e del '59.

La carica di archivista-bibliotecario è ricoperta da Vincenzo Peyrani che è membro del consiglio Superiore dell'Istruzione pubblica.

Il tesoriere è Alessandro Sella che ricopre la carica di membro del comitato d'Igiene del comune di Torino.

Ancora: tra i consiglieri componenti il consiglio di Presidenza troviamo Andrea Carmagnola, professore emerito di clinica medica, membro del consiglio superiore di sanità, e Giovanni Antonio Comisetti, presidente del consiglio superiore militare di sanità e diretto successore nella carica di Alessandro Riberi, il grande riformatore e innovatore della sanità militare del regno di Sardegna.

E infine Francesco Cortese, membro del consiglio superiore militare di sanità.

L'Accademia, quindi, direttamente come istituzione, o attraverso i suoi componenti, viene chiamata a svolgere un ruolo di mediazione tra posizioni scientifiche spesso divergenti o di consulenza di decisioni sanitarie di qualche rilievo: un mix di prestigio scientifico e di relazioni con gli intellettuali e gli altri scienziati italiani, medici e non.

Altro impegno importante per i soci dell'Accademia: la partecipazione alla fondazione della Croce Rossa, istituzione a carattere umanitario, proposta dall'imprenditore svizzero e segretario delle Unioni cristiane dei giovani, Henry Dunant. (12)

È ben nota l'esperienza di Henry Dunant raccolta nel suo libro *Un ricordo di Solferino*.

Vivendo in prima persona la tragedia umana degli esiti della battaglia di Solferino con 6.000 morti e oltre 40.000 feriti, l'autore descrive le terribili atrocità deplorando la grave insufficienza dei servizi sanitari degli eserciti – che solitamente disponevano più veterinari che medici – e avanza due importanti proposte.

Con la prima, raccomanda la creazione di società di soccorso incaricate di formare dei volontari per coadiuvare i servizi sanitari degli eserciti in tempo di guerra: con la seconda, chiede la convocazione in tempo di pace di una conferenza internazionale in cui i principi di queste società di soccorso possano essere formulati e adottati dagli Stati.

Il successo del libro è immediato: l'opera viene letta, discussa e apprezzata anche nelle corti europee e raggiunge un ampio pubblico.

Il generale svizzero Guillaume-Henri Dufour, che accoglie l'«ethos» propugnato da Dunant, gli esprime il suo sostegno personale in una lettera che l'uomo d'affari ginevrino trascrive nell'ultima pagina del suo «Ricordo di Solferino»: "È bene attirare l'attenzione su questo problema umanitario [...]. Un esame attento e profondo può promuoverne la soluzione con il concorso dei filantropi di tutti i paesi".

Il 17 febbraio 1863, il comitato dei cinque – Gustave Moynier, Henry Dunant, il generale Dufour e i medici Louis Appia e Théodore Maunoir – decide di costituirsi in "Comitato internazionale di soccorso ai militari feriti": futuro Comitato internazionale della Croce Rossa.

Grazie a un'intensa attività di propaganda, il comitato acquisisce rapidamente una certa notorietà. Le numerose iniziative intraprese dai suoi membri sfociano nella convocazione a Ginevra, per il mese di ottobre, di una Conferenza internazionale alla quale partecipano i rappresentanti di sedici paesi.

La Conferenza si conclude con l'adozione di dieci risoluzioni che pongono le basi delle Società di soccorso ai militari feriti, le future società nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa.

Meno di un anno dopo, il 22 agosto 1864, sarà firmata la Convenzione di Ginevra, testo fondatore del diritto internazionale umanitario.

Il ruolo della Reale Accademia di Medicina: il ministero della Guerra, su incarico del Governo, delega il Colonnello Medico Felice Baroffio a partecipare alla Conferenza internazionale per il soccorso dei soldati feriti e malati in tempo di guerra.

Il Baroffio è sostenuto con molto impegno dal presidente dell'Accademia, Giovanni Demarchi, che lo incarica, anche come socio, a rappresentarla.

Felice Baroffio, compiuta la missione a Ginevra, riferisce in una lunga e dettagliata relazione ai soci dell'Accademia - presenti Demarchi e il presidente del consiglio superiore di sanità - sugli argomenti oggetto di dibattito, sulle opinioni più importanti che avevano animato la discussione e sulle tendenze dei rappresentanti delle altre Nazioni. (13)

Le Scuole-Asilo per i bimbi rachitici

Una partecipazione alla politica sociale con più caratteristiche cliniche e di salute pubblica viene sostenuta dall'Accademia, con impegno diretto di due presidenti, Gamba Alberto e Valentino Oliva, per dare un contributo alla risoluzione della piaga sociale del rachitismo infantile.

Sin dai primi studi del XVII secolo, per mano dell'inglese Glisson, il rachitismo era stato oggetto di molte proposte terapeutiche che in sostanza erano rappresentate da misure igieniche (vitto sano e nutriente ed esposizione alla luce solare) e dalla somministrazione di olio di fegato di merluzzo, misto a preparati di calcio e ferro, oltre, ovviamente, a provvedimenti ortopedici per evitare deformità scheletriche da carico.

A metà '800, il già citato Alessandro Sella aveva lasciato una sua memoria sul rachitismo e aveva individuato, tra l'altro, tra le possibili cause l'uso di pappe per gli infanti, soprattutto da parte dei montanari della Valsesia, a base di farina di castagne.

Anche per l'olio di fegato di merluzzo era stato presentato nel 1852 un esteso articolo sul giornale dell'Accademia di Torino che definiva il rimedio come "eccezionale": non si conosceva ancora la vitamina D scoperta solo nel 1922 insieme alla vitamina A.

Il folklore e la tradizione riportavano già l'uso dell'olio di fegato di merluzzo per varie pratiche terapeutiche, impiastri o unguenti: soprattutto tra le comunità di pescatori di Scozia, Svezia e Norvegia.

Thomas Percival e Robert Darbey, occupandosi della stesura e della cronaca dei suoi effetti formidabili per il trattamento dei reumatismi, per le osteomalacie e le deformità ossee dei bambini, avevano riferito alla Società Medica di Londra, nell'ottobre del 1782, i personali risultati.

Quindi, nei primi anni dell'800, si era iniziato ad usare l'olio di fegato di merluzzo per curare malattie come la tubercolosi e alcune patologie legate agli occhi, ancora prima dell'avvento degli antibiotici. (14)

Ma bisognava fare di più.

Dal 1875, dopo che il milanese Gaetano Pini visita e commenta con ammirazione una delle istituzioni di volontariato in Torino per i giovani rachitici, in Italia saranno fondate analoghe associazioni copiando il modello delle “Scuola-Asilo” torinese.

Questo modello consisteva in una scuola diurna cui potevano accedere i ragazzi di età compresa tra i 5 e i 10 anni - cioè, nel periodo della “eburnazione”, la fase in cui nell'accrescimento le ossa malate tendono all'avorio o madreperla - in possesso di un certificato di vaccinazione contro il vaiolo e della “fedede di povertà” rilasciata dal parroco.

Le ossa, superato l'iniziale rammollimento, nel corso della malattia si riconsolidavano in modo abnorme con un grado di compattezza superiore a quello che si riscontra dei soggetti sani.

Se nella prima fase fosse stato utile il ricorso a strumenti come stecche o bendaggi in grado di raddrizzare o immobilizzare le membra deformi, nella seconda sarebbe diventato indispensabile promuovere l'esercizio fisico, affiancato da una corretta alimentazione e nel rispetto delle principali norme igieniche.

Nel 1887, le varie sedi torinesi verranno riunite e trasformate nell'Istituto per Rachitici in corso Firenze (poi Lungo Dora): nel 1895, sarà dedicato alla regina Maria Adelaide.

L'ospedale fornisce una scuola gratuita per i ragazzi malati e un continuum di attività sanitarie, tra cui medicheria, camera operatorie, letti di degenza, sale di ricreazione, salone per la ginnastica.

Nel 1939, l'ospedale diventerà anche sede del Centro regionale per la cura della poliomielite e assumerà, nello stesso anno, la denominazione di “Ospedale Chirurgico Ortopedico”, con la conseguente inclusione nella categoria degli ospedali specializzati.

La particolare attenzione all'attività ginnica imposta ai piccoli malati aveva anche il desiderio di dare concretezza organizzativa a un certo associazionismo che esprimeva nell'educazione fisica una ideologia che si stava diffondendo tra scienziati, medici, educatori e politici: la convinzione che la ginnastica imposta ai giovani nel tempo libero, o praticata a scuola, avesse un posto di rilievo nel processo di nazionalizzazione degli italiani. (15)

Il 4 ottobre 1898, Angelo Mosso, nell'occasione del suo discorso inaugurale dell'anno accademico, oltre ad una ampia dissertazione sugli studi di biologia, novella scienza, con condanna di chi vedeva nelle scienze biologiche il rischio di un materialismo sterile, torna a difendere la sua tesi, cioè che l'uomo dovesse formarsi tutto intero, fisicamente, moralmente e intellettualmente.

Per fare ciò l'ideale era un ritorno alla tradizione greco-romana del pentathlon e dei giochi ginnici all'aria aperta, atti ad irrobustire la gioventù. (16)

Nel corso dell'800, la "scoperta del corpo" e della sua educabilità si era saldata con la progettualità politica e pedagogica della borghesia che individuava nella costruzione di una coscienza patriottica collettiva uno degli obiettivi centrali del proprio protagonismo sociale civile.

Infatti, la diffusione della ginnastica trovava la sua giustificazione anche nell'ideale di un cittadino-soldato addestrato sin da bambino a diventare un valoroso combattente.

Il 20 novembre del 1905, sempre Angelo Mosso, vanto della scuola torinese e dell'Accademia per i ben noti studi di fisiologia della circolazione e degli adattamenti fisici in alta quota, verrà invitato all'inaugurazione della nuova palestra ginnica al Valentino e in quella circostanza ribadirà il suo pensiero sull'educazione fisica, così esprimendosi:

L'educazione fisica deve essere intesa ai nostri giorni come un primario impegno educativo degli insegnanti. Finché saremo poveri e ignoranti non sapremo dare all'educazione fisica il suo giusto valore e la scuola non sarà che un luogo di disciplina ferrea e di livellamento di uniformità. Mentre l'educazione vera deve dare forza alle disuguaglianze e alle caratteristiche personali: l'auspicio è che l'educazione fisica diventi un ramo dell'insegnamento universitario come in Inghilterra e in America. Allora sentiremo di esserci molto elevati verso la civiltà. (17)

Nel 1893, Angelo Mosso aveva pubblicato *L'Educazione fisica della gioventù e Riforma della ginnastica*, in cui si scagliava contro quei sistemi nei quali non si pensava ad altro che al cervello.

Le sue idee riscossero molti consensi e altrettanti scetticismi, ma dopo aver lottato con perseveranza per questo scopo, coinvolgendovi uomini di governo e scienziati, ottenne una riforma che prevedeva finalmente l'introduzione dell'educazione fisica nelle scuole.

Sarà anche presidente della società ginnastica di Torino dal 1896 alla morte.

Nel 1920, Giovanni Gentile, nella fase di elaborazione del suo pensiero filosofico, affronterà le tesi di Mosso declinando in questi termini la questione antropologica soggiacente all'educazione fisica:

L'educazione fisica non si aggiunge all'educazione dello spirito: è anch'essa educazione dello spirito. Essa è la parte fondamentale di questa educazione; poiché il corpo è il fondamento, nel senso che abbiamo detto, della nostra spirituale personalità. Vivere è farsi il corpo: perché vivere è pensare; e pensare è aver coscienza di sé: di cui non si ha coscienza, se uno non si oggettiva; e l'oggetto come tale è il corpo (il nostro corpo). Tale coscienza, tale il corpo; non c'è pensare che non sia da fare. Il pensare vi fa il cervello, ma vi fa tutto il resto del corpo. Chiamatelo pure volete, ma non c'è un atto solo di pensiero che non sia quell'attività che risponde nella mente a questa parola. Senza volere voi non avrete corpo, perché il corpo è prima di tutto, e sempre, vita; e vivere non si può senza volere. (18)

Promozione dell'igiene pubblica

Nel 1883, Giulio Bizzozzero, futuro presidente dell'Accademia dal 1892, tiene un dotto e apprezzato discorso per l'inaugurazione dell'anno accademico: il tema trattato riguarda inizialmente l'eco dei risultati ottenuti da Robert Koch e dagli altri microbiologi emergenti che con la scoperta di specifici batteri avevano aperto nuove speranze per la cura di numerose malattie infettive mortali.

Ma le osservazioni si fanno più estese poiché le nuove scoperte devono sollecitare il decisore politico a una profonda revisione dei tradizionali protocolli igienico-sanitari in uso e, più in generale, a un grande ripensamento delle politiche

sanitarie nazionali, soprattutto per prevenire le infezioni e ridurre le possibilità di sviluppo delle epidemie.

Bizzozzero, dunque, indicherà come prioritari gli interventi di bonifica dei terreni malarici, la possibilità di disporre di acqua potabile e di un sistema fognario razionale, e soprattutto di introdurre un controllo capillare del territorio affidato a medici condotti, capaci di interventi tempestivi, istruiti e coordinati da un'organizzazione centrale preposta esclusivamente all'igiene pubblica.

Si tratta quindi di un discorso d'ampio respiro che è considerato dagli studiosi l'abbozzo del progetto di riforma sanitaria così come verrà concretamente recepito dalla legge per la tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica, meglio nota come legge Pagliani-Crispi del 1887.

Bizzozzero aveva già scritto, sempre più frequentemente, articoli per la Gazzetta del Popolo, e soprattutto saggi popolari, in cui, utilizzando un insolito linguaggio colloquiale, allertava sui danni da abuso di alcol, invitava la popolazione a non temere la bollitura dell'acqua prima dell'uso alimentare e sanitario, raccontava delle nuove tecniche di pastorizzazione, suggeriva semplici ma fondamentali precauzioni al fine di limitare il rischio di contrarre la tubercolosi.

La storia dell'Assistenza Sociale, nell'ambito di un progetto più vasto di sistema di "sicurezza sociale", aveva iniziato a strutturarsi in Europa sin dai primi anni del '600 sotto la spinta e l'egemonia della Chiesa. Erano state fondate congregazioni che si dedicavano alla raccolta di fondi per i poveri e istituzioni di ricovero per poveri in condizioni particolari come orfani, ammalati, ecc. Nel corso dell'800, si era affiancato all'obiettivo assistenziale anche quello educativo utilizzando i lasciti e le iniziative a favore delle Opere Pie le quali erogavano servizi e contributi a titolo "caritativo".

Ma l'assistenza viene ancora concepita come un fatto individuale di carattere religioso e paternalistico svolto dalla Chiesa, da borghesi e aristocratici filantropi per lo più spinti dalla volontà di "redimere" e "rieducare" gli immorali e gli emarginati, o quantomeno per controllarli e segregarli in strutture dove non disturbino l'ordine sociale e pubblico costituito.

Anche in Italia, prima dell'unificazione, la tradizione assistenziale rispondeva a tali criteri. L'assistenza era concepita come beneficenza di tipo privatistico, con

motivazioni etico-religiose volte più a "redimere" che ad alleviare i bisogni dei poveri, e la Chiesa era l'unica depositaria e custode dell'attività di beneficenza, della sua organizzazione e dell'amministrazione dell'ingente patrimonio destinato ai poveri.

La stretta sinergia, poi, tra ministri del culto e funzionari di assistenza aveva portato a identificare il "patrimonio dei poveri" con il patrimonio della Chiesa rendendo impossibile una reale distinzione nella concezione e nella realizzazione di queste due diverse attività.

Le Opere pie disponevano di una indipendenza assoluta dal potere civile, che rimaneva, nella maggioranza dei casi, completamente estraneo a questo campo di intervento. Con l'unificazione dell'Italia e la nascita del nuovo stato liberale, come conseguenza dell'avvento al potere della borghesia, si rompe questo secolare equilibrio.

Lo stato italiano si trova così a dover affrontare direttamente il tema dell'assistenza e il suo rapporto con essa.

Soprattutto, è necessario ampliare le strutture che devono ospitare tutti i nuovi laboratori di ricerca.

Perdurano nelle sedi accademiche le azioni dei grandi scienziati torinesi come Bizzozzero, Lombroso, De Filippi, Perroncito, Forlanini, Lessona, e ciò convince le istituzioni torinesi a trasferire in nuovi edifici al Valentino, gli istituti di fisica, chimica, farmacologia, fisiologia, patologia generale, anatomia umana normale, anatomia patologica e medicina legale.

La loro attività, nelle nuove sedi, produrrà ulteriori passi avanti nell'organizzazione didattica e in quella scientifica.

Per la spinta all'igiene pubblica sarà importante l'avvio dell'attività di laboratorio d'igiene, nel 1878, di Luigi Pagliani che, nel 1881, otterrà anche la prima cattedra della materia in Italia e sarà il maggior rappresentante e fulcro delle strategie della sanità pubblica in Italia.

Il richiamo al passato può essere utile per individuare, rendere visibile e valorizzare quelle pratiche di professione che rappresenteranno ulteriori forme innovative di presenza nella sfera pubblica.

Il grande dilemma degli scienziati alla fine dell'800: stare "dentro" o stare "fuori" dalla scena politica?

E qui ricompare la traccia evidente del ruolo istituzionale dell'Accademia di Medicina come già enunciato nel numero XLIX del Giornale dell'Accademia di Medicina del 1863, in cui compariva il testo per il “Progetto di legge per l'amministrazione sanitaria nel regno” compilato dal presidente dell'Accademia Giovanni Demarchi, anche capo sezione al ministero dell'Interno per la sanità.

Quindi, provvedimenti importanti di carattere normativo, ordinativo e organizzativo riguardanti la conduzione della Sanità pubblica e che vedono l'Accademia direttamente coinvolta nel loro determinarsi.

Anche la costituzione della prima cattedra di medicina del lavoro rappresenterà un buon successo ottenuto dall'elaborazione di un corretto progetto socio-sanitario.

Il 30 maggio 1929, la Facoltà di Medicina delibera a Torino, all'unanimità, la costituzione di una cattedra di Clinica delle malattie professionali ed è indicato quale insegnante il prof. Gustavo Quarelli, medico primario dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni e socio dell'Accademia di Medicina.

Con questa importante deliberazione, la Facoltà della Regia Università di Torino acquisisce una nuova benemerenzza non solo per lo sviluppo del movimento scientifico della medicina, ma anche in campo sociale, e di fronte al governo fascista nel dimostrare i modi e i tempi per accogliere le istanze previdenziali dei lavoratori.

La medicina deve interessarsi di politica, quella vera, quella dedicata al bene del popolo e tale assunto viene ribadito anche nell'occasione del congresso di Lione di Medicina del Lavoro, dove Quarelli così ribadisce il suo pensiero: “E' pure risultato che le Facoltà mediche universitarie debbono sentire interessi nuovi ed aprire i loro chiusi recinti alle correnti moderne: il vecchio tipo di insegnamento va ritoccato”.

In Italia c'erano già molti medici dedicati agli infortuni, ma scarsi erano quelli specializzati nella patologia medica del lavoro e nell'assicurazione contro le malattie professionali.

Eppure, l'Italia era stata la patria di Bernardino Ramazzini!

Non c'era neanche ancora la sensibilità dei medici a riconoscere la “natura professionale” di alcune malattie.

Finora i casi di malattie del lavoro venivano curati in Clinica medica generale commisti agli altri casi di malattie comuni, di mano in mano che venivano ricoverati.

Ma già il senatore Ferdinando Micheli non perdeva mai occasione per rilevare l'importanza del fattore "professione" nel determinismo di particolari tecnopatie.

Ora Gustavo Quarelli riconosce la necessità di inaugurare un insegnamento separato dalla clinica per le malattie professionali e per l'importanza che il loro studio particolare è venuto ad assumere in una fase di intensa attività industriale in cui mezzi sempre nuovi, fisici o chimici, introdotti in speciali lavorazioni possono divenire fonte di processi morbosi per il lavoratore.

Dalle sue ricerche sugli avvelenamenti da nitroglicerina a quelle più recenti e originali sulle intossicazioni da solfuro di carbonio, il prof. Quarelli porterà al suo attivo un buon numero di pregevoli indagini nella patologia del lavoro.

Un ricordo particolare è d'obbligo per Edoardo Perroncito per la scoperta e la cura dell'"anemia del Gottardo".

Conclusioni

L'impegno verso la comunità, con l'obiettivo di rivestire attivamente un ruolo politico e sociale, utilizzando gli strumenti delle proprie competenze scientifiche, fu perseguito dai presidenti e dai soci sin dall'inizio della nascita della Reale Accademia di Medicina.

Rigore scientifico, etica politica, servizio verso la collettività hanno caratterizzato la missione degli accademici in questi quasi 200 anni di vita.

Ne fa fede il numero elevato di clinici universitari, ospedalieri e medici in libera professione che avevano accettato negli anni anche cariche pubbliche, locali o nazionali, proprio con lo spirito di servizio verso la comunità.

Inoltre, era un impegno che sentivano di dover onorare con sincerità e non per lucro.

E allo stesso tempo è di onore per la nostra Accademia aver avuto dei soci che hanno prestato ai governi italiani la propria competenza e saggezza professionale con l'incarico di senatori dopo l'unità d'Italia.

Questo l'elenco: Giulio Bizzozzero, Camillo Bozzolo, Lorenzo Bruno, Antonio Carle, Pio Foà, Michele Lessona, Jacopo Moleschott, Angelo Mosso, Bellom Pescarolo, Luigi Pagliani (con l'incarico anche di direttore generale della Sanità pubblica).

Poi, nel secolo XX, altri medici torinesi siederanno nel Senato italiano, o nel Parlamento.

In stretta sintesi, sono stati presentate solo alcune delle tante istanze sociali che hanno visto protagonista la nostra Accademia, soprattutto tra il secolo XIX e XX.

Tra l'800 e il '900 si sono verificati grandi rivolgimenti nell'ambito della medicina, iniziati nel '700 quando la medicina cominciava a riscuotere importanti successi e si avviava a diventare una scienza naturale.

Diversi erano gli orientamenti filosofici (il meccanicismo e il vitalismo, ad es.), ma il medico non ha mai dimenticato la propria umanità mantenendo viva l'idea indicata da Ippocrate, *latròs philosophòs isothèos*.

La grande tradizione dei medici dell'800 era quella di non dimenticare che, nell'esercizio della loro professione, essi avevano a che fare con esseri umani.

Il medico poteva fare ricerche in laboratorio e limitarsi a ricorrere all'intelletto che lo portava a conoscere l'oggetto posto di fronte a lui, ma quando questi era un clinico doveva prendere in considerazione anche quegli elementi che vanno al di là del piano fisico, che sono metafisici, appunto.

In sostanza, negli anni considerati d'oro della medicina torinese, i colleghi accademici, e non solo essi, continuarono a preservare l'idea di medico: per i ricercatori o i pratici l'obiettivo era sempre l'uomo e non solo il fascino delle scoperte biologiche e fisiologiche.

C'era una equazione complessa da rispettare: la malattia, il malato, la società, il contesto sociale, la cultura; appartenevano a una concezione esistenziale giacché ad ammalarsi era certamente il corpo, ma attraverso di esso anche l'essere si ammalava poiché il corpo era un'estensione dell'essere.

Il grosso disagio della malattia, quindi, si riversava inevitabilmente sull'ambiente sociale, e anche lì il medico poteva dare il suo contributo culturale.

E questo deve essere considerato ancora oggi un buon insegnamento per il medico moderno.

Nel dipinto *La scuola di Atene* di Raffaello Sanzio, Platone è raffigurato con il braccio sollevato mentre punta il dito al cielo, indicando quel mondo delle idee da lui teorizzato e che, a suo dire, trascende il mondo sensibile. Aristotele, invece, viene ritratto con la mano aperta e puntata in avanti, ad indicare che oggetto della sua indagine filosofica è il mondo reale, ovvero il mondo degli uomini.

Per la nostra professione di medici, l'agire etico-sociale è di natura assai diversa dall'etica individuale.

Infatti, l'agire etico-sociale non è diretto alla realizzazione di un prodotto o di un servizio, bensì a sviluppare le qualità della persona stessa che agisce e/o della comunità nella quale essa è inserita.

Anch'esso, però, è guidato da un'idea o ideale (il bene individuale o collettivo) e può realizzarsi tramite una particolare abilità intellettuale che viene denominata saggezza pratica (o prudenza, in greco *phrónesis*), che consiste nella capacità di prendere decisioni prudenti e responsabili.

Il suo risultato mira alla crescita virtuosa di chi agisce bene e/o di chi ne è coinvolto.

Per concludere, sempre con Dante, nel canto V del "Paradiso", egli fa dire a Beatrice un'altra grande, perentoria ed essenziale affermazione:

"Non fa scienza senza lo ritenere avere inteso".

La guida mette in guardia il riverente discepolo: apri la mente, perché non basta capire, non basta il "sentito dire", ma occorre un coinvolgimento, il gusto di scoprire qualcosa di bello e di "fermarsi" dentro quel qualcosa.

Questo è "scienza" e questo è il significato del "ritenere", cioè del trattenere dentro di sé.

Col sacrificio dello studio, come ci dice Dante, forse in Accademia, in questi 178 anni siamo convinti di aver raggiunto due obiettivi: capacità di saper fare e aver dato una motivazione al nostro fare, cioè, prendere in cura i malati e curarli bene, che è lo scopo primo della medicina.

Bibliografia

- 1- M.U. DIANZANI, *La Medicina torinese fra vitalismo e positivismo*. Ed. AdM. 1999
- 2- B. ZANOBO, *L'opera di Bernardino Bertini come fonte di studio della medicina europea di primo Ottocento*. Giornale dell'Accademia di Medicina. 1996. Ed. Bodrato, Torino 1997, pag. 79-86
- 3- Fondo manoscritti B.C.T (Biblioteche Civiche Torinesi). *Orazione di Angelo Brofferio nella causa del medico G. De Rolandis dinanzi al R. Tribunale di Prefettura*. 28 marzo 1840.
- 4- L. BALARDINI, *della pellagra, del grano turco quale causa precipua di questa malattia e dei mezzi per arrestarla*. Ed. Lampato, Milano, 1845.
- 5- Bartolomeo Sella (Sella di Mosso 1776- 1861) era prozio dello statista Quintino Sella. La fusione degli studi medici con quelli chirurgici, più volte proposta nel tempo per consentire una più completa preparazione degli allievi, avverrà solamente nel 1857 con regio decreto 25 luglio n. 2324. Il Regolamento approvato per gli studi medico-chirurgici nelle Università di Torino, Cagliari e di Sassari stabilisce che le due Facoltà di Medicina e di Chirurgia vengano riunite in una sola sotto il titolo di *Facoltà Medico-Chirurgica*. La durata del corso di studi è di sei anni.
- 6- Minuta di lettera di Bartolomeo Sella al nipote Pietro Domenico Calvino (1808), S. MONTALDO: *Medici e Società. Bartolomeo Sella nel Piemonte dell'Ottocento*. Ed. Carrocci, 1998, pag. 17
- 7- S. Montaldo, *Medici e Società. Bartolomeo Sella nel Piemonte dell'Ottocento*. Carroccio Ed., 1998
- 8- E. MASENTI, A. BARGONI, *Centocinquanta anni dell'Accademia di Medicina di Torino*. Suppl. Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino, Torino, Ed. Bodrato, 1998: 71-95
- 8- S. MONTALDO, *Medici e Società. Bartolomeo Sella nel Piemonte dell'Ottocento*. Ed. Carroccio, 1998, pag. 95
- 9- M.U. DIANZANI, *La medicina torinese fra vitalismo e positivismo*. Giornale dell'Accademia di Medicina. Ed. Bodrato, 2000
- 10- da: *Gazzetta Piemontese* - 10 gennaio 1882
- 11- B. CROCE, *Storia d'Europa nel secolo decimonono*. Ed. Laterza. Bari, 1942. In Cosmacini G. *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*. Ed. Laterza. Bari, 1987, pag. 281

- 12- A. BARGONI, *La Reale Accademia di Medicina di Torino e il Congresso di Ginevra*, AA.VV.- *Storia della Croce Rossa in Piemonte dalla nascita al 1914*. Ed. Franco Angeli, 2015, pag. 256-280
- 13- A. BARGONI, *Centocinquanta anni dell'Accademia di Medicina di Torino*. Suppl. Giornale Accademia di Medicina di Torino, Torino, Ed. Bodrato, 1999, pag 71-95.
- 14- M.C MORANDINI, *Tra educazione e assistenza: la scuola speciale per ragazzi rachitici di Torino*. Da. History of Education & Children's Literature. VII, 2, 2012.
- 15- P. ALFIERI, *A qual fine vero e proprio debba rispondere la ginnastica nelle scuole*. Da: *Emilio Baumann e la manualistica ad uso dei maestri elementari all'indomani delle leggi De Sanctis*. History of Education & Children's Literature. VIII, 2, 2013.
- 16- da: Archivio Storico La Stampa - 4 ottobre 1898.
- 17- da: Archivio Storico La Stampa - 20 novembre 1905.
- 18- G. GENTILE, *Educazione fisica è carattere*. In: *La riforma dell'educazione. Discorsi ai maestri di Trieste*, (1920). Ed. Sansoni, Firenze 1975.

Le Figlie della Carità, dall'assistenza religiosa all'assistenza laica.

Maria Sinatra

Socia SISM (maria.sinatra@yahoo.it)

Riassunto

Si delinea la nascita e l'evoluzione delle Figlie della Carità, da volontarie al riconoscimento come "Confraternita della carità".

Nel 1616: da questa data per ben tre secoli, nell'Italia Meridionale, la figura della suora si sovrappone a quella dell'infermiera.

Nel 1937, con l'istituzione delle scuole "Convitto per Infermiere professionali", per la prima volta sarà ammesso il personale laico.

Summary

The birth and evolution of the Daughters of Charity is outlined, from volunteers to recognition as the "Brotherhood of Charity".

In 1616. From this date, for three centuries in Southern Italy, the figure of the nun overlaps with that of the nurse.

In 1937, with the establishment of the "Boarding School for Professional Nurses", lay staff will be admitted for the first time.

Parole chiave

Assistenza infermieristica, S. Vincenzo de Paoli, Suore Vincenziane

Keywords

Nursing Care, St. Vincent de Paul, Vincentian Sisters

Le Figlie della Carità - fondazione

Le Figlie della Carità nascono come associazione di volontariato, creata da S. Vincenzo de Paoli, sacerdote francese, particolarmente sensibile a iniziative caritatevoli.

In un primo momento, l'associazione con caratteristiche "laicali" prende il nome di "Compagnia delle Dame della Carità".

L'incontro di S. Vincenzo con Luisa di Marillac darà una svolta all'associazione. Luisa inizia ad accogliere le fanciulle volontarie in casa propria impartendo loro un'istruzione base, (si trattava quasi sempre di contadine analfabete) e i primi precetti di assistenza agli ammalati, precetti, basati fondamentalmente su "Opere di Misericordia". Di fatto, Luisa di Marillac costituisce una comunità femminile, per la prima volta fuori da un monastero, è il 29 novembre 1633. Le volontarie adesso avranno per "chiostro la strada e per monastero le case degli infermi". Non c'era un periodo di "noviziato", e i mesi di formazione erano chiamati "seminario".

Infine, nel 1646, quando l'arcivescovo di Parigi, Jean-Francois de Gondi, approva ufficialmente la "Confraternita della Carità" secondo il diritto naturale di associazione riconosciuto dalla Chiesa, le giovani, ormai suore, grazie allo status di confraternita hanno la possibilità di spostarsi da Parigi.

Alla morte di S. Vincenzo, nel 1660, esistevano già cinquanta case delle Figlie della Carità. Oggi, la congregazione è presente in ottantasei paesi con milleottocento sessanta comunità e circa 20.000 religiose.

Luisa di Marillac, con le sue direttive, costituisce di fatto, quelli che diventeranno i principi fondamentali dell'“assistenza infermieristica”, creando, per tre secoli, una forte sovrapposizione tra la figura della suora e quella dell'infermiera, così come è intesa ai nostri giorni.

È doveroso ricordare che le Figlie della Carità sono state impegnate anche negli ospedali militari, nelle visite ai detenuti, nelle scuole d'infanzia, negli ospizi, sempre accanto alle fasce più deboli della popolazione.

Le Figlie della Carità in Italia

Arrivano in Italia, dopo il 1800: le date a riguardo sono molto frammentarie.

Sono tutt'ora presenti in cinque province, che fanno capo alle città di Torino, Siena, Cagliari e Napoli, quest'ultima provincia si estende alla Sicilia, all'Abruzzo, al Molise, alla Campania, alla Puglia e alla Calabria.

In particolare, nella provincia di Napoli, giungono il 21 settembre del 1843, in numero di otto, grazie a P. Pasquale Fiorillo e con il sostegno del Re Ferdinando II di Borbone.

Da Napoli, a loro volta, con date diverse, saranno richieste in numerose città, sia sotto il Regno delle Due Sicilie, che sotto il Regno d'Italia. Così come dimostrano alcuni documenti d'archivio¹.

A Caltagirone, la filiazione è testimoniata da due contratti, il primo stipulato il 23 aprile del 1858, il secondo, è del 30 agosto 1869. In entrambi i documenti, sono richieste sei sorelle con esplicita destinazione, così assegnate: due all'Ospedale delle Donne, una all'Orfanotrofio S. Luigi, una all'Albergo degli invalidi e una all'Ospedale di S. Francesco di Paola.

¹ Archivio della Casa provinciale delle Figlie della Carità di Napoli.

La Madre Superiora dovrà rispondere delle somme loro assegnate per la gestione delle varie realtà, al Patrizio (sindaco) D. Giacomo Crescimanno, che aveva molto a cuore la loro presenza a Caltagirone².

A Palermo, invece, le Vincenziane, sono richieste dall'Amministrazione dell'Ospedale S. Saverio (che diventerà presto Ospedale Civico). La convenzione stipulata il 24 agosto 1898, ne richiedeva alla casa madre di Napoli, quattordici, tutte destinate al servizio ospedaliero.

In questo caso, le suore non si occuperanno soltanto dell'assistenza ai malati, ma anche della gestione della struttura e soprattutto delle forniture (ospedaliere). La Superiora dovrà dare conto delle somme assegnate al sig. Ignazio Florio, quale presidente dell'Ospedale.

Dall'assistenza religiosa all'assistenza laica

Il Regio Decreto n. 1832 del 15 agosto del 1925 istituisce le scuole-convitto per la formazione del personale infermieristico. In virtù dello stesso, la Direzione Generale della Sanità elabora delle direttive affinché queste siano attivate in grandi città, tra queste, Palermo.

Con decreto interministeriale del 20 maggio 1937 pubblicato sulla G. U. dell'8 luglio 1937 n.157 viene autorizzata l'istituzione della Scuola-Convitto per infermiere professionali "S. Vincenzo de Paoli", che sarà annessa all'Ospedale Civico. La scuola, per la prima volta, formerà un personale laico.

Fino al febbraio del 1971 e con la legge 124, il personale sarà esclusivamente femminile; pertanto, da adesso in poi la scuola diventerà: "Scuola per infermiere professionali".

Con la legge 795 del 1973, viene ratificato ed applicato l'accordo europeo di Strasburgo sull'istruzione e la formazione degli infermieri professionali, con lo scopo di uniformare il percorso di studi all'interno dell'Unione Europea.

Infine, nell'anno scolastico 1997-1998, ha inizio il primo corso di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche. Da lì a qualche anno, le suore escono definitivamente di scena, sia dalla direzione delle scuole per infermieri professionali che dall'assistenza agli ammalati.

²Archivio di Stato di Caltagirone, atto Notar L. Patti 16.6.1870 stipulato tra il Comune e le Figlie della Carità.

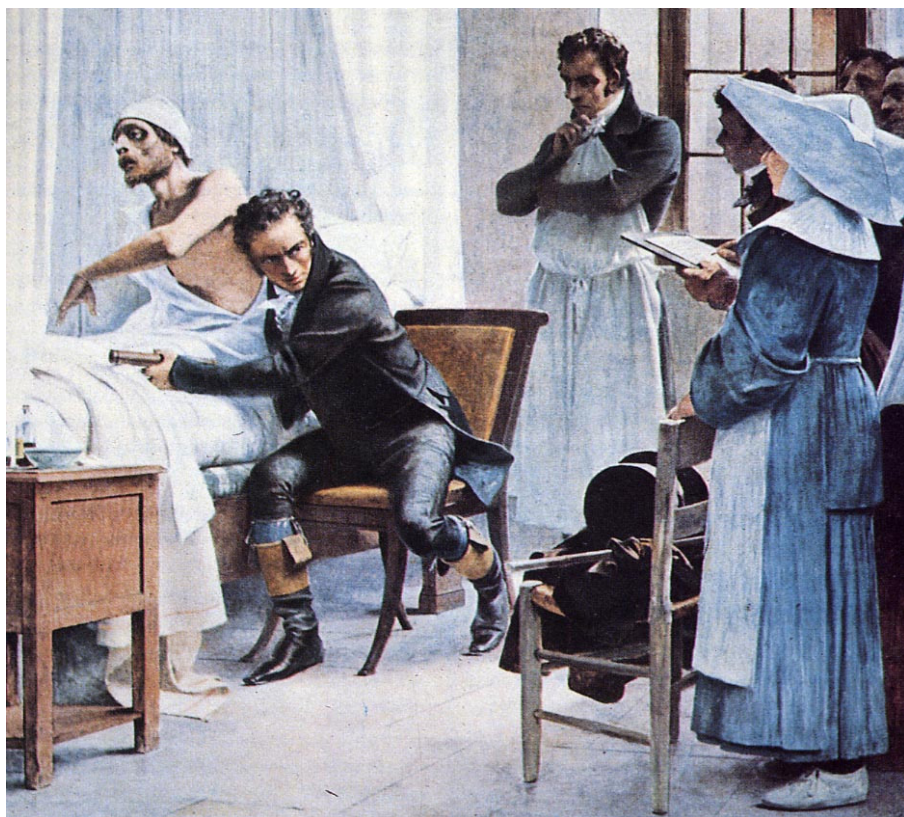


Fig. 1 - Theobald Chartran (1849-1907), René-Theophile-Hyacinthe Laennec visita un malato, olio su tela, Museo dell'Assistenza pubblica, Parigi

Si ringrazia il dott. Francesco di Grande – ex dirigente Infermieristico Osp. Gravina di Caltagirone, suor Annaluisa, comunità di Napoli, suor Susanna, comunità di Palermo, il dott. Francesco Paolo Failla, direttore della Biblioteca Diocesana di Caltagirone.

Bibliografia

Archivio delle Figlie della Carità, Ospedale Civico, Palermo.

P. COSTE, *Le grand saint du grand siècle, Monsieur Vincent*, Annali della Missione, Roma 1934.

S. FARÌ, *Date a Dio per il servizio dei poveri*, costituzioni delle Figlie della Carità.

S. LEONE, *Li Bonfratelli: la tradizione storica dei Fatebenefratelli a Palermo*.

Tip. Italia, Palermo 1990.

Ospedale Civico e Benfratelli, Carta dei Servizi, 1997.

Pel nuovo Ospedale, Tip. Castellana, Di Stefano, Sanzo, Palermo 12 maggio 1906.

Piccoli Echi, rivista delle Figlie della Carità, Napoli 1932-43.

Provincia di Napoli delle Figlie della Carità, progetto provinciale 1997

Raccolta memorie storiche, vita ed opere delle Figlie della Carità, Segretariato Casa Centrale, Napoli, Vol. I.

Regole delle Figlie della Carità, serve dei poveri infermi.

Un fuoco nuovo, documento interassemblare 1997.

L. VON MATT, L. COGNET, *Vincenzo de Paoli*, Stringa, Genova 1960

C. ZENCA, *Servire ... , un secolo di storia della Carità nell'Italia Meridionale*, Casa Centrale Figlie della Carità, Napoli 1960

Gestione e funzionamento dell'ospedale San Gallicano di Roma dal 1725 al 1826

Flavio Stocco

Istituto San Gallicano (IRCCS), Via Elio Chianesi 53, Roma (flavio.stocco@libero.it)

Riassunto

L'ospedale San Gallicano di Roma fu fondato nel 1725 da Papa Benedetto XIII con il compito di accogliere e curare i numerosi malati dermatologici di Roma. Le patologie cutanee contagiose erano molto diffuse nel XVIII e XIX secolo a causa della promiscuità sociale e delle condizioni igienico sanitarie precarie. Il nosocomio trasteverino fu edificato seguendo le più innovative tecniche ingegneristiche sanitarie dell'epoca e fu strutturato in base alla tipologia di pazienti ricoverati, i quali erano suddivisi in corsie e sale specificatamente adibite. Le fonti documentarie esaminate prevedono Bolle pontificie e Regolamenti ospedalieri che coprono un arco cronologico di circa un secolo, ossia dal 1725 al 1826. Queste testimonianze coeve e dirette permettono di ricostruire il funzionamento e la gestione della struttura ospedaliera, inoltre forniscono numerose informazioni inerenti alle mansioni svolte dal personale sanitario e alle norme che disciplinavano i singoli ruoli professionali. L'esempio del San Gallicano consente di comprendere come operasse uno degli ospedali più importanti della Roma papalina.

Summary

San Gallicano Hospital was founded in Rome in 1725 by Pope Benedict XIII to welcome and treat the numerous dermatological patients of Rome. Contagious skin diseases were prevalent in the XVIII and XIX centuries due to social promiscuity and precarious hygienic and sanitary conditions. Trastevere Hospital was built following the most innovative sanitary engineering techniques of the time and was structured according to the type of patients admitted, who were divided into wards and rooms specifically designated. The documentary sources examined include Papal Bulls and Hospital Regulations that cover a chronological span of about a century, i.e. from 1725 to 1826. These contemporary and direct testimonies allow us to reconstruct the functioning and management of the hospital structure, and also provide numerous information relating to the tasks performed by the healthcare personnel and the rules that govern the individual professional roles. The example of San Gallicano allows us to understand how one of the most important hospitals of papal Rome operated.

Parole chiave

Storia della medicina, storia della dermatologia, malattie della pelle, storia di Roma, ricerca d'archivio

Keywords

History of medicine, history of dermatology, Skin diseases, history of Rome, archival research

Introduzione

L'ospedale inteso come luogo in cui curare gli ammalati è un concetto risalente alla fine del XVIII secolo; ciò comportò un processo di organizzazione professionale e d'assetto disciplinare attraverso l'emissione di regolamentazioni che permisero una strutturazione organica dell'ente. In questo periodo di transizione, l'attenzione si spostò dalla *cura animarum*, propria del potere ecclesiastico, alla *cura corporum*, pertinente dell'*ars medica*. Negli ospedali si iniziò ad interessarsi più alle malattie del

degente che al peccato spirituale e per fare ciò l'approccio si basò sulla scienza piuttosto che sulla misericordia cristiana. Queste nuove dinamiche condussero a dei miglioramenti; su tutti la riduzione della diffusione delle epidemie e soprattutto il progressivo abbassamento della mortalità.

La regolamentazione dell'ospedale San Gallicano di Roma è un importante esempio di organizzazione ospedaliera risalente al XVIII secolo.

Nato nel 1725, per volere di papa Benedetto XIII (1724-30), l'ospedale San Gallicano di Roma fin dai primordi fu destinato alla ricezione e alla cura di pazienti affetti da patologie cutanee contagiose. La bolla di fondazione emessa il 6 ottobre 1726 dal titolo *Bonus ille aeternusque pastor* sancisce ed istituzionalizza la nascita del primo ospedale in Europa specializzato in malattie dermatologiche. Nel V paragrafo del chirografo pontificio sono esplicate le tipologie di morbi cutanei accettati e curati nel nosocomio romano, ossia la *lepra*, *scabie et tinea*, *seu prurigine in capite*, mentre erano esclusi la *lepra et scabie venerea seu gallica*¹. La bolla di fondazione tracciò le prime linee sanitarie ospedaliere che permisero di avviare la gestione e il funzionamento del nosocomio.

Regole del 1731

¹ Breve ragguaglio dell'ospedale nuovamente eretto in Roma dalla Santità di N. Sig. Benedetto XIII sotto il titolo di S. Maria e di S. Gallicano e delle opere di Carità che vi si praticano, Bernabò, Roma 1729, p. 50; M. G. BRUNO, *La vicenda storica dell'ospedale di S. Maria e S. Gallicano nel suo impianto architettonico, tipologico, funzionale e nei rapporti urbani in Trastevere*, Tesi di laurea in storia dell'architettura, Università degli studi di Roma La Sapienza, Facoltà di Architettura, a.a. 1991-1992, pp. 399-412; P. DE ANGELIS, *L'Ospedale di Santa Maria e San Gallicano*, Collana di studi storici sull'ospedale di Santo Spirito in Saxia e sugli ospedali romani 27, Nuova tecnica grafica, Roma 1966, pp. 135-149; F. CURZI, A. AIELLO, A. MORRONE, *History of the Santa Maria and San Gallicano Dermatological Hospital*, Ital J Dermatol Venereol, 156, 2021, pp. 23-24, doi: 10.23736/S2784-8671.19.06416-2; C. L. MORICHINI, *Degli istituti di carità per la sussistenza e l'educazione dei poveri e dei prigionieri in Roma*, Stabilimento tipografico camerale, Roma 1870, p. 165; L. MUSCARDIN, *Il primo ospedale dermatologico del mondo: l'Ospedale San Gallicano dall'origine (1725) fino all'inizio del XXI secolo*, in *Storia della Dermatologia e della Venereologia in Italia*, Springer Verlag, Milano 2014, p. 167; A. MORRONE, F. STOCCO, *Patients and health personnel of San Gallicano Hospital in Rome in the XVIII century*, "Medicina nei secoli. Journal of History of Medicine and Medical Humanities", XXXV, 3, 2023, p. 52; L. TAVERNITI, F. DE ROSA, *La Biblioteca storica dell'Istituto San Gallicano*, "Biblioteche oggi", XXXIV, 2016, p. 65.

Il 4 settembre 1731 furono pubblicate le Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano approvate dall'eminentissimo, e reverendissimo principe il signor Cardinale Pietro Marcellino Corradini Protettore d'esso spedale, le quali rappresentano il più antico regolamento di un ospedale dermatologico nel panorama europeo e la loro redazione fu dettata da un bisogno concreto che viene esplicitato con queste parole:

Dopo essersi provato per tre interi anni ciò che poteva o giovare, o nuocere al buon' ordine di sì grand'Opera, si è stimato, non doversi indugiar d'avantaggio il formar le Regole seguenti, in cui trattandosi con chiarezza e distinzione di quel tanto che praticare, studiandosi ciascheduno di osservarle esattamente, si riscuotano in realtà da tal' Opera quei grandi beni, a che ella è stata ordinata².

La regolamentazione del San Gallicano dettò le norme che governarono l'ospedale per oltre un secolo, formando religiosi dediti all'assistenza diretta dei pazienti bisognosi e lasciando ai medici le occupazioni sanitarie³. Le regole ospedaliere sancirono la nascita di un moderno ospedale attraverso disposizioni che trattano tematiche giuridiche, morali, comportamentali e pratiche mediche, fornendoci in questo modo una minuziosa descrizione sia della vita professionale, sia della vita quotidiana nel nosocomio. Esse contribuirono alla strutturazione del personale e alla suddivisione dei ruoli e delle competenze all'interno del nosocomio, riducendo per quanto possibile disordini e disservizi⁴.

L'incipit delle *Regole del Venerabile Spedale di Santa Maria e di San Gallicano* esordisce in questo modo:

² *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano approvate dall'eminentissimo, e reverendissimo principe il signor Cardinale Pietro Marcellino Corradini Protettore d'esso spedale*, Stamperia Girolamo Mainardi, Roma 1731, p. 4.

³ P. A. MEINER, *Origine, evoluzione e compiti dell'Ospedale di San Gallicano*, "Bollettino dell'Ospedale San Gallicano", I, 1947, p. 3; G. L. MASETTI ZANNINI, *Uno sconosciuto teatro anatomico a San Gallicano ospedale della carità*, "Capitolivm", XL, 12, 1965, p. 596.

⁴ CURZI, AIELLO, MORRONE, *History of the Santa Maria and San Gallicano Dermatological Hospital* cit., p. 24; L. MUSCARDIN, *Il primo ospedale dermatologico del mondo* cit., p. 168.

Se tutti i Luoghi hanno bisogno di alcune Regole, acciocché le Persone ascritte al servizio di essi tendano di concerto a quei santi fini, che in fondargli si sono avuti in disegno; in modo ben particolare ne abbisogna lo Spedale di S. Maria e di S. Gallicano, ove due Comunità, una di Ecclesiastici, l'altra di Zitelle, vivono ugualmente dedicate sì alla cura e all'ammaestramento de' Poveri Infermi, come al proprio loro spirituale profitto⁵.

Ogni opera pia aveva una propria gerarchia interna che permetteva di gestire e amministrare correttamente l'ente religioso e anche il San Gallicano ne possedeva una.

La figura più importante del nosocomio era quella del cardinale protettore, il quale rappresentava l'ospedale presso la curia romana e si interfacciava con il pontefice riguardo le necessità dell'opera pia. La carica di cardinale protettore era conferita direttamente dal papa sulla base delle richieste che gli pervenivano dagli enti interessati, oppure era assegnata dal cardinale segretario di stato dopo una decisione del pontefice. Il porporato aveva il compito di assegnare e gestire le rendite, i finanziamenti e le elargizioni pontificie⁶.

Il reale responsabile dell'ospedale era però il priore, il quale gestiva la struttura sia sul piano prettamente amministrativo sia a livello spirituale. L'assegnazione della carica era concessa solamente a un membro appartenente al personale ecclesiastico maschile ospedaliero, il quale possedeva il voto del sacerdozio e l'esperienza quadriennale in qualità di membro della comunità ospedaliera. La votazione avveniva per suffragio segreto tra gli ecclesiastici e, nel caso in cui l'esito della votazione avesse dato un esito pari, il cardinal protettore sarebbe intervenuto attivamente per l'investitura. La carica di priore durava fino alla morte del

⁵ *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., p. 3.

⁶ *Breve ragguaglio dell'ospedale* cit., pp. 48-49; DE ANGELIS, *L'Ospedale di Santa Maria e San Gallicano* cit., p. 57.

prescelto⁷. Nelle *Regole* si legge che: “Avrà questo Spedale un Superiore che immediatamente li governi; ed esso con titolo di Priore precederà a tutti gli altri Ministri, a tutti potrà comandare, e a tutta l’Opera dee soprintendere”⁸.

Il priore avrebbe svolto diverse mansioni affinché la gestione fosse efficiente. Egli avrebbe provveduto ai bisogni spirituali della famiglia religiosa e a quelli dei degenti, avrebbe amministrato i fondi economici e i beni mobili e immobili dell’ospedale, si sarebbe dedicato alle giornaliere opere assistenziali richieste dagli ammalati, infine, avrebbe mantenuto un ordine attraverso il rispetto di regole valide per ogni membro del personale ospedaliero imponendo delle punizioni e, nel caso in cui ci fosse stato bisogno, avrebbe attuato delle espulsioni⁹.

Il personale ospedaliero era composto da “Persone dedicate al servizio con Voto, non saranno d’ordinario più di quattordici, cioè sette Ecclesiastici, e sette Zitelle. Ma ben può l’Eminentissimo Protettore aumentar eziandio tal numero, secondo i bisogni del Luogo pio”¹⁰.

Il requisito di accesso prevedeva un periodo di noviziato da svolgere presso la struttura e variava in base al sesso, la durata per gli uomini era di due anni, mentre per le donne era di otto; quest’ultime avevano la possibilità di prendere i voti e rimanere al servizio dell’ospedale o tornare alla vita secolare¹¹. La scelta dei novizi spettava al priore, il quale dopo aver vagliato i diversi candidati li presentava al cardinal protettore che a sua volta emetteva il suo benestare.

⁷ Ivi, pp. 46-48; *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., pp. 4-5.

⁸ *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., p. 27.

⁹ Ivi, pp. 22-26; MORRONE, STOCO, *Patients and health personnel of San Gallicano Hospital* cit., p. 55; G. PICCIONE, *Sull’ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma e la sua farmacia rileggendo vecchi documenti*, ARCI, Roma 1983, pp. 49-51.

¹⁰ *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., p. 6.

¹¹ *Ibidem*; CURZI, AIELLO, MORRONE, *History of the Santa Maria and San Gallicano Dermatological Hospital* cit., p. 22; MORICHINI, *Degli istituti di carità per la sussistenza* cit., p. 167; A. MORRONE, C. MESSINA, *Ancient and modern pathologies and therapies: St. Gallicanus Hospital in Rome between the 18th and 20th centuries*, in “Clinics in Dermatology”, XL, 5, p. 892, doi: 10.1016/j.clindermatol.2021.03.014; M. PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, G. Giappichelli Editore, Torino 1994, p. 81.

Durante il noviziato, i neofiti seguivano contemporaneamente una formazione sia spirituale sia sanitaria; quest'ultima avveniva attraverso degli insegnamenti impartiti dai medici ospedalieri, in modo da apprendere i fondamenti della cura dei pazienti e dell'utilizzo dei medicinali; a conclusione dell'apprendistato, gli allievi erano sottoposti a un esame, sotto la supervisione dei medici. Per le donne la formazione era estesa ad ulteriori quattro anni¹².

La divisione tra il personale ospedaliero maschile e femminile era rigidissima e l'unico momento d'incontro consentito avveniva durante la celebrazione delle quotidiane funzioni sacre e durante lo svolgimento delle attività ospedaliere. I ruoli ricoperti dalle due comunità religiose erano i seguenti¹³:

Due infermieri, per ambo i sessi, dediti all'assistenza diurna e notturna dei malati. Essi avevano la mansione di coadiuvare il medico nella preparazione delle medicazioni e delle pratiche di bassa chirurgia, inoltre somministravano i medicinali e le bevande ai pazienti seguendo le indicazioni del medico.

Un economo, chiamato anche ministro della spesa, gestiva la spesa quotidiana dell'ospedale. Egli era responsabile degli approvvigionamenti giornalieri dell'ospedale e registrava i movimenti economici nel libro mastro, il quale mensilmente era controllato.

Un custode dell'ospedale, detentore delle chiavi, incaricato dell'apertura e della chiusura delle porte e degli infissi dell'edificio principale e dei suoi annessi.

Un ricevitore delle elemosine che amministrava le offerte elargite all'ospedale, le quali erano registrate su un libro che mensilmente era ispezionato.

¹² Breve ragguaglio dell'ospedale cit., pp. 40-44; Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano cit., p. 5, p. 17; L. HUETTER, *Spirito cristiano d'un vecchio regolamento Ospedaliero*, "Bollettino dell'Ospedale San Gallicano" II, 2, 1956, pp. 60-61.

¹³ Archivio di Stato di Roma, *Fondo ospedale San Gallicano*, b. 5 (Congregazioni/Relazioni al Papa/Notizie storiche, XVIII-XIX secolo); MORRONE, STOCCO, *Patients and health personnel of San Gallicano Hospital* cit., pp. 56-60; PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma* cit., pp. 52-55; Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano cit., pp. 6-8; L. TAVERNITI, A. DI CARLO, *The first 'rules' of an ancient dermatologic hospital, the S. Gallicano Institute in Rome (1725)*, "Int J Dermatol", XXXVII, 2, 1998, pp. 152-153, doi: 10.1046/j.1365-4362.1998.0

Due scrittori, rispettivamente un ecclesiastico e un'oblata, deputati a registrare tutti i pazienti su un apposito libro. Le informazioni dei degenti riguardavano: i dati anagrafici, i beni personali custoditi nel guardaroba, la patologia di cui erano affetti, il numero del letto assegnatogli, il giorno d'ingresso, dell'uscita o della morte. Questi dati erano poi utilizzati per redigere gli incartamenti propri dei pazienti, i quali erano inseriti nelle rispettive tavolette sanitarie.

Un dispensatore di rimedi, il quale consegnava medicinali, unguenti e preparazioni galeniche richiesti sia dai pazienti sia dal personale ospedaliero.

Un elemosiniere era colui che assegnava le donazioni ai pazienti bisognosi e provvedeva anche alla distribuzione dei pasti gratuiti per i più indigenti.

Le zitelle impiegate alla gestione del guardaroba, della dispensa, della cucina e della lavanderia.

Una rotara, ovvero un'oblata con il compito di gestire la ruota attraverso cui il personale religioso femminile entrava in contatto con i rimanenti addetti dell'ospedale. La rotara era anche la detentrica delle chiavi del settore femminile del nosocomio che comprendeva: la ruota, le grate, il giardino e il refettorio¹⁴.

Un'infermiera lancisiana predisposta specificatamente alla cura delle quindici pazienti denominate "inferme lancisiane", ossia quelle donne malate provenienti dai Rioni Ponte, Borgo Vecchio e Nuovo e dalle strade Lungara, Giulia e dell'Orso¹⁵.

Il personale ospedaliero prevedeva, oltre alle due comunità religiose, anche una componente laica che svolgeva le seguenti mansioni¹⁶:

Due medici incaricati della cura rispettivamente degli uomini e delle donne. I due dottori svolgevano le quotidiane visite di controllo al mattino e alla sera, disporre le terapie e monitorare assiduamente le condizioni dei pazienti più gravi. Nel caso in

¹⁴ *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., pp. 31-32.

¹⁵ Ivi, p. 25.

¹⁶ Ivi, pp. 8-9, p. 19; D. SAMPALIERI, *Archiospedale di S. Maria e S. Gallicano*, Arti Grafiche, Roma 1974, p. 8; MORRONE, STOCO, *Patients and health personnel of San Gallicano Hospital* cit., pp. 56-60.

cui un medico fosse stato impossibilitato o ammalato, l'ospedale avrebbe supplito a tale mancanza convocando un sostituto.

Un computista dedito alla gestione dei libri contabili nei quali erano annotati i crediti, i debiti e le rendite.

Un esattore addetto alla riscossione e al deposito delle rendite provenienti dagli immobili e dai terreni in possesso dell'ospedale.

Quattro giovani serventi, chiamati anche facchini, erano addetti alla manutenzione e pulizia sia dello stabile sia del cimitero annesso. Uno dei quattro inservienti era destinato al ruolo di spenditore, ossia colui che svolgeva le commissioni per la spesa quotidiana dei beni utili all'ospedale.

L'organigramma appena presentato denota che il personale ospedaliero era diviso tra laici e religiosi, le cui differenze risiedevano principalmente nello stile di vita.

La vita delle due comunità religiose era rigidamente regolamentata da alcune norme comportamentali che interessavano diversi aspetti della quotidianità, tra cui il divieto di praticare giochi d'azzardo "come di carte, dadi, e simili" o di praticare canti non religiosi¹⁷.

Le oblate erano coloro che dovevano rispettare il maggior numero di regole come, ad esempio, la conduzione di una vita di clausura evitando il contatto con il personale maschile, sia laico sia ecclesiastico, oppure il divieto d'uscita dall'ospedale senza l'esplicito consenso del priore, o anche l'obbligo di portare i capelli corti e indossare un'uniforme di saio nero disciplinato¹⁸.

La retribuzione è sicuramente un fattore diversificante tra i laici e i religiosi, infatti, mentre i primi beneficiavano di un regolare salario, i secondi lavoravano a titolo

¹⁷ *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., p. 12.

¹⁸ *Breve ragguaglio dell'ospedale* cit., p. 45; *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., pp. 11-13; L. HUETTER, *Spirito cristiano d'un vecchio regolamento Ospedaliero*, cit., p. 61.

gratuito ma con disposizione di vitto, alloggio, e in caso di necessità vestiario e farmaci¹⁹.

L'importanza cruciale della regolamentazione del 1731 risiede nella meticolosità delle norme che comportarono una precisa organizzazione dell'ospedale San Gallicano e una funzionale strutturazione del personale interno, a conclusione del documento si legge infatti che:

Queste sono le Regole da osservarsi nel Ven. Spedale di S. Maria e di S. Gallicano. E ciascuno a cui si appartengono, deve adempirle asattissimamente; si perché dall'osservanza di tali Regole si può dire, che dipendano del tutto il buon'ordine e 'l mantenimento di sì caritatevole, e sì grand'Opera²⁰.

Stabilimenti del 1743

Il primo luglio 1743, papa Benedetto XIV (1740-58) decise di trasferire presso l'ospedale San Gallicano i pazienti denominati rognosi febbricitanti, i quali fino a quel momento erano stati ricoverati presso l'ospedale di Santo Spirito in Sassia. Il trasferimento di questi malati comportò l'emanazione di nuovi regolamenti che permisero un riordinamento e conseguente aumento del personale ospedaliero. "Gli Stabilimenti Introdotti nel Venerabile Spedale di Santa Maria e Gallicano per il Puro Buon Servizio de' Rognosi Febbricitanti in Esso Trasportati al Primo di Luglio dell'Anno 1743" sono tuttavia un ampliamento e un miglioramento delle preesistenti norme redatte nel 1731.

¹⁹ Ivi, p. 39; *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., p. 6, p. 19; CURZI, AIELLO, MORRONE, *History of the Santa Maria and San Gallicano Dermatological Hospital* cit., p. 22; PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo* cit., p. 81; G. PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma* cit., pp. 41-45.

²⁰ *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano* cit., p. 34.

La regolamentazione del 1743 definì nettamente i ruoli dei religiosi e dei laici, introdusse specifiche figure sanitarie e specializzò quelle già presenti all'interno del San Gallicano.

La comunità degli ecclesiastici si ingrandì di numero e le mansioni furono circoscritte ai doveri religiosi. Il priore fu affiancato da un religioso con la carica di sotto priore, il quale faceva le sue veci in caso di assenza per malattia, licenza o impegni istituzionali. I religiosi furono suddivisi in tre sacerdoti e quattro confessori, tutti possedevano la facoltà di impartire la confessione e i sacramenti ai pazienti. Nello specifico, i confessori amministravano la spiritualità dei degenti attraverso l'impartizione di sacramenti come: confessione, santo viatico, benedizione in *articulo mortis*, comunione, estrema unzione e somministrazione dell'olio santo. Tutti i sacramenti ricevuti dai pazienti erano registrati sulle rispettive tavolette sanitarie. I confessori erano addetti anche all'accompagnamento dei pazienti terminali nella stanza chiamata sala dei moribondi, affinché vegliassero su di essi dandogli conforto fino alla morte²¹.

Prima dell'arrivo dei rognosi febbricitanti, l'ospedale aveva nel suo organico solo due figure sanitarie laiche, ossia i due medici che da soli provvedevano a tutti i pazienti. L'assetto strutturale e organizzativo ospedaliero creatosi nel 1743 portò all'inserimento di nuovi professionisti e alla loro definizione professionale²²:

Il medico principale aveva il compito di visitare tutti i pazienti presenti nell'ospedale siano essi uomini o donne. Egli provvedeva sia alle visite diurne la mattina e dopo pranzo, sia a quella serale. Era compito del primario medico valutare le condizioni

²¹ G. PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma* cit., pp. 37-38, pp. 52-55.

²² A.S.R., *Fondo ospedale San Gallicano*, b. 5 (Congregazioni/Relazioni al Papa/Notizie storiche, XVIII-XIX secolo); A.S.R., *Fondo ospedale San Gallicano*, b. 10 (Inventari delle corporazioni soppresse, i beni delle quali erano stati attribuiti all'ospedale, XVIII-XIX secolo); R. ARGENTIERI, S. BIONDI, *Intuizione clinica e superstizione precetti morali e assistenza sanitaria nell'antico regolamento dell'ospedale di San Gallicano*, "Bollettino dell'Ospedale San Gallicano", VI, 1, 1970, pp. 86-88; L. GRIFI, *Breve ragguaglio delle opere pie di carità e beneficenza ospizi e luoghi d'istruzione della città di Roma*, Tipografia della Rev. Cam. Apostolica, Roma 1862, p. 42; MORICHINI, *Degli istituti di carità per la sussistenza* cit., p. 167; MORRONE, STOCO, *Patients and health personnel of San Gallicano Hospital* cit., pp. 56-60; G. PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma* cit., pp. 38-40, pp. 55-78; SAMPLAMIERI, *Archiospedale di S. Maria e S. Gallicano* cit., pp. 7-8, TAVERNITI, DI CARLO, *The first 'rules' of an ancient dermatologic hospital* cit., p. 154.

degli ammalati, nel caso in cui gli infermi fossero stati contagiosi essi sarebbero stati immediatamente isolati in spazi adibiti, nel caso invece fossero stati malati con patologie diverse dalle dermatologiche sarebbero stati prontamente trasferiti negli specifici ospedali di Santo Spirito in Sassia, Santa Maria della Consolazione o San Giacomo in Augusta. L'equipe che coadiuvava il primario medico era composta dallo speziale che annotava prontamente la tipologia di preparazioni galeniche da realizzare, mentre il caporale, affiancato da un giovane, provvedeva alle medicazioni indicate dal primario medico.

Il chirurgo principale praticava gli interventi complessi di chirurgia, gestiva il fabbisogno di materiale medico a lui più utile, provvedeva alle medicazioni quotidiane ed era assistito sia dai due caporali sia dai giovani. L'operato del chirurgo principale e quello del medico principale erano strettamente correlati e giornalmente avveniva un confronto valutativo sulle condizioni dei degenti.

I due caporali erano le persone esperte nell'*ars medica* e svolgevano il maggior numero di pratiche medico-sanitarie ospedaliere; infatti, essi seguivano non solo il medico principale ma anche il chirurgo principale durante le visite. Essi prescrivevano le terapie da somministrare, le diete da far seguire ai pazienti e attuavano tutte le medicazioni sia di carattere chirurgico sia clinico. I due caporali vicendevolmente ricoprivano il ruolo di "capo sanguigna" per estrarre il sangue attraverso l'utilizzo di salassi e mignatte, similmente rivestivano la mansione di "capo unzionario" per l'applicazione di empiastri, senapismi, vescicanti e pomate, inoltre avevano la responsabilità di supervisionare l'operato dei giovani presenti nell'ospedale. I due caporali, in caso di assenza del medico principale o del chirurgo principale, potevano sostituirli per quanto riguarda i compiti giornalieri come le visite e le medicazioni. Infine, essi erano deputati alla compilazione sia delle tavolette sanitarie dei pazienti attraverso l'applicazione dei segni stampati sia della stesura di un bollettino contenete tutte le informazioni dei degenti, dei guariti dimessi e dei morti.

Il litotomo era lo specialista impiegato per le operazioni di litotomia, ossia estrazione dei calcoli dall'apparato urinario e siringazione delle ritenzioni urinarie. Il litotomo

oltre agli interventi concernenti l'apparato urologico, si occupava anche delle operazioni oculistiche, soprattutto le cataratte.

Lo speziale era delegato alla creazione dei preparati galenici (lozioni, pomate, unguenti, senapismi, vescicanti, clisteri ed impiastri) seguendo la formulazione dettata dal medico principale. Nel 1743 il San Gallicano fu provvisto di una prima spezieria i cui utensili, materiali e semplici furono forniti direttamente dall'ospedale di Santo Spirito in Sassia.

Quattro facchini addetti ai lavori di manutenzione, di nettezza e di regolare gestione dello stabile ospedaliero. Questi inservienti provvedevano all'apertura e chiusura dell'androne principale e delle finestre delle corsie, dell'approvvigionamento di acqua e dell'accensione dei fuochi per le varie funzioni domestiche. Essi ricoprivano anche la mansione di beccamorti, ovvero di coloro che trasportavano i pazienti deceduti e provvedevano alla loro sepoltura nel cimitero interno dell'ospedale.

Otto giovani ospedalieri che costituivano il nervo principale dell'ospedale e svolgevano funzioni prettamente di assistenza ai due medici dell'ospedale o ai due caporali. I giovani erano suddivisi, in base all'anzianità di servizio e capacità, in sei anziani e due novizi. La differenza tra anziani e novizi risiedeva sia nella tipologia dei compiti da svolgere sia nella remunerazione, infatti, i primi percepivano un regolare salario mentre i secondi prestavano i loro servizi gratuitamente fino a quando non avveniva l'inserimento tra gli anziani. I quattro giovani più capaci e pratici svolgevano i compiti più complessi, mentre gli altri quattro seguivano i primi per fornirgli ciò di cui avevano bisogno. I compiti svolti erano tra i più disparati. Il giovane più pratico nella scrittura ricopriva il ruolo di scrivano e si occupava della registrazione dei pazienti e i loro rispettivi dati sul libro ospedaliero specifico. Queste informazioni erano trascritte in duplice copia, le quali sarebbero state inserite rispettivamente nel fagotto di proprietà del paziente riposto nel guardaroba e nella borsetta affissa alla tavoletta sanitaria vicino al posto letto assegnatogli. I giovani più competenti nell'arte chirurgica prestavano ciclicamente supporto al chirurgo principale durante la visita giornaliera e provvedevano alle fasciature, medicazioni, stesura dei preparati galenici e alle piccole operazioni chirurgiche. Infine, i novizi erano predisposti ai bagni e alle unzioni terapeutiche. La selezione per scegliere i giovani seguiva dei criteri sia medici

sia religiosi. Essi erano scelti tra gli studenti di medicina che avessero già superato l'esame di chirurgia presso il Santo Spirito ed avessero accumulato la dovuta esperienza nell'arte medica. Il priore del San Gallicano sceglieva i giovani anche attraverso dei canoni così esplicitati: "i più timorati di Dio, i più benestanti, virtuosi, robusti, in perfetta salute".

Norme e sanzioni ospedaliere

Gli stabilimenti del 1743 fissarono delle norme dettagliate e severe, affiancate da una serie di punizioni in caso di negligenze. La rigida disciplina ospedaliera era valida per i religiosi, i laici, gli inservienti e i degenti.

L'importanza di queste regole risiede, oltre al valore prettamente normativo, anche nella descrizione particolareggiata della vita quotidiana all'interno del nosocomio. La differenziazione delle norme si basava sulla gravità delle possibili trasgressioni commesse e il cardinal protettore era l'unico che aveva l'autorità di infliggere o moderare le sanzioni, ciò avveniva solamente dopo aver vagliato attentamente ogni singolo caso²³. Le pene si suddividevano in tre gradi, mentre in caso di perdita di oggetti di proprietà dell'ospedale si provvedeva a un'ammenda pecuniaria.

Il primo grado prevedeva la contumacia, ossia l'esclusione dal refettorio e quindi dai pasti, ed era applicata per coloro che commettevano disubbidienze più leggere. Le disposizioni appartenenti a questo grado sono in totale trenta e alcune di esse sono:

- 1) Chi per sciocchezza, o per trascuraggine romperà le robe dello Spedale, o verseranno tanto i medicamenti che ogn'altra cosa; [...] 8) Chi sarà veduto a parlare, e trattarsi colle Donne, che vengono a visitare gl'Infermi, o le faranno entrare nella corsia in ore proibite; [...] 21) Chi nella visita del Medico no attaccherà i segni

²³ PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo* cit., pp. 238-244.

secondo l'ordine del Medico, o che nel dare i medicamenti purganti no attaccherà la Carta alle Tavolette da capo al letto; [...] 30) Quei sacerdoti finalmente, che non saranno pronti ad accorrere per dare i Sacramenti, ogni qual volta vengon chiamati, o in caso di bisogno ricuseranno di prestare aiuto ai loro compagni²⁴.

Il grado successivo di inosservanza comprendeva un totale di ventuno norme, la cui infrazione era punita con il servizio alla mensa ed inoltre:

S'obbligano a intervenire nel Refettorio, ed in tempo che gli altri mangiano, si far star quivi in piedi, e colla testa scoperta con un tavolino avanti, su cui si posano un boccaletto d'acqua, ed una pagnotta, senza che possano neppure toccarla”²⁵.

Le direttive di questa tipologia erano prettamente sanitarie come ad esempio:

4) Chi dei Giovani no ubbiderà ai Caporali, o risponderanno essi insolentemente, ovvero ai Sacerdoti, e ad altri suoi maggiori; [...] 5) Chi mancherà alla Visita del Medico, del Chirurgo, o ad apparecchiare alla Carità o a fare, e stirare i letti senza averne avuto prima la permissione del priore; [...] 16) Chi sbaglierà in far le cartelle, o non le consegnerà a chi si conviene o non eseguiranno giustamente l'ordine delle stesse²⁶.

La violazione delle quindici regole ospedaliere più importanti era sanzionata con il licenziamento, tra questi precetti si annoverano:

1) Chi bestemmierà il nome di Dio, ovvero de' Santi, e quei che faranno a Superiori disubbidienza formale, o si porteranno verso i medesimi con disprezzo in fatti o in parole, o non accetteranno le loro mortificazioni, o con essi petulamente contrasteranno; [...] 8) Chi toglierà la roba della famiglia, o dello Spedale, o

²⁴G. PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma* cit., pp. 79-82.

²⁵ Ivi, p. 79.

²⁶ Ivi, pp. 82-84.

danneggerà la medesima con malizia, siccome quello che toglierà denari, o roba agl'Infermi, o ricevendoli dagli stessi non le consegnerà a chi deve; [...] 9) Tutti quei che maltratteranno gl'Infermi, li percuoteranno, o diranno loro parole ingiuriose, o per malizia non li puliranno dalle sporcizie ecc., o à medesimi non presteranno quei aiuti, che saranno necessari; [...] 11) Tutti coloro, per negligenza de' quali morirà qualche ammalato, senza prima ricevere i Sacramenti, o senza la dovuta assistenza intorno alla raccomandazione dell'anima; [...] 13) Chi sbaglierà nello scrivere, o nel dare medicamenti, così nel far le sanguisughe, ed applicar vescicanti ecc, ad un infermo per l'altro²⁷.

Un caso di licenziamento ci è testimoniato da un documento d'archivio risalente al 1824 in cui si legge:

La Eccellentissima Deputazione informata del crudele trattamento usato da Luigi De Ciantis e da Luigi Desantis verso un fanciullo tignoso il dì 27 del decorso giugno, ordina che i suddetti Luigi De Ciantis e Luigi Desantis siano immediatamente espulsi dal Luogo Pio e cancellati dal ruolo gente; e vuole che il presente Decreto resti affisso nell'ospedale ad esempio degli altri, e che tutti sappiano come la pena della espulsione e della radiazione dal ruolo sarebbe stata ugualmente applicabile ai colpevoli per qualunque anche più leggera offesa e violenza usata agl'Infermi, i quali da tutti gl'Inservienti debbano essere riguardati come i loro Padroni e Beni Dalla Segreteria Generale della Deputazione, 2 luglio 1824

Tavolette sanitarie

Il San Gallicano per monitorare i suoi pazienti si dotò delle tavolette sanitarie, le quali possono essere facilmente considerate come le antesignane delle moderne cartelle cliniche.

²⁷ Ivi, pp. 85-86.

Ogni paziente possedeva una propria tavoletta ed essa conteneva informazioni sia del malato ricoverato nel letto sia di quello posto nella cosiddetta cariola, ossia un prolungamento del letto ospedaliero che fungeva da posto di ricovero di un ulteriore degente in caso di necessità o di sovrannumero.

La tavoletta, appesa di fianco al letto dell'infermo, era suddivisa a seconda dalla funzionalità: una sezione era riservata al paziente alloggiato nel letto, mentre un'altra era destinata al paziente nella cariola; nelle due parti intermedie erano collocati rispettivamente i segni dietetici e quelli prettamente clinici; infine nella parte inferiore era appesa una borsetta nella quale erano custoditi gli incartamenti con le informazioni dei pazienti, ossia anagrafica, giorno d'ingresso in ospedale e tipologia di fagotto o averi custoditi nel guardaroba.

La tavoletta aveva contemporaneamente la doppia funzione di vademecum spirituale e di resoconto clinico. I medici e i religiosi affiggevano alcuni simboli convenzionali e codificati dall'ospedale. Fig.1

I quattordici simboli ospedalieri avevano i seguenti significati:

- (1) Segno di terza, che significa che l'Infermo deve avere un sol ristorativo con rosso d'uovo in luogo del pranzo, o cena;
- (2) Segno che l'Infermo deve mangiare alla seconda Tavola;
- (3) Segno che l'Infermo non deve mangiare il pane;
- (4) Segno di dieta;
- (5) Segno della zuppa di vino;
- (6) Segno del vino;
- (7) Segno che l'Infermo ha la diarrea;
- (8) Segno che l'Infermo mangia la carne;
- (9) Segno che l'Infermo deve mangiare a pranzo, e a cena al Tavolino della Guardia;
- (10) Segno che all'Infermo gli si fanno i bagni;
- (11) Segno che l'Infermo è scorbutico;
- (12) Segno che l'Infermo ha mal pel Chirurgo;

- (13) Segno che l'Infermo ha presa la medicina;
(14) Segno che l'Infermo ha avuto l'Olio Santo²⁸.

I segni, realizzati in carta stampata, indicavano in modo specifico: la tipologia di vitto da fornire, le medicazioni da praticare, le terapie da somministrare e l'entità dei sacramenti impartiti o mancanti. Queste informazioni assumono grande importanza per comprendere l'approccio medico utilizzato al San Gallicano nei confronti delle patologie dermatologiche dell'epoca.²⁹ Le prescrizioni dietetiche costituivano l'elemento cardine delle terapie ospedaliere, poiché avevano scopi ricostituenti, purganti, depurativi o emollienti³⁰.

Riguardo al vitto ospedaliero servito ai pazienti, negli *Stabilimenti* del 1743 si legge che:

A quelli, che hanno il segno della Terza gli si dà sempre tanto a pranzo, che a cena un semplice ristorativo fatto con un rosso d'uovo, e devono prenderlo tardi. A quelli che hanno il segno della Seconda gli si dà sempre tanto a pranzo che a cena la sua minestra, un uovo once quattro di pane, e dell'acqua, e devono mangiare alla seconda tavola. A quelli che hanno il segno della Dieta gli si dà simile come sopra; poi hanno ancora il segno della Zuppa di vino, di questa glie se ne dà due fettarelle, ma tanto alle seconde, quanto a questi quando hanno il segno Senza pane questo non gli si dà. A quelli che hanno il Segno di vino gli si dà tanto a pranzo, che a cena la sua minestra, mezza libra di pane, un uovo, ed una tazzetta di vino adacquato. A quelli che hanno il segno della Carne gli si dà la sua minestra, libra mezza di pane, once tre di carne la mattina, a pranzo, ed un uovo a sera. A quelli che si fanno i

²⁸G. PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma* cit., p. 42.

²⁹ ARGENTIERI, BIONDI, *Intuizione clinica e superstizione precetti morali e assistenza sanitaria* cit., p. 89; A. CANEZZA, *Gli arcispedali di Roma nella vita cittadina, nella storia e nell'arte*, Tipografia Fratelli Stianti, Roma 1933, pp. 108-109; MORRONE, STOCO, *Patients and health personnel of San Gallicano Hospital* cit., pp. 60-61; G. PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma* cit., pp. 41-43; SAMPALIERI, *Archiospedale di S. Maria e S. Gallicano* cit., p. 6; TAVERNITI, DI CARLO, *The first 'rules' of an ancient dermatologic hospital* cit., p. 154.

³⁰ PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo* cit., p. 240.

bagni hanno sempre una pagnotta di once otto; tanto a pranzo, che a cena, ed il resto a tenore de' segni. A quelli che hanno il segno di diarrea gli si dà sempre la minestra di pasta, ed il vino rosso invece del bianco³¹.

Avvento delle Suore Ospedaliere della Misericordia

Nel 1823, Annibale della Genga (1760-1829) fu eletto papa prendendo il nome di Leone XII e durante il suo pontificato si dedicò alla riforma dell'assetto degli ospedali romani attraverso una riorganizzazione che portò a una uniformità del personale sanitario.

Il 3 gennaio 1826, fu emesso il Motu Proprio dal titolo *Erectio communitatis mulierum oblatarum valon in valetudinario nuncupato ad Sancta al Sanctorum urbis, et confirmatio regularum in eo observandarum* in cui è esplicitamente dichiarato che:

Uno de' principali risultati della Visita Apostolica da Noi aperta, e che va felicemente progredendo, deve esser quello di migliorar sempre più, e di ridurre alla possibile perfezione l'opera interessantissima de' pubblici Spedali di Roma, monumenti insigni di quella Cristiana Carità, che così bene risplende in questa Capitale dell'Orbe Cattolico³².

Per giungere a questo obiettivo si decise di affidare le mansioni ospedaliere alle Pie Donne dell'archiospedale di Sancta Sanctorum, le quali possedevano i giusti requisiti per compiere tale incarico:

Quindi nel rivolgere le Nostre cure ad oggetto sì grande, e sì caro al Nostro cuore, abbiamo fissato gli occhi sull'Unione di pie Donne formata da pochi anni nell'Ospedale di Sancta Sancotrum, e oltre di esserci recati sulla faccia del Luogo, ed avere esplorato lo spirito, e li desiderj di quelle, che la compongono, ce ne siamo fatti rendere esatto conto dal Convisatore di detto Ospedale. [...] Abbiamo

³¹ G. PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma* cit., p. 43.

³² *Bullarii Romani continuatio Summorum Pontificum Clementis XIII, Clementis XIV, Pii VI, Pii VII, Leonis XII, Pii VIII et Gregorii XVI, XVI*, Roma 1854, p. 379.

veduto con molta Nostra sodisfazione i vantaggi, che già ne risultano, e quelli ancora maggiori, che potranno ottenersi, quante volte si dia a questo nuovo Istituto la conveniente solidità ed estensione. [...] Le abbiamo giudicate meritevoli della Nostra approvazione³³.

Fig. 2

Papa Leone XII con questo chirografo sancì un riconoscimento ufficiale delle Pie Donne e decretò che “L’attuale unione delle pie Donne addette all’Ospedale di Sancta Sanctorum sarà eretta in Comunità di Oblate Ospedaliere con Voti semplici sotto la regola da Noi approvata”³⁴.

Le pie donne, a cui fa riferimento il Motu Proprio, sono le Suore Ospedaliere della Misericordia. La congregazione delle ospedaliere nacque il 16 maggio 1821 all’interno dell’archiospedale del Santissimo Salvatore in Sancta Sanctorum a Roma, odierno ospedale di San Giovanni in Laterano, per volontà della nobildonna romana Teresa Orsini dei duchi di Gravina (1788-1829), sposa del principe Luigi Giovanni Andrea V Doria Pamphilj Landi (1779-1829). Le Suore Ospedaliere della Misericordia furono la prima congregazione religiosa femminile ospedaliera di Roma e la sua fondazione fu una risposta a un bisogno impellente della società romana del XIX secolo, ossia l’assistenza dei malati negli ospedali³⁵.

Il documento papale, attraverso quattordici sezioni, regolamentò la vita spirituale e professionale delle suore stabilendo i ruoli, le mansioni e le attività svolte sia all’interno del nosocomio sia nella vita quotidiana.

Nell’ospedale le Suore della Misericordia svolgevano sia incarichi inerenti alla gestione e amministrazione dell’azienda:

3. Verrà ad esse affidata la Cucina, e le rimanenti Officine, che saranno in grado di amministrare con vantaggio dell’Ospedale” sia compiti sanitari rivolti alle donne

³³ Ibidem.

³⁴ Ibidem.

³⁵ DE ANGELIS, *L’Ospedale di Santa Maria e San Gallicano* cit., p. 76.

ricoverate “5. Verranno altresì incaricate della distribuzione de’ Medicinali, e di tutti que’ Rami di servizio interno dell’ospedale, che siano a portata del loro sesso, e della loro abilità [...]”³⁶.

Le oblate per compiere tali funzioni seguivano non solo un regolare corso di lezioni ma anche un apprendistato tenuto da medici e chirurghi; infatti, nel documento papale si legge: “4. Avendo già incominciato le Ospedaliere l’esercizio della bassa Chirurgia, continueranno ad applicarvi, e vi sarà come al presente un Professore di specchiatissima condotta destinato ad istruirle”³⁷. Il percorso formativo si riteneva concluso solo dopo aver superato un esame finale³⁸.

I punti focali del Motu Proprio, che determinano il nuovo fondamentale legame tra le suore e l’ospedale San Gallicano, sono però le sezioni nove e dodici, in cui è affermato:

9. Volendo Noi, che la nuova Comunità sia piantata sopra solide basi, stimiamo indispensabile, che l’Istituto abbia una Casa di Noviziato. Per ora si supplirà alla meglio, ma quanto più presto si possa, il Noviziato, non essendovi modo di stabilirlo nel Locale di Sancta Sanctorum, si eriggerà in quello di S. Gallicano, ch’è facilmente suscettibile di un aumento di Fabrica. [...] 12. Affinché l’Istituto delle Ospedaliere possa estendere maggiormente la sua utilità, non deve restringersi al solo Ospedale di Sancta Sanctorum, ma dilatarsi agli altri Ospedali di Roma, dove sieno Inferme del Sesso. Il primo Ospedale sarà S. Gallicano, in cui avranno le Ospedaliere il Noviziato³⁹.

Il rapporto tra le Suore Ospedaliere e il San Gallicano ebbe così inizio durante il pontificato di papa Leone XII. La relazione tra le ospedaliere e il pontefice si consolidò ulteriormente con Gregorio XVI, il quale nel 1831, adempiendo a una

³⁶ *Bullarii Romani continuatio Summorum Pontificum Clementis XIII* cit., p. 379.

³⁷ *Bullarii Romani continuatio Summorum Pontificum Clementis XIII* cit., p. 379.

³⁸ DE ANGELIS, *L’Ospedale di Santa Maria e San Gallicano* cit., p. 77.

³⁹ *Bullarii Romani continuatio Summorum Pontificum Clementis XIII* cit., p. 380.

visita apostolica nell'Istituto delle Ospedaliere, affermò che “da questa pia opera sarebbero derivati frutti copiosissimi alla salute spirituale e morale delle povere malate”.

Il Breve del 1831 sancì definitivamente l'approvazione pontificia della congregazione religiosa femminile e ordinò la costruzione di un nuovo edificio per il noviziato⁴⁰.

Le Suore Ospedaliere della Misericordia andarono di fatto a sostituire gradualmente il personale ecclesiastico sanitario femminile all'interno dei nosocomi romani come decretato nel chirografo del 1826 in cui è spiegato:

2. Tostocchè la nuova Comunità composta di Oblate e di Converse abbia un numero sufficiente di Soggetti per poter supplire al servizio ordinario dell'Ospedale, rimarranno escluse le Serventi venali, né potranno queste esser ammesse in avvenire, se non nel caso di straordinario bisogno, cessato il quale verranno licenziate⁴¹.

La presenza effettiva delle suore all'interno del San Gallicano è testimoniata già nel documento *Ruoli degl'Individui dell'Ospedale, dei Ministri dell'Azienda e Giubilati-febbraio 1826* in cui è elencato e descritto il personale femminile ospedaliero con le rispettive mansioni⁴².

Il connubio tra l'ospedale San Gallicano e le Suore Ospedaliere della Misericordia, creatosi circa duecento anni fa, tutt'oggi persiste e permette ancora alle sorelle di perseguire pienamente il loro quarto voto, cioè quello dell'Ospitalità. Nel San Gallicano le suore compiono quotidianamente la quinta opera corporale della Misericordia, cioè l'assistenza ai malati, promuovendo l'umanizzazione di questo servizio e focalizzandosi sui bisogni globali della persona, come fu decretato nel primo regolamento della congregazione risalente all'11 luglio 1827.

⁴⁰ DE ANGELIS, *L'Ospedale di Santa Maria e San Gallicano* cit., pp. 78-79; GRIFI, *Breve ragguaglio delle opere pie di carità e beneficenza* cit., p. 41.

⁴¹ *Bullarii Romani continuatio Summorum Pontificum Clementis XIII* cit., p. 379.

⁴² A.S.R., *Fondo Ospedale S. Gallicano*, b. 155 (Giustificazioni diverse, 1826).

Professioni	Personale ospedaliero		
	1731 ⁴³	1743 ⁴⁴	1826 ⁴⁵
Uomini Religiosi			
Priore	1	1	1
Sottopriore	\	1	\
Prefetto	\	\	2
Confessore	\	4	2
Decano	\	3	4
Infermiere	1	\	\
Economo	1	1	1 (laico)
Custode	1	1	1 (laico)
Ricevitore delle elemosine	1	\	\
Scrittore	1	\	\
Dispensatore di rimedi	1	\	\
Elemosiniere	1	\	\
Donne Religiose			
Priora	\	\	1
Maestra delle ragazze	\	\	1
Infermiera	1	\	3
Infermiera Lancisiana	1	\	\
Scrittrice	1	\	\
Rotara / Portinaia	1	1	1
Guardaroba	1	1	2
Cuciniera	1	1	4
Dispensiera	1	1	2
Lavandaia	1	1	4
Laici			
Medico	2	1	1
Chirurgo	\	1	1
Medico assistente	\	\	1

⁴³ *Regole del ven. spedale di santa Maria e di S. Gallicano approvate dall'eminentissimo, e reverendissimo principe il signor Cardinale Pietro Marcellino Corradini Protettore d'esso spedale*, Stamperia di Girolamo Mainardi, Roma 1731.

⁴⁴ PICCIONE, *Sull'ospedale di S. Maria e S. Gallicano di Roma cit.*, pp. 37-86.

⁴⁵ A.S. R., *Fondo Ospedale S. Gallicano*, b. 155 (Giustificazioni diverse, 1826).

Lettore di fisiologia	\	\	1
Sostituto lettore di fisiologia	\	\	1
Caporale	\	2	\
Litotomo	\	1	\
Capo sanguigna	\	\	1
Giovane di medicheria	\	\	1
Giovane	\	8	4
Speciale	\	1	1
Facchino	4	4	3
Dispensiere	\	\	1
Refertoriere	\	\	1
Esattore	1	1	1
Computista	1	1	1

Tab. 1 - Tabella esplicativa del personale ospedaliero religioso e laico presente nell'ospedale San Gallicano negli anni 1731, 1743 e 1826.

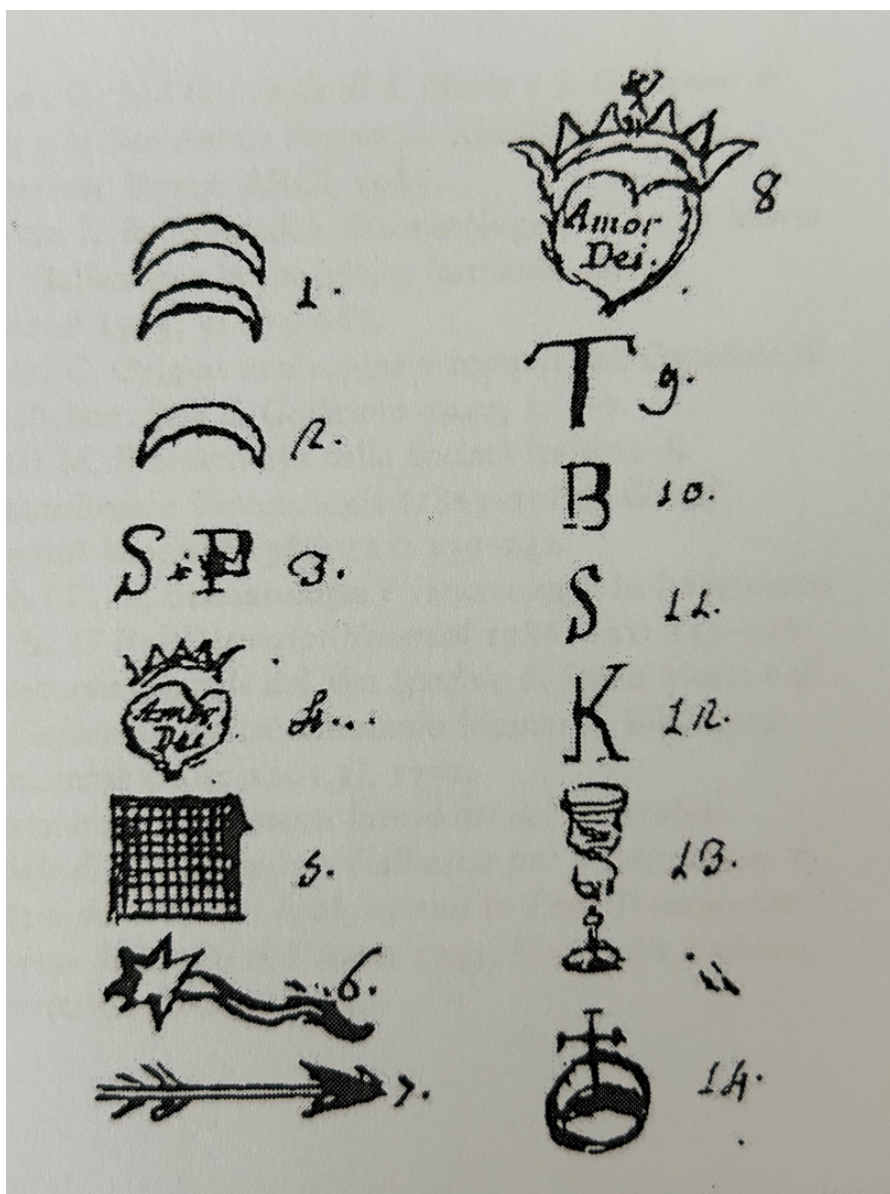


Fig. 1 - Codici delle tavolette sanitarie dell'ospedale San Gallicano.

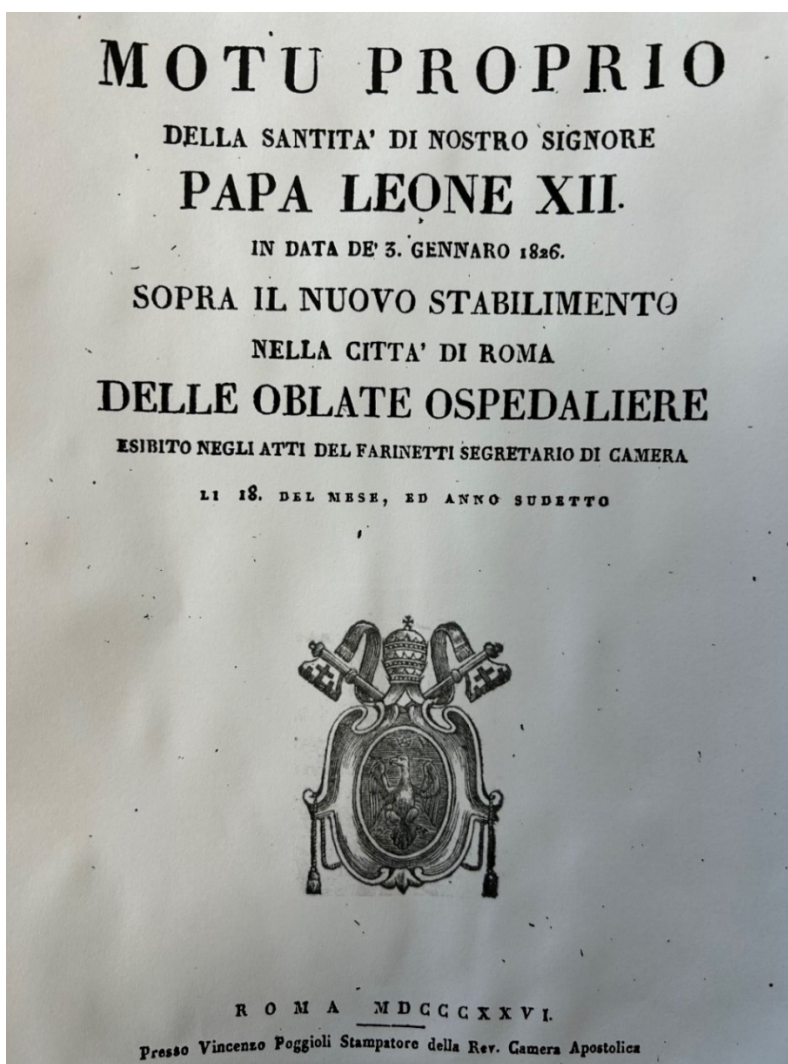


Fig. 2 - Frontespizio del "Motu Proprio della Santità di Nostro Signore Papa Leone XII in data de' 3 gennaio 1826 sopra il nuovo stabilimento nella città di Roma delle oblate ospedaliere, Vincenzo Poggioli Stampatore della Rev. Camera Apostolica, Roma 1826".

Medici e Medicina di montagna nelle Valli Valdesi fra Ottocento e Novecento

Anna Vittoria Tarascio

Medico chirurgo (tarascio@alpimedia.it)

La storia della Medicina è un affascinante viaggio nei secoli, sempre scoprendo nuovi principi, metodi, strumenti e molecole.

Il fascino dell'800 è legato all'attenzione alla medicina del territorio, dove la cura della gente comune diventa un capitolo importante. Questo in quanto il pensiero è influenzato dal Razionalismo della Rivoluzione francese, e dal Positivismo proprio del pensiero romantico.

Sul piano sociale, la Rivoluzione Francese e l'epoca Napoleonica hanno avuto il grosso merito di considerare il diritto dell'uomo malato di essere curato, povero o ricco che fosse.

Questo ha influenzato l'organizzazione ottocentesca della cura alla popolazione e la necessità della presenza di un medico per i poveri, costituendo liste di poveri con diritto alla cura gratuita (fig.1).

Nasce così la figura del Medico Condotta.

Organizzazione sanitaria

I Comuni si fanno carico dell'opera del medico. Verrà costituito un consorzio fra Comuni per agevolare il carico di spesa, istituito dalla Prefettura.

Il medico condotto ha l'obbligo di residenza nel Comune stesso; deve essere disponibile giorno e notte, festivi compresi, per effettuare attività di ambulatorio, visite domiciliari e per svolgere mansioni di ufficiale sanitario, responsabile dell'igiene. Riceverà una indennità per il suo lavoro cui si aggiunge l'indennità di cavallo per potersi spostare, o di bicicletta, di un mezzo adeguato di trasporto. La notte dovrà essere disponibile e dovrà essere accompagnato al domicilio del malato a cura dei richiedenti.

Avendo lavorato come medico di medicina di famiglia nelle Valli valdesi, in Val Germanasca per più di un trentennio, ho approfondito la ricerca del medico condotto di montagna; questa sezione è per me di particolare fascino in quanto ricca di umanità, di contatto con la popolazione, con le tradizioni locali, consentendo di osservare il territorio da un punto di vista antropologico.

Nelle Valli la situazione è sicuramente faticosa, le distanze sono importanti, le vie insicure; frane, neve, ghiaccio sono la normalità. Così l'indennità sarà più alta per i comuni più lontani e per le frazioni.

Il medico condotto deve prendersi cura della popolazione. È un lavoro molto duro, massacrante. Molti medici non resistono, fanno brevi periodi, chiedono licenze e aspettative oppure si trasferiscono.

La Condotta medica ha avuto una regolamentazione giuridica dal 1865. Oltre al medico troviamo la levatrice, anche lei con obbligo di residenza nel Comune. Il medico era assunto per chiamata dall'amministrazione comunale. Il pubblico concorso si avrà solo in seguito alla legge 25 febbraio 1904 n. 57.

Dopo la nomina del medico condotto, l'amministrazione comunale procedeva all'adozione del cosiddetto capitolato, regolamento e contratto di locazione.

Il Medico Condotto svolgeva molte attività: si faceva carico di effettuare piccoli interventi di cisti, ascessi ed estrazioni dentarie semplici e si recava inoltre alle

carceri vicine. Erano di sua competenza anche le attività necroscopiche, di igiene, le attività vaccinali, eseguite di domenica per non disturbare i lavoratori in fabbrica durante la settimana. Dava disponibilità 24 ore su 24.

Spesso, se ci fosse stato un ospedale nelle vicinanze, il medico avrebbe coperto un certo numero di ore e, se i Comuni avessero avuto difficoltà economiche, avrebbe cercato pazienti nei comuni vicini.

Per ciò che riguarda il Pinerolese, nell'800 c'era una presenza ospedaliera, per lo più a carattere confessionale, opere pie per soggetti poveri, le cui spese erano sostenute dai comuni e dalle chiese e più tardi da associazioni di mutuo soccorso. Le prestazioni erano a pagamento per chi poteva.

Le Congregazioni di carità dovevano essere presenti nei diversi comuni come opere parrocchiali. (legge 378/1867). Ne troviamo in molti Comuni. Sono istituite per l'amministrazione di beni destinati ai poveri, di soccorso ai bisognosi, orfani, figli abbandonati, con padre in carcere o in ospedale, lavoratori con numerosa figliolanza, vecchi senza assistenza, donne sole, gente in miseria senza colpa o delitto. Furono disciplinate con la legge sulle opere pie 17/7/1890 n° 6972.

I Concorsi Valdesi operavano con la Borsa dei poveri.

I valdesi avevano difficoltà ad accedere agli ospedali come, ad esempio, al Mauriziano di Luserna Alta, per la differenza di fede e le pressioni che avrebbero ricevuto. Così nacquero gli Ospedali Valdesi: il primo a Torre Pellice, inaugurato nel 1826, con l'aiuto delle Chiese protestanti di Europa, poi a Pomaretto nel 1828, inizialmente come sede distaccata di Torre Pellice.

Fra Ottocento e Novecento, le malattie più frequenti erano: tubercolosi, polmoniti, febbre malarica, difterite nei bambini, poliomielite, tifo da consumo di acqua dei pozzi, gastroenteriti, malattia reumatica, sindromi da denutrizione, rachitismo e malformazioni a causa di matrimoni fra parenti. C'erano poi malattie professionali, come l'asma da cotone nei cotonifici e da macerazione nei setifici. L'ambiente di lavoro era spesso pieno di umidità e di freddo. Malattia diffusa era la silicosi dei minatori.

L'Igiene lasciava a desiderare.

Nelle ispezioni generali di Sanità Pubblica del 1806, nel pinerolese, si riscontrò molta umidità nelle case e tracce di rame, piombo, arsenico, funghi e veleni nell'ambiente. Si trovarono casi di tisi, cancro e rachitismo, di tifo e di carbonchio.

Il medico condotto assume anche il ruolo di Medico Igienista; si occupa del controllo delle acque, della potabilità, del controllo dell'igiene delle abitazioni. Spesso si fa la clorazione dell'acqua.

Egli si occupa anche di vaccinazioni. Nell'800 ci fu un'assidua campagna vaccinale antivaiole: Il 14 maggio 1796, E. Jenner praticò la prima vaccinazione antivaiole. Napoleone la rese obbligatoria per i suoi soldati. La campagna fu assidua nelle Valli del Pinerolese.

La Medicina, che è scienza e arte, poté usufruire di strumenti diagnostici molto utili.

Nell'800 ricordiamo l'invenzione dello Stetoscopio (Laennec, Parigi, 1818), che permise l'auscultazione accurata dell'apparato respiratorio. Altra invenzione importante fu lo sfigmomanometro (Riva-Rocci, Pavia, 1896), che permise la determinazione della pressione arteriosa. La Chirurgia poté avvalersi della scoperta dell'anestesia, (Morton, 1856) con l'uso del protossido di azoto, dei vapori di etere, poi del cloroformio (Boston).

Arriviamo a inizio '900: la Fiat era nata nel 1899, e, nel 1920, fu istituita la Società Mutua aziendale Lavoratori Fiat-Malf. Nacque allora la figura del medico della Mutua Fiat.

Nel 1907, a Villar Perosa, nacque la RIV, azienda metalmeccanica specializzata nella produzione di cuscinetti a sfera, il cui proprietario, Giovanni Agnelli, era podestà comunale di Villar Perosa. La cittadina si popolò, mentre le borgate si spopolarono; in RIV c'era un ambulatorio medico gratuito molto frequentato.

Infine, il 23/12/1978 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

Epidemie

Nel 1835, scoppia il Colera, Cholera morbus. Il 24/08/1835 viene richiesta ai Comuni, da parte del Rappresentante della giunta Provinciale di Sanità, di trovare

ognuno un edificio adatto come “Casa di Soccorso” per ricovero di coloro che non potevano essere curati a domicilio. In val Germanasca viene costituito il Comitato di Sanità della Val San Martino e un Comitato Secondario di Salute Pubblica a Prali, alta valle. A Ghigo viene trovato un locale adatto come Casa di Soccorso, abbastanza isolato, arioso, con cloaca adatta (presso la Vicaria Cattolica). Si ha notizia delle misure di contenimento emanate dalla Prefettura competente e di un libretto di *Instruction populaire* (fig.2) della vicina Francia, che illustrano cosa fare in attesa del medico, come riconoscere i primi segni:

Il malato deve essere steso su di una poltrona, avvolto nella lana e fare bagni di vapore usando sassolini roventi lanciati nell'aceto, uno appresso all'altro a pochi secondi di distanza. Sono consigliati cataplasmi di farina di grano di lino caldi e con essenza di trementina.

Sono emanate misure sanitarie di disinfezione e di quarantena e inviate a tutti i sindaci.

Il Ministero dell'Interno ordina che «i passeggeri e le merci provenienti dalla vicina Francia debbano essere sottoposti ad una quarantena di cinque giorni prima di lasciarli penetrare nello Stato».

Balli e feste pubbliche sospesi:

nelle attuali circostanze di temuta epidemia colerosa, e quale misura di precauzione per tenerla lontana, reputo opportuno che vengano sospesi i balli e le altre feste pubbliche, e prego perciò la S.V. di astenersi fino a nuovo avviso dallo accordare gli occorrenti permessi.

Viene lanciata la campagna vaccinale per vaccinazioni e rivaccinazioni. Nel 1870-1900, scoppia un'epidemia di Vaiolo. Il vaiolo nero giungeva dalla Francia, da Tolone e Marsiglia. Spesso il contagio passava dalla val Pragelato.

Vennero promosse una campagna vaccinale e le misure di contenimento. I malati dovevano essere isolati e le camere, i mobili e la biancheria disinfettati. Bisognava

cospargere di calce i cadaveri e i funerali dovevano farsi al cimitero senza pompe funebri di accompagnamento.

Si ha inoltre notizia di epidemie di Tifo e Dermotifo (1874, 1893 e 1925) e di Influenza nel 1918/19 e di Influenza grave nel 1927-29.

Nel 1910, dalla Sottoprefettura del Circondario di Pinerolo, giunge ai Sindaci una circolare in cui si raccomanda l'uso di un efficace mezzo di disinfezione per oggetti e ambienti, consistente in un apparecchio a vapore fluente facilmente "improvvisato mediante botti", a basso costo, con allegato un disegno per la sua realizzazione (fig.3)

1918-1920, epidemia di Spagnola.

La Spagnola giunse dagli Stati Uniti, diffondendosi in Francia, poi in Spagna e in Italia.

Era il tempo della guerra, della crisi economica, di una crisi che non aveva certezze e necessitava di sicurezze. La Stampa censurava la situazione sanitaria per non creare allarme e disfattismo. La medicina era nell'incertezza, si faceva prevenzione con le disinfezioni, non c'erano rimedi o farmaci sicuri. La Spagnola fu la "Congiura del silenzio"; non se ne poteva parlare e colpiva molte famiglie, c'erano molti casi e molti morti. Le scuole diminuirono temporaneamente le ore delle lezioni, le chiese ridussero le celebrazioni del culto.

Terapie, farmaci e farmacie

Per ciò che riguarda le cure, erano molto diffusi i rimedi popolari. Moltissimi gli infusi di piante. La tosse e le malattie polmonari, le polmoniti, venivano trattate con l'uso di cataplasmi caldi a temperatura progressivamente decrescente. Molte malattie erano incurabili e ci si accontentava di abbassare la febbre con impacchi freddi ai polsi, inguini e fronte, idratare e somministrare una dieta adeguata.

Si utilizzavano le purghe per lasciar uscire le tossine.

Ricordiamo le tre L per i malati di reni, Lana-latte-letto; le manipolazioni, la soffiatura per l'herpes Zooster o "Fuoco di Sant'Antonio".

Il Prezzemolo serviva per far andar via il latte, per diminuire la portata lattea dopo il parto. Gli impacchi di Violetta e di malva servivano per la mastite.

La Montata lattea era favorita dalla Violetta tricolor e Calcarata, raccolta nei pascoli alpini. Il finocchio e l'Artemisia Vulgaris e Glacialis si usavano per regolare il mestruo e per la dismenorrea.

Le Otiti si curavano con gocce di olio tiepido.

I montanari erano buoni conoscitori delle erbe: le accoglievano e preparavano con esse tisane, oleoliti, impiastri.

Un'erba molto amata era l'Ipericum Perforatum, la "*Trafourèllo*", a fiori gialli i cui petali sono traslucidi per la presenza di piccole ghiandole ricche di olio. Se ne fanno estratti oleosi.

Sulle ulcere delle gambe da sofferenza venosa si usavano le foglie di Farfaraccio.

E cosa dire del Lichene Islandico, "*Erbo de la velho*", raccolto sulla corteccia degli alberi, come cura per il raffreddore e la tosse? Veniva preparato un decotto buttando via la prima acqua di infusione perché amarissima, poi si mescolava con il miele. Ricordo anche lo sciroppo di rape rosse!!

Per l'apparato respiratorio era molto comune l'uso di tiglio, miele, verbasco.

Così la Verbena e l'Assenzio per i dolori dentali. Vi ricordate la vecchia canzone: "Fior di Verbena se qualche pena l'amor ti dà [...]?"

Ancora l'Arnica Montana. il *Tabacàs* (perché spesso essiccata e fumata come tabacco), per i dolori muscolari, oleolita o impiastro.

Per fare impiastri o creme si usava una base di cera d'api, lavorata col calore.

Per i dolori muscolari anche l'Achillea Millefolium, così denominata perché Achille ne faceva uso e aveva il tallone in perfetta forma.

Non possiamo dimenticare le fette di patata cruda per curare le scottature, miracolose grazie alla dismissione di amido. Si mettono a contatto con la zona ustionata e si fa un bendaggio.

La Medicina! La panacea di tutti i mali era il sogno dei medici dell'antica Grecia. Il re Mitridate mise il suo sigillo alla prima "teriac" della storia. Il console romano Pompeo la portò a Roma. Plinio il vecchio fissa in 54 il numero dei semplici indispensabili alla sua confezione e il simbolo sarà il serpente di Ippocrate.

La sua formula, più volte modificata, è rimasta scritta nelle farmacopee del XIX secolo, insieme ai primi prodotti di sintesi.

Siamo nell'800: avviene una revisione delle farmacopee dominate secondo le teorie di Ippocrate e Galeno.

Ippocrate: il corpo si cura aiutandolo a recuperare l'equilibrio; Galeno: La malattia ha un agente eziologico.

Linneo lavora raggruppando i medicinali in classi conformi, "*Censura Simplicium*".

Vengono introdotti principi nuovi, i succedanei della china (radice di canna, corteccia di salice, ippocastano).

Sono rivalutati altri principi quale la digitale come rimedio all'idropisia. L'indagine chimica viene utilizzata per cercar di isolare i principi attivi dei medicinali naturali.

In particolare, la china. A Parigi si isolava la chinina e la cinchonina dalla radice di china. E, nel 1826, si preparava il chinino.

Nel 1838, Piria isola l'acido acetilsalicilico dalla corteccia del salice.

Nell'800 appaiono le prime cattedre di chimica. Quando i collegi stavano sparendo in seguito ai decreti napoleonici, ricordiamo gli *Annales de Chimie* di Lavoisier.

Nelle grandi città troviamo farmacie che facevano preparazioni in base a ricettari, formule antiche, miscele vegetali.

Si trovano estratti secchi, estratti molli, tinture, preparati, unguenti.

La difficoltà maggiore per i farmacisti è sintetizzare gli acidi, reagenti utili per le reazioni chimiche.

L'acido fosforico è stato ricavato dall'urina.

Carlo Erba è il primo farmacista dell'800; farà fare un salto all'industria del farmaco nel 1853.

Negli anni '30 dell'800 viene scoperto lo iodio e la santonina; Robiquet isola la codeina dall'oppio, Geiger la colchicina dal colchico. Già nel '700, Spallanzani aveva studiato il succo gastrico; si sintetizzeranno la pepsina e la chimosina.

Nel 1853, esce la Farmacopea per gli Stati Sardi e, nel 1867, esce il Codice Farmaceutico Romano.

La Prima Farmacopea ufficiale si ha nel 1892, la Farmacopea del Regno d'Italia di Guareschi e Vitali, che ottenne una drastica riduzione delle voci medicinali, mettendo ordine nei principi attivi.

Ne ricordiamo il lattofosfato di calcio, per assimilare il calcio per il rachitismo, il liquido di Lugol, a base jodica, la polvere di liquerizia speciali composta, la Confectio Sennae per la stipsi, con Cassia e Tamarindo in marmellata di prugne e fichi; le pillole di Rabarbaro composto con aloe e mirra; la polvere di Dower con ipecaquana e oppio, calmante della tosse; tutto ricettato e poi preparato nelle farmacie, con etichetta propria. Schiapparelli e Carlo Erba docent.

Ricordiamo la scoperta degli alcaloidi, la produzione del chinino (per il paludismo), grazie a Pelletier, cui seguì Merk che isolò poi la morfina, la narcotina, l'emetina, la stricnina, la brucina, la papaverina.

Lavorando sul chinino, si scoprì l'antipirina, ad azione analgesica e antipiretica. Nascono a fine '800 le maggiori Case Farmaceutiche, Bayer, Ciba, Sandoz.

I farmacisti più preparati avevano un laboratorio con materie prime e facevano preparati galenici, producendo farmaci diversi, cachet, sciroppi, elisir a base di sciroppo e di alcool, granulati, emulsioni, pastiglie e anche fiale iniettabili. Naturalmente non mancavano i preparati a base di erbe, estratti molli, tinture, tisane, impiastri.

Grande scoperta fu quella di Fleming: la penicillina. Nasce l'antibiotico.

Compare poi la chemicetina, usata per il tifo.

Ci sarà poi la comparsa del cortisone. Kendall, Reichstein e Hench otterranno tutti e tre il premio Nobel nel 1950.

Nel 1952 Sabin prepara il Vaccino Antipolio.

Il Gatto Guffatto
d. Castiglione

868

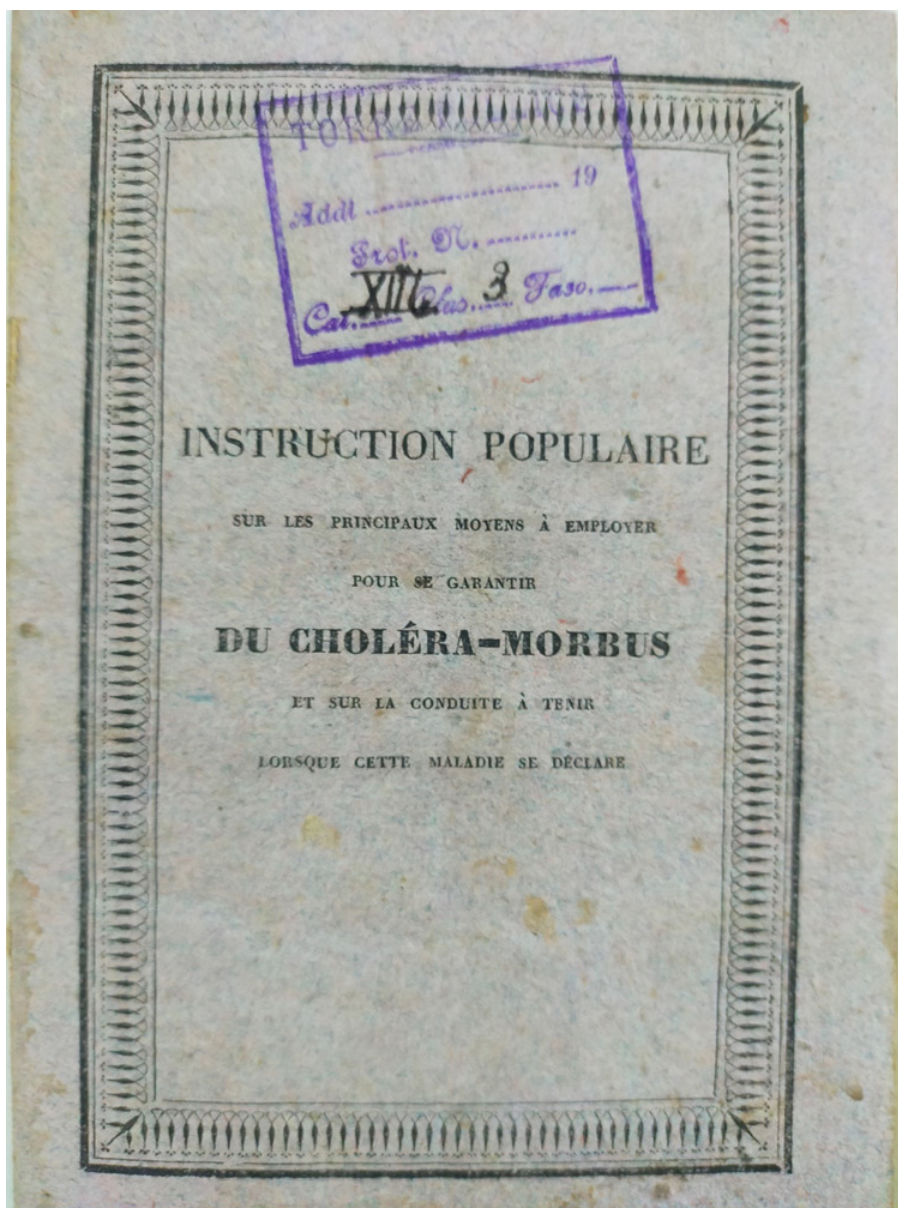


Fig. 2 - Instruction populaire du choléra – morbus (Foto Archivio Perrero)

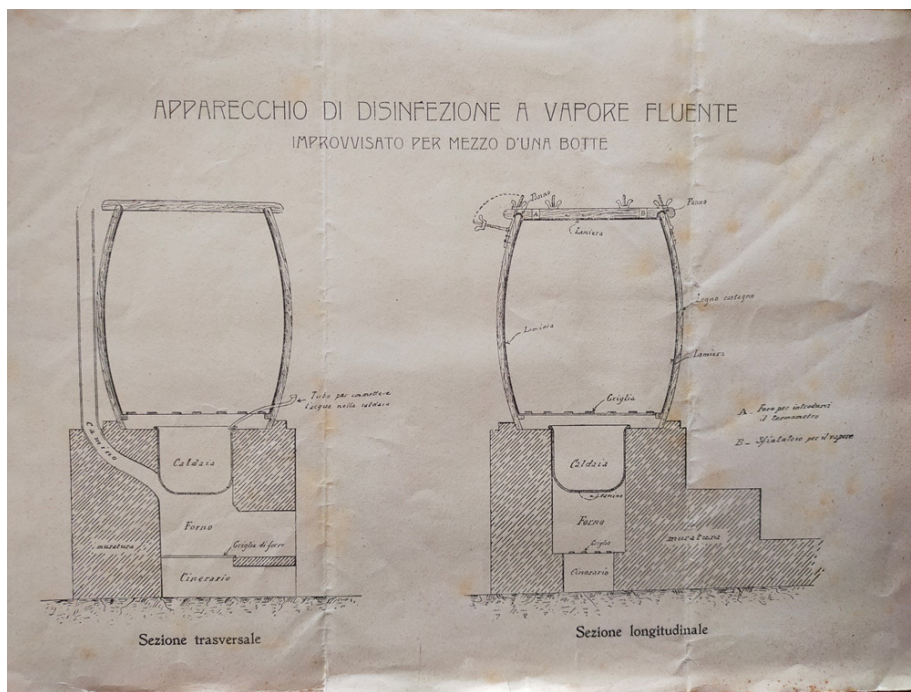


Fig. 3 - Apparecchio di disinfezione a vapore fluente (Foto Archivio Perrero)

Indicazioni bibliografiche

Ricerca effettuata per il n° 9 dei “Quaderni del Patrimonio Culturale Valdese” 2022

AVONDO, CORSANI, LAURENTI, SANTORO – *Malattia e Salute - Medicina popolare e ufficiale nelle valli del Pinerolese fra Ottocento e Novecento* - Priuli & Verlucca, editori.

L. STERPELLONE, *Stratigrafia di un passato- storie parallele della medicina*, Puntoelina editore 1990.

A. CORVI, *L'officina farmaceutica*, – Primula multimedia editore 1999.

Archivio Comune di Perrero

Archivio Comune di Torre Pellice

Archivio Comune di Villar Pellice

Considerazioni Bioetiche, Biodiritto e Linee Giurisprudenziali, sulle reti neurali artificiali e umane

Cristina Tornali

Università degli Studi di Catania (email: prof.tornali@gmail.com)

Riassunto

Nell'epoca della rivoluzione digitale, le applicazioni dell'intelligenza artificiale prospettano interessanti risvolti pratici ed operativi nelle diverse attività umane, e la relazione fra Bioetica ed intelligenza artificiale rimane ancora da strutturare.

Il processo decisionale (Making decision) offre tre paradigmi:

- 1) decisioni basate su algoritmi, ma interamente umane
- 2) decisioni guidate da algoritmi, ma prevalentemente umane
- 3) decisioni determinate da algoritmi, senza alcun intervento umano.

Diventa fondamentale sotto il profilo bioetico, la fase di controllo e cioè la supervisione della mente umana, i cui ragionamenti si esplicano attraverso procedimenti più complessi.

Tale implicazione bioetica ha un immediato risvolto giuridico richiamando l'orientamento della Corte di cassazione, Sez. III, 15 marzo 2019, n. 7361, che riconduce il danno proveniente dall'omesso controllo, con responsabilità del medico, ai sensi dell'art. 2051 c.c. La giurisprudenza impone al "custode" la

responsabilità di impedire del danno. Nel 2020, la Commissione europea con il “Libro Bianco” sull’intelligenza artificiale, evidenzia i rischi connessi all’utilizzo di tale tecnologia ed auspica una normativa uniforme in tutti i paesi europei.

Le nuove norme segnano un approccio basato sul rischio: *unacceptable risk, high risk, low risk, minimal risk*. L'utilizzo delle *making decision* con intelligenza artificiale in sanità, considera l'uso delle reti neurali artificiali come “sistemi facilitativi” nell’acquisizione di dati su base statistica, ma non sostitutivi del libero convincimento sia in ambito giuridico che sanitario.

L’automatismo decisionale che scaturisce solo dall’applicazione dell’intelligenza artificiale, con conclusioni statistiche ed automatismi, e senza riflessione ed elaborazione comparata, tipica dell’intelligenza umana, rischia di generare conclusioni passibili di vizio di costituzionalità.

Summary

In the era of the digital revolution, the applications of artificial intelligence (AI) present interesting practical and operational implications in various human activities, and the relationship between bioethics and artificial intelligence still remains to be structured.

The decision-making process offers three paradigms:

1. Decisions based on algorithms but entirely human.
2. Decisions guided by algorithms but predominantly human.
3. Decisions determined by algorithms, without any human intervention.

From a bioethical perspective, the control phase becomes fundamental, the supervision of the human mind, whose reasoning unfolds through more complex processes.

This bioethical implication has an immediate legal consequence, referring to the ruling of the Court of Cassation, Section III, March 15, 2019, n. 7361, which attributes damage caused by a lack of control, with the physician’s liability, under Article 2051 of the Civil Code. Jurisprudence imposes on the “custodian” the responsibility to prevent damage. In 2020, the European Commission, through the “White Paper” on artificial intelligence, highlighted the risks associated with the use of this technology and called for a uniform regulation across all European countries. The new regulations adopt a risk-based approach: unacceptable risk, high risk, low risk, minimal risk. The use of AI in decision-making in healthcare considers the use of artificial neural networks as “facilitative systems” for data acquisition on a

statistical basis, but not as substitutes for free reasoning in both legal and healthcare contexts. The decision-making automation that arises solely from the application of artificial intelligence, with statistical conclusions and automatisms, and without the reflection and comparative elaboration typical of human intelligence, risks generating conclusions subject to constitutional defects.

Parole chiave

intelligenza artificiale, reti neurali, biodiritto, bioetica

Keywords

artificial intelligence, neural networks, biolaw, bioethics

Discussione

Nell'epoca della “rivoluzione digitale”, che caratterizza una transizione verso “un mondo nuovo”, le applicazioni dell'IA appaiono con potenzialità fruibili nello scibile tecno-cognitivo prospettando risvolti pratici e operativi nelle diverse attività umane. Tuttavia, la relazione tra bioetica e IA è ancora da strutturare¹.

La perplessità filologica riguarda il dubbio se l'intelligenza artificiale sia un mero strumento “meccanico”, se pur evoluto, o superi il suo stesso creatore (l'uomo) costituendo quindi una nuova creatura dotata di autonomia decisionale oppure essa sia una nuova tecnologia di ultima generazione a servizio dell'uomo. La sfida è quella di orientare e ridurre i contrasti di questa nuova imponente evoluzione tecnologica ed economica rispetto ai principi secondo comma del nostro art. 41

¹ PATRONI GRIFFI, ANDREA *Bioetica, Diritti e Intelligenza artificiale: una relazione ancora da costruire*, 2023

Cost., e più in generale in tutto il disegno costituzionale della società, fondato sulla centralità del lavoro di tutela della dignità e della sicurezza umana².

Partendo anche dal presupposto che l'intelligenza artificiale possa mimare un comportamento simulante l'intelligenza umana, si potrebbe anche prendere in considerazione l'eventualità che, proprio per similitudine all'errore umano, essa stessa possa commettere un errore e di conseguenza provocare un danno.

In ambito sanitario, tale concetto appare più evidente attraverso la necessità di nosografizzare profili di responsabilità connessi a vario grado con l'utilizzazione di sistemi governati anche solo parzialmente dalla I.A.³.

Tale complessità bioetica è strettamente connessa sia alla scienza che al bio-diritto. Infatti, la scienza ha realizzato una pluralità di strumenti a variabile autonomia, dai robot alle macchine "self learning"⁴; e le valutazioni non sono identiche per le cosiddette "calculating machine", macchine sofisticate ma sotto l'esclusivo controllo dell'uomo, le "computing machine", che dandosi l'input programmatico umano possono poi svolgere funzioni autonome, le "learning machine", che possono eseguire azioni autonome valutando attraverso forme di apprendimento artificiale e basandosi sul contesto esterno⁵.

La individuazione dei paradigmi di responsabilità applicabile all'errore della I.A. dipende in primis dalla qualificazione dei meccanismi per cui diverso sarà il regime di responsabilità ove l'intelligenza artificiale venga considerata quale ente autonomo e ove viceversa venga equiparata ad una semplice macchina orientata e manovrata dall'uomo. Là dove la macchina operi con l'ausilio o la supervisione dell'uomo, e si escluda la qualifica del dispositivo con I.A. di entità dotata di volontà e autonomia, la responsabilità civile dovrebbe ricadere sui partecipanti alla catena di creazione o

²R. CALO, *Artificial Intelligence Policy: A Primer and Roadmap*, Univ. of California LawRev., vol. 51, 2017, 431, MICHELE IASELLI et al.

³A. SALANITRO, *Intelligenza Artificiale e Responsabilità. La strategia della Commissione Europea*, Riv. Dir. Civ., 2020.

⁴A. SANTOSUOSSO, C. BOSCARATO, F. CAROLEAO -Robot e diritto: una prima ricognizione, Nuova giur. Civ. comm.2012, II,497

⁵E. DATTERI: *Danni senza anomalie.: questioni di responsabilità nella robotica medica*, Informatica e Diritto, XIX,2010,59-77

uso del prodotto, mentre, qualora la macchina operi in piena autonomia si potrebbe ravvisare un certo grado di responsabilità sull'automa, considerato quale centro autonomo di imputazione. Il processo decisionale dunque, (Making Decision) al quale si giunge è differenziato in tre paradigmi⁶ :

- decisioni basate su algoritmi, ma interamente umane
- decisioni guidate da algoritmi ma prevalentemente umane
- decisioni determinate da algoritmi, senza alcun intervento umano

La riflessione scientifico-bioetica filosofica si accende sulla terza delle "Making Decision" dove in realtà il "movens" è l'algoritmo che è un parametro matematico-statistico inserito a priori dall'intelligenza umana, che però ha un successivo autonomo evolversi. Qui l'errore può essere dato semplicisticamente dall'errore aristotelico: il sillogismo diventa errato se i parametri iniziali inseriti non sono corretti.

Diventa qui fondamentale, sotto il profilo bioetico, la fase di controllo: vale a dire la supervisione della mente umana, i cui ragionamenti, come sappiamo dalle neuroscienze, si esplicano attraverso procedimenti più complessi, quali le decisioni che avvengono nella parte della sotto corteccia, nell'ambito della neurofisiologia umana, differentemente da quanto esplica l'intelligenza artificiale che mima ad oggi squisitamente il funzionamento dei neuroni corticali del cervello umano.

Tale implicazione bioetica ha un immediato risvolto giuridico richiamando l'orientamento della Corte di cassazione⁷, che riconduce il danno proveniente dall'omesso controllo tale da rendere la circostanza individuabile non solo dall'ineluttabile, ma anche dalla responsabilità del sanitario ai sensi dell'art. 2051c.c.

La giurisprudenza, dunque, impone al custode la responsabilità con onere della prova atta a dimostrare tutte le operatività atte ad impedire la produzione del danno. Tale orientamento potrebbe essere teoricamente messo in discussione da una presunta imprevedibilità di un meccanismo dotato di self-learning di I.A., anche se allo stato attuale non sono pensabili attuazioni di IA che operino contro la volontà del medico.

⁶S. AMATO, *Biodiritto*, 4.0. *Intelligenza artificiale e nuove tecnologie*, Torino, 2020, spec.87e ss.

⁷Cass., Sez.III, 15 marzo 2019, n.7361, *Quotidiano Giuridico on line*, 2019

Tale questione bioetico-giuridica è stata posta al tavolo delle Commissioni di studio europee tanto che, a fronte di numerosi vantaggi, l'IA. porta con sé una serie di potenziali rischi: l'individuazione e l'analisi di questi rappresentano il fulcro principale della regolamentazione europea in materia. Inoltre, le tecnologie IA ad alto rischio, come quelle con capacità di autoapprendimento, dovrebbero essere progettate in modo da consentire la sorveglianza umana in qualsiasi momento. Se viene utilizzata una funzionalità che potrebbe comportare una grave violazione dei principi etici e risultare pericolosa, le capacità di autoapprendimento dovrebbero essere disabilitate e dovrebbe essere ripristinato il pieno controllo umano, secondo quanto proposto e approvato da una iniziativa legislativa di Iban García del Blanco (S&D, ES) che sollecita la Commissione Europea a presentare un nuovo quadro giuridico che delinei i principi etici e gli obblighi legali da seguire nello sviluppo, nell'implementazione e nell'utilizzo dell'intelligenza artificiale, della robotica e delle tecnologie correlate nell'UE, compresi software, algoritmi e dati.

Le questioni giuridiche che nascono dalle potenzialità applicative dell'IA sono notevoli e vengono poste le relative questioni soprattutto sul piano dei bilanciamenti costituzionali dei diritti e interessi. L'IA., per esempio, in ambito sanitario potrebbe assumere i caratteri della “disruptive tecnologie”⁸.

Nel 2020, la Commissione Europea il “Libro Bianco “sull'IA. evidenzia i rischi connessi all'utilizzo di tale tecnologia e auspica una normativa uniforme del territorio europeo che incoraggi l'impiego di tali strumenti. Segue, ad aprile 2021, una proposta di regolamento sulla Intelligenza Artificiale che prospetta il primo quadro normativo in materia⁹. Le nuove norme seguono un approccio basato sul grado di rischio: 1. Unacceptable risk 2.High risk 3.Low risk 4. Minimal risk¹⁰. Si introducono quindi cautele e obblighi normativi e certificativi per rendere possibile l'immissione sul mercato di sistemi di intelligenza artificiale e non dissuadere al

⁸G. CALABRESI, E.A. MUREDEM, *Driverless car e responsabilità civile*. Riv. Diritto Bancario. I 2026, 7 e ss.

⁹ *Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council Laying down harmonized rules on artificial intelligence (artificial intelligence act) and amending certain union legislative act*. (SEC (2021)167final- SWD (2021) 85 final-SWD (2021) 85final.

¹⁰ *(artificial intelligence act) and amending certain union legislative act*. (SEC (2021)167final- SWD (2021) 85 final-SWD (2021) 85final.

contempo la ricerca e l'innovazione tecnologica tutelando i diritti fondamentali dei cittadini, tra cui il diritto alla salute¹¹.

Parimenti all'utilizzo delle Making Decision con I.A, in sanità¹² nell'ambito della cosiddetta "Giustizia Smart", si considera l'uso delle reti neurali artificiali come sistemi facilitativi nell'acquisizione dei dati su base statistica ma non sostitutivi del libero convincimento del Giudicante.

L'automatismo decisionale che scaturisce solo dalla applicazione dell'intelligenza artificiale, con conclusioni statistiche ed automatismi e senza riflessione ed elaborazione comparata, tipica dell'intelligenza umana, rischia di generare conclusioni passibili di vizio di costituzionalità. In conclusione, l'intelligenza artificiale applicata al diritto, al bio-diritto non può sostituire il giudice, in quanto potrebbe incidere sulle stesse garanzie costituzionali di un soggetto, impedendo al giudice stesso di fare emergere la verità dei fatti, con una ragionata decisione motivata e dopo approfondite riflessioni.

L'uso dei sistemi algoritmici coordinato con l'utilizzo umano (la "supervisione" in linea con gli ultimi orientamenti della Commissione Europea), fornisce attraverso opportune banche dati ragionate un sussidio statistico ormai irrinunciabile nell'epoca della rivoluzione digitale.

¹¹F. CEREÀ, L'intelligenza artificiale al servizio dei pazienti per il contrasto al Covid 19, in Nuova Giur. Comm, 2020, suppl, 45 e segg.

¹²M. IASELLI et al. *la tutela dei dati personali in ambito sanitario*; Cap6, la Sanità digitale, Coll. Compliance, 2020, Giuffrè, EAN 9788828822592

Il Vaiolo nella Storia della Medicina, storia, diffusione ed eradicazione di una delle malattie più devastanti della storia umana

Flavio Alfio Giangiuseppe Vecchio

Università degli Studi di Messina (dottorevecchio@gmail.com)

Riassunto

Il vaiolo è stata una delle malattie più devastanti nella storia dell'umanità, causata dal virus variola. Diffuso attraverso l'inalazione di goccioline, provocava un alto tasso di mortalità e lasciava cicatrici deturpanti sui sopravvissuti. Tracce della malattia risalgono a circa 3.000 anni fa, con vittime illustri come il faraone Ramesse V. Nel corso dei secoli, il vaiolo si diffuse in tutto il mondo, raggiungendo l'America durante la colonizzazione europea e mietendo milioni di vittime. Nel 1798, il medico Edward Jenner sviluppò il primo vaccino, avviando una campagna di vaccinazione globale. Grazie agli sforzi dell'OMS, il vaiolo fu ufficialmente debellato nel 1980, diventando la prima malattia eradicata dall'uomo.

Summary

Smallpox was one of the most devastating diseases in human history, caused by the variola virus. Spread through the inhalation of droplets, it had a high mortality rate and left survivors with disfiguring scars. Evidence of the disease dates back around 3,000 years, with notable victims such as Pharaoh Ramesses V. Over the centuries, smallpox spread worldwide, reaching the Americas during European colonization and claiming millions of lives. In 1798, physician Edward Jenner developed the first vaccine, initiating a global vaccination campaign. Thanks to the efforts of the WHO, smallpox was officially eradicated in 1980, becoming the first disease eliminated by humanity.

Parole chiave

Vaiolo, eradicazione, vaccinazione, epidemie storiche

Keywords

Smallpox, eradication, vaccination, historical epidemics

Introduzione

Il vaiolo è stata una delle malattie più antiche e devastanti che abbia mai colpito l'umanità. Causata dal virus variola, questa malattia ha accompagnato l'uomo attraverso i secoli, lasciando dietro di sé una scia di sofferenza e di morte. Grazie agli sforzi della comunità scientifica e delle organizzazioni sanitarie internazionali, il vaiolo è diventato la prima grande malattia infettiva a essere completamente eradicata dal pianeta, rappresentando un traguardo storico nella medicina moderna.

Origine e Diffusione del Vaiolo

Le origini del vaiolo sono remote e misteriose. Si ipotizza che il virus sia stato trasmesso all'uomo dai roditori circa 50.000 anni fa. I primi documenti che descrivono i sintomi di questa malattia risalgono a circa 3.000 anni fa e provengono da antichi testi medici cinesi e indiani.

Le testimonianze storiche più antiche attestano la presenza del vaiolo nell'antico Egitto: una delle prime vittime di questa malattia fu infatti il faraone Ramesse V, morto nel 1213 a.C. La sua mummia, scoperta nel 1898, presentava chiari segni di lesioni cutanee tipiche del vaiolo, suggerendo che egli avesse contratto la malattia.

In tempi successivi, il vaiolo si diffuse progressivamente in diverse parti del mondo. Nel 1350 a.C., durante il conflitto tra gli Ittiti e gli Egizi, i resoconti storici riportano lo scoppio di una devastante epidemia di vaiolo. Anche nel mondo greco e romano si trovano testimonianze della presenza della malattia. Il celebre storico Tucidide descrisse un'epidemia che colpì Atene nel 430 a.C., durante la guerra del Peloponneso, causando la morte di circa 30.000 persone.

Durante il Medioevo, il vaiolo divenne una delle principali cause di mortalità in Europa e nel resto del mondo. La sua diffusione fu agevolata dall'aumento delle rotte commerciali e dalla nascita dei grandi centri urbani, dove le condizioni igieniche precarie favorivano la rapida propagazione del virus. Nel 910 d.C., il medico islamico Al Razi scrisse uno dei primi trattati medici dettagliati sul vaiolo e il morbillo, distinguendo le due malattie e osservando il fenomeno dell'immunità acquisita: coloro che sopravvivevano al vaiolo non contraevano nuovamente la malattia.

Il Vaiolo e la Colonizzazione

L'arrivo del vaiolo nelle Americhe ebbe conseguenze devastanti per le popolazioni indigene. Nel 1492, con l'arrivo di Cristoforo Colombo e l'inizio della

colonizzazione europea, il vaiolo fu introdotto nel Nuovo Mondo, dove le popolazioni locali non avevano alcuna immunità naturale. Questo portò a epidemie catastrofiche che decimarono intere civiltà. Si stima che milioni di nativi americani siano morti a causa del vaiolo e di altre malattie portate dagli europei. La diffusione del virus fu così rapida e letale che in alcuni casi contribuì significativamente al collasso di società come gli Aztechi e gli Inca.

Anche in altre parti del mondo, la malattia continuava a mietere vittime. Nel XVIII secolo, il vaiolo raggiunse l'Australia, causando la morte di metà della popolazione aborigena. In Europa, Africa e Asia, il vaiolo rimase una delle principali cause di morte, contribuendo a modificare il corso della storia in molte regioni. Solo nel XVIII secolo, il virus causò la morte di oltre 500 milioni di persone in tutto il mondo.

La Svolta: La Scoperta della Vaccinazione

L'avvento della vaccinazione segnò una svolta nella lotta contro il vaiolo. Nel 1798, il medico inglese Edward Jenner introdusse il primo metodo di vaccinazione contro il vaiolo, basato su un'osservazione empirica: notò che i mungitori di mucche che avevano contratto il vaiolo bovino (una malattia simile al vaiolo umano ma meno pericolosa) sembravano essere immuni al vaiolo. Jenner iniziò a sperimentare la "variolizzazione", cioè l'inoculazione del vaiolo bovino per conferire l'immunità contro la forma umana della malattia. I risultati furono straordinari e aprirono la strada all'uso sistematico dei vaccini.

Nel giro di un decennio, la vaccinazione contro il vaiolo fu adottata in diversi paesi. Negli Stati Uniti, la vaccinazione obbligatoria fu introdotta nel 1809, mentre in Gran Bretagna l'obbligo vaccinale arrivò nel 1853. Questa nuova pratica medica contribuì a ridurre significativamente l'incidenza della malattia, sebbene il vaiolo continuasse a rappresentare una minaccia globale.

La Campagna Globale per l'Eradicazione

Nonostante i progressi ottenuti grazie alla vaccinazione, il vaiolo rimase endemico in molte parti del mondo fino al XX secolo. Nel 1967, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lanciò una campagna globale di eradicazione del vaiolo. La strategia adottata fu quella di identificare rapidamente i focolai di infezione e circoscriverli attraverso la vaccinazione di massa e il monitoraggio costante della situazione. Squadre sanitarie specializzate vennero inviate in tutto il mondo per vaccinare milioni di persone e per tracciare i contagi.

Grazie a questo sforzo internazionale senza precedenti, i casi di vaiolo iniziarono a diminuire progressivamente. In Sud America, l'ultimo caso fu registrato nel 1971 in Brasile. In Asia, l'ultimo episodio si verificò nel 1975.

Infine, l'ultimo caso noto di vaiolo naturale fu individuato in Somalia nel 1977. Nel 1980, l'OMS dichiarò ufficialmente l'eradicazione globale del vaiolo, rendendo questa malattia la prima nella storia umana a essere debellata grazie alla medicina moderna. Nel 1986, la vaccinazione contro il vaiolo fu sospesa in tutto il mondo, poiché non era più necessaria.

Nuove Frontiere

Le nuove linee di ricerca forniscono elementi su come le vaccinazioni contro il vaiolo possano fornire una protezione contro il monkeypox (mpox), sottolineando l'importanza dell'immunità sviluppata attraverso i vaccini storici e il loro effetto sugli individui più anziani.

La ricerca discute anche il ruolo della vaccinazione nella prevenzione di future epidemie di virus correlati al vaiolo. Le strategie attuali nella ricerca, nello sviluppo e nello stoccaggio delle contromisure mediche contro il vaiolo, traggono lezioni anche dall'epidemia di mpox e dalla recente pandemia di COVID-19. Attenzionano oggi un'analisi approfondita del contesto della preparazione contro il vaiolo nell'ambito delle moderne minacce alla salute pubblica.

Conclusioni

L'eradicazione del vaiolo rappresenta uno dei più grandi successi della medicina e della sanità pubblica. Ha dimostrato che, attraverso la cooperazione internazionale, la ricerca scientifica e l'impegno collettivo, è possibile sconfiggere anche le malattie più letali.

La storia del vaiolo ci insegna l'importanza della prevenzione, della vaccinazione e della sorveglianza epidemiologica. Nonostante il virus del vaiolo sia stato sconfitto, le lezioni apprese dalla sua eradicazione sono oggi più che mai rilevanti, in un mondo che continua a fronteggiare nuove sfide sanitarie globali.

Citazioni bibliografiche

1. FENNER, F., HENDERSON, D. A., ARITA, I., JEZEK, Z., & LADNYI, I. D. (1988). *Smallpox and its Eradication*. World Health Organization.
2. D.A.HENDERSON, *Smallpox: The Death of a Disease – The Inside Story of Eradicating a Worldwide Killer*. Prometheus Books, 2009.
3. S.RIEDEL, (2005). "Smallpox and Biological Warfare: A Disease Revisited." *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 18(1), 13-20.
4. N. BARQUET, & P. DOMINGO, (1997). "Smallpox: The Triumph over the Most Terrible of the Ministers of Death." *Annals of Internal Medicine*, 127(8), 635-642.
5. D. A. KOPLOW, (2003). *Smallpox: The Fight to Eradicate a Global Scourge*. University of California Press.
6. A. Naono, *State of Vaccination: The Fight Against Smallpox in Colonial Burma*. Orient Blackswan, 2009.
7. I. SANZ-MUÑOZ, L. SÁNCHEZ-DE PRADA, et. al., *Possible Mpox Protection from Smallpox Vaccine-Generated Antibodies among Older Adults*. *Emerg Infect Dis*. 2023 Mar;29(3):656-658. DOI:10.3201/eid2903.221231. Epub 2023 Feb 2. PMID: 36732061; PMCID: PMC9973709.
8. K. BOGHUMA, TITANJI^{1,2} AND VINCENT C. MARCONI¹ "Vaxxing to elimination: smallpox vaccines as tools to fight mpox", *Journal of Clinical Investigation*, 2023.

Medici condotti contro amministratori locali. 1856, il caso di stroppo in Val Maira

Franco Lupano

Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospitaliera (lupano.franco@gmail.com)

Riassunto

È noto che nella seconda metà dell'Ottocento i medici condotti ebbero un ruolo di crescente importanza non solo nella promozione della salute ma anche del livello economico, sociale e culturale della popolazione, anche attraverso l'impegno politico diretto. Molti infatti aderirono al partito socialista, e il fenomeno dei "medici socialisti" venne poi deprecato e stigmatizzato nel successivo ventennio fascista. Tuttavia durante la prima metà del secolo si erano già poste le basi per un progressivo impegno per promuovere l'unica terapia veramente efficace per l'epoca: il miglioramento delle condizioni di vita. Questo esponeva però i condotti a essere poco tollerati dai sindaci quando diventavano troppo aggressivi nelle loro richieste, con conseguente licenziamento allo scadere del contratto triennale. Ma nel paese di Stroppo in Val Maira in provincia di Cuneo, il dottor Luigi Colomba non solo non se ne cura, ma dopo i primi sei mesi di attività, pubblica un pamphlet dove condanna l'inerzia del sindaco verso provvedimenti necessari e da lui ignorati e anche per una condotta personale per vari aspetti non consona alla carica istituzionale che riveste. L'esame di questo opuscolo illumina su questa fase iniziale di impegno politico ed è anche uno spaccato di vita di una valle all'epoca assai popolata e con una importante economia agricola e pastorale.

Summary

In the second half of nineteenth century Italian country doctors (so called “*medici condotti*”) developed a rising importance in promoting both health and economic, social and cultural level of population, even through direct political commitment. Many of them joined socialist party, and the phenomenon of “socialist doctors” was later criticized and damned during the fascist period. Nevertheless in the first half of the century we can see the first signs of an increasing engagement to obtain the only therapy of real effectiveness at that time: improving life conditions. But when the requests of doctors were too insistent, many mayors did not accept them and frequently fired the doctor at the end of the three-year contract. Such a hazard is not a problem for doctor Luigi Colomba, working in the village of Stroppio, Maira valley, in the province of Cuneo in Savoy Kingdom: after six months of activity he publishes a pamphlet that blames inactivity of mayor toward necessary measures, and criticizes his behaviour, that he considers not suitable for the institutional charge he represents.

The analysis of this booklet points a light on this first period of political concern and illustrates the life of a populous valley, that had at that time a relevant agricultural and pastoral economy.

Parole chiave

Medici condotti, igienismo, riforma sanitaria, partito socialista italiano

Keywords

Country doctors, hygiene, health reform, Italian socialist party

Introduzione

Nel 1891 il grande clinico Augusto Murri, nel discorso inaugurale dell'anno accademico, affermava che quando il medico “è condannato per tutta la vita a contemplare, impotente, di quante calamità gli ordinamenti sociali e politici son

fecondi per tanti sventurati, egli diventa nemico di questo che pomposamente si suole chiamare *ordine*” e concludeva: “Per questo noi ci schieriamo tra coloro che combattono più ardentemente per un ordine nuovo”¹. Con tali affermazioni egli in realtà esprimeva un impegno che i medici italiani, condotti ma non solo, perseguivano ormai da decenni, grazie anche alla nascita e alla diffusione dell'igienismo nella seconda metà dell'Ottocento.

Spesso la “condanna” a contemplare per anni le condizioni di vita della popolazione assistita sfociava in relazioni, opuscoli, memoriali, articoli di testimonianza e di denuncia, che rimanevano perlopiù ignorati dalle istituzioni, e sono attualmente di assai difficile reperimento, essendo rimasti in pochissime o anche in singole copie in biblioteche di paese o in archivi comunali². Fu però un medico deputato in Parlamento, Agostino Bertani, che fece sì che le voci di questi medici potessero giungere ai vertici governativi. Bertani, in qualità di membro della commissione per l'inchiesta agraria del governo Crispi, inviò agli ottomila medici condotti un questionario sulle condizioni di vita delle popolazioni assistite, suddiviso in sei temi: abitazione, alimentazione, istruzione, condizioni sociali e lavorative, moralità, condizioni economiche. A tale richiesta più della metà rispose con dovizia di informazioni, seguite da suggerimenti e proposte, che diedero un contributo essenziale alla stesura della prima legge di riforma sanitaria italiana, nel 1888³.

Tuttavia fin dall'inizio del XIX° secolo i medici si resero consapevoli del ruolo sociale che rivestivano e iniziarono a documentare la loro attività, con lo scopo di suggerire provvedimenti a favore di un miglioramento complessivo delle condizioni di vita. Il concetto di igiene non era ancora del tutto chiaro, ma l'osservazione diretta dei problemi portava spesso a conclusioni corrette.

¹ A. MURRI, *La vera e la falsa grandezza dell'Italia nuova. Discorso politico detto a Fermo il giorno 4 gennaio 1891*, Bologna 1891, cit. da: G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Roma-Bari 2010, pag. 334

² Un certo numero di tali pubblicazioni è stato raccolto e commentato da A. PROSPERI, *Un volgo disperso. Contadini d'Italia nell'Ottocento*, Einaudi, Torino 2019.

³ M. PANIZZA, *Risultati dell'inchiesta istituita da Agostino Bertani sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra in Italia: riassunto e considerazioni*, Roma 1890.

Ne sono un esempio quelle della Commissione per lo Studio della Pellagra, nominata durante l'ottavo Congresso Scientifico Italiano, pubblicate nel 1847, che esponevano i provvedimenti di politica sociale e sanitaria necessari a debellare la malattia, la cui correlazione con un'alimentazione quasi esclusivamente a base di mais era già ben chiara:

Se è dimostrato che [la pellagra] suole tanto più imperversare quanto più la classe agricola è costretta a cibarsi esclusivamente di esso, se è dimostrato che l'intensità della pellagra è in ragione inversa della promiscuità di altri alimenti colla meliga, è chiaro che debbonsi adottare misure, che sta all'economista, ed allo statista di suggerire, perché la coltura dei campi sia distribuita in modo che lo scarso vitto contadinesco non sia tratto da un solo cereale (...) Se le grandi carestie, le guerre spoliatrici, coll'immiserire temporariamente villaggi mai tocchi prima da pellagra ve la introdussero, scomparendo indi la medesima al ritorno dell'ordinario ben essere (...) è chiaro che vuolsi dai ricchi, dai proprietari adoprare ogni sforzo perché non venga meno mai la indispensabile sussistenza di coloro che risparmiando agli altri uomini la pena di seminare, di lavorare e di raccogliere per vivere, meritano di non mancar del pane che hanno seminato⁴.

Il relatore non fa giri di parole: tocca ai detentori del potere politico e di quello economico agire, poiché il problema non è medico ma sociale. Anche se non era ancora chiaro quale fosse la reale causa della pellagra, l'applicazione di tali proposte avrebbe portato alla scomparsa della malattia con più di mezzo secolo di anticipo.

La vicenda che andiamo a esporre si svolge nella Val Maira, allora chiamata Valle di Macra, in provincia di Cuneo. Una valle all'epoca assai popolata: il censimento del 1858 conta 26799 abitanti, di cui 1434 a Stroppio⁵, che si trova a metà valle ad

⁴ M. C. DE MARIA (relatore), *Relazione dei lavori della Commissione Piemontese nominata dall'ottavo Congresso scientifico italiano per continuar gli studi sulla pellagra presentata al nono congresso tenutosi in Venezia*, Tip. Enrico Mussano, Torino 1846, pp. 65-66.

⁵ W. MERLO, *Dall'emigrazione di antico regime allo spopolamento montano: il comune di Stroppio e la Val Maira dal 1860 al 1930*, tesi di laurea, Università degli studi di Torino, a.a. 1992-93.

un'altitudine di 1087 m. Attualmente gli abitanti sono 11500, e a Stroppo sono scesi a 111.

La storia

Il dottor Luigi Colomba giunge a Stroppo, nella valle di Macra il 13 febbraio 1856⁶. Ha accettato un incarico di un anno come medico condotto interino, sostituendo il medico titolare, Giacomo Riberi, dimessosi per motivi di salute. Si tratta di un personaggio importante nella valle: era figlio della seconda moglie di Francesco Antonio Riberi, padre di Alessandro, il famoso chirurgo. Di vent'anni più giovane, venne mantenuto agli studi di medicina dal fratellastro, e visse sempre nella valle dove, oltre a esercitare la professione, fu sindaco di Stroppo per molti anni⁷. In quell'anno era Commissario Regio in attesa di nuove elezioni, che lo avrebbero nuovamente confermato nella carica.

Passati sei mesi Colomba pubblica una memoria che contiene un registro completo dei pazienti trattati nel periodo, preceduta da una puntuale disamina e relativa contestazione dell'amministrazione del paese, da lui ritenuta inefficiente sotto molti aspetti. Inizia affermando che la valle "versa in tristissime condizioni igienico-amministrative per incuria dei suoi amministratori e per colpa delle autorità politiche che non si degnarono ancora di ispezionarla", per passare poi all'esame analitico dei fatti da lui riscontrati.

Innanzitutto i cimiteri. Nel paese di Elva è ancora sito a fianco della chiesa. "Possibile che mai vi sia venuto in mente come l'igiene stessa non permetta la vicinanza dei cimiteri ai luoghi abitati?" chiede Colomba rivolgendosi direttamente a Riberi. "Se infatti irrompesse un giorno un contagio e mietesse numerose vittime

⁶ L. COLOMBA, *Sei mesi di vita nella valle di Macra*, B. Galimberti Tipografo-Libraio, Cuneo 1856. Tutte le notizie riportate in questo paragrafo provengono da questo testo, se non indicato diversamente.

⁷ M. U. DIANZANI, *Alessandro Riberi. Un mito della medicina torinese dell'800*, Edizioni Accademia di Medicina di Torino, Torino 2007, p. 18; Chiaffredo Leinardi, *Stroppo, ricordi storici narrati al popolo dal suo parroco*, Tipografia Operaia, Saluzzo 1929, p. 15.

(...) credete voi che sia soddisfacente e salutare per i rimasti il dover inspirare un'aria corrotta dai miasmi dei cadaveri?". Ugualmente indignato è per la situazione di Acceglio, nell'alta valle, dove il cimitero, sempre a fianco della chiesa, è retto da un muro appoggiato direttamente nel torrente sottostante, che in anni recenti durante una piena lo distrusse e "le casse mortuarie furono trascinate nel torrente unitamente ai cadaveri già corrotti ed usciti dall'ultima e già parlata veste".

Lamenta poi che in una valle dove "stanziavano cinquantamila capi di bestiame" manchi un veterinario: "Pensai alle conseguenze fatali di una epizoozia, e ai danni pecuniari che in tali circostanze ne deriverebbero alle varie famiglie, la maggior parte delle quali sarebbero ridotte alla più squallida miseria". La proposta di creare un consorzio di comuni per stabilire una condotta veterinaria era giunta in consiglio comunale⁸, ma l'unico risultato, a detta di Colomba, fu che "promosse le risa di una certa classe di ignoranti matricolati".

Sempre in ambito sanitario rileva che, pur essendoci una farmacia nel Comune, l'altro medico locale, il "dottorino Germonio", indirizza tutti i suoi pazienti alla farmacia di San Damiano, tredici chilometri più a valle "sotto l'infame pretesto di miglior condizione nei preparati chimico-farmaceutici", senza aggiungere ulteriori commenti.

Per quanto riguarda l'istruzione elementare, il dottor Colomba prende direttamente l'iniziativa. Infatti si "meraviglia" di quanto essa sia carente, benché lo stesso dottor Riberi sia stato nominato "ironicamente" Regio Provveditore agli studi: dapprima parla direttamente con lui, evidenziando la necessità di una scuola femminile "indispensabile al civile progresso", e Riberi definisce la proposta "necessaria e eccellentissima"⁹. Non facendo seguito alle parole i fatti, Colomba chiede e ottiene una visita dell'Ispettore scolastico, grazie alla quale viene istituita a Stroppo una scuola elementare femminile assumendo una maestra con lo stipendio di seicento lire più l'alloggio. A quel punto il Riberi, non potendo opporsi direttamente, protestò che era "illogico" e "ridicolo" che una donna ricevesse uno

⁸ Archivio Comunale di Stroppo (d'ora in poi ACS), *Verballi*, 27 febbraio 1847.

⁹ La proposta era già stata fatta nel 1849 ma rinviata per mancanza di disponibilità economica: ACS, *Verballi*, 20 luglio 1849.

stipendio superiore a quello dell'attuale maestro della scuola maschile¹⁰, accusando i consiglieri comunali di essere "scialacquatori".

Vi sono poi le contestazioni legate ai lavori pubblici. Pur essendo avviata la pratica per l'esecuzione dei lavori per la strada consortile della valle, che Colomba definisce "rovinata e rovinosa", l'inerzia amministrativa del Riberi fece sì che venissero rinviati "alle calende greche". Così come si rimanda la costruzione di un ponte in muratura sul torrente per collegare la borgata sull'altro versante, che porterebbe a un risparmio di "alcune migliaia di franchi che costa la sua annuale ricostituzione in legno". Allo stesso modo non si è "mai preso nessuna cura al mondo di regolarizzare i tagli boschivi della selva" che avrebbero portato "un reddito annuale al Comune assai cospicuo". In compenso è stata deliberata la costruzione di un nuovo palazzo comunale, una "mostruosità" che "oltrepassò di gran lunga la spesa stanziata nella perizia", i cui lavori non sono ancora terminati: essi tra l'altro prevedono il rifacimento delle latrine del palazzo, che servono anche la scuola e che al momento "ammorbanano tutto l'abitato, e non possono a meno di essere dannose alle ragazze e ragazzi che devono frequentare la scuola". Suggerisce infine che ogni borgata abbia uno speciale serbatoio d'acqua allo scopo di estinguere gli incendi: "Questa è una necessità che non potete negare".

Oltre a tutte queste contestazioni, Colomba delinea anche un ritratto molto critico di Giacomo Riberi. Dopo essere stato sindaco per un decennio, nel 1853 non viene rieletto. Attraverso manovre politiche che non sappiamo riesce a far annullare le elezioni, sciogliere il consiglio comunale di cui diviene Commissario Regio, e a indirne di nuove che si svolgeranno l'8 settembre 1856. Come risulta dagli archivi, egli verrà eletto e nuovamente nominato sindaco di Stroppio. Colomba gli contesta da un lato l'attaccamento al potere fine a se stesso, dall'altro un colpevole disinteresse per una buona amministrazione della cosa pubblica, "neghittoso non curante del dovere che gli'incombe" come scrive nell'introduzione. Poco più avanti chiarisce meglio la sua opinione: "Invece di occuparsi dello studio

¹⁰ Lo stipendio del maestro era di 500 lire: ACS, *Verballi*, 24 novembre 1854.

amministrativo-igienico del suo paese trae una misera vita consumando quasi i due terzi del giorno all'osteria, ove si giuoca e si dà sfogo alla maldicenza”.

La conclusione della vicenda è scritta nei verbali del nuovo consiglio comunale. Il 29 novembre 1856 “il consiglio a grande maggioranza delibera di licenziare il signor dottore Colomba dalla sua carica pel termine dell'anno del suo esercizio con diffidamento che a far tempo dal 1° febbraio prossimo cesserà il suo servizio”¹¹.

Discussione e conclusioni

Come si diceva all'inizio, i medici acquisiscono consapevolezza del loro ruolo sociale ben prima dell'Unità d'Italia. Le loro relazioni sull'attività svolta non si limitano ai dati clinici ma descrivono innanzitutto il contesto in cui si trovano a lavorare e le condizioni di vita dei loro assistiti:

...miserabili, mancanti i quali di congrue dimore, gli uni cogli altri accatastati, spesso dividendo le loro spelonche con succidi animali, da immodici non interrotti lavori oppressi, ai cocenti dardi d'infuocato sole, ed alle repentine atmosferiche vicissitudini esposti, tutto il giorno affaticantisi, onde procacciarsi meschino vitto di mal cotta polenta, di flatulenti fagiuoli, o di semplice erba, (...), di tutto privi, fuorché di prole, la qual famelica chiede pane, vegetano gli infelici penosa vita fra gli stenti, ed i bisogni.

Così descrive la campagna astigiana Giuseppe Maria De Rolandis nel 1828¹². Alcuni introducono il testo con chiare dichiarazioni programmatiche, come il dottor Destefanis, condotto in un paese risicolo del vercellese nel 1849:

La certezza che noi Italiani abbiamo bisogno di diventare un popolo istruito, energico, liberale, e che non l'avremo mai senza prima promuovere il ben essere

¹¹ ACS, *Verbali*, 29 novembre 1856.

¹² G. M. DE ROLANDIS, *Cenni medici statistici della Città e Provincia di Asti*, Torino 1828, p. 53.

fisico dell'infima classe e circondarla degli agi necessari alla vita, mi ha condotto a studiare le cause che ammorbano il paese di Salussola, l'indole delle malattie dominanti, ed il modo di apporvi efficace rimedio¹³.

Luigi Colomba fa un passo avanti, rivolgendosi direttamente all'amministrazione locale, e prendendo anche iniziative che non rientrano tra i suoi compiti ufficiali, come quella di far venire un ispettore scolastico. Mette in conto che non verrà confermato nell'incarico, e non sembra preoccuparsene, forse ha altre prospettive. Da un altro suo libro scritto nel 1865 vi è la dedica al figlio deceduto all'età di 13 anni nel 1859, dove si dice che frequentava il Collegio Carlo Alberto di Moncalieri: se poteva permettersi di pagare la retta della scuola più prestigiosa del Regno di Sardegna significa che aveva trovato valide alternative professionali dopo l'esperienza sulle montagne cuneesi. Si tratta fra l'altro di un manuale sulla cura e prevenzione delle malattie dentali rivolto al popolo, a ulteriore conferma del suo impegno sociale¹⁴.

Ma per molti altri suoi colleghi la condotta medica è l'unica fonte di guadagno, e al massimo può essere sostituita da un'altra più remunerativa, visto che i contratti erano a discrezione dei Comuni. Contratti triennali, di regola, che potevano essere rescissi alla scadenza senza obbligo di motivazione, anche se è quasi sempre la stessa, come descritto in una novella da Renato Fucini, dove narra dell'incontro con un suo vecchio amico ora medico condotto: "E tu come te la passi?" "Da medico di campagna" - se la passa male con i paesani a causa della loro ignoranza, ma non solo con loro - "E con le autorità locali?" "Male. Sono in odio al Sindaco e mi toccherà andarmene presto". Il commento di Fucini: "Quante speranze svanite! Quante illusioni stavano raggrinzate giù dentro all'anima di quel corpicciattolo smunto, già più che mezzo canuto!"¹⁵.

¹³ A. DESTEFANIS, *Osservazioni cliniche intorno all'influenza de' miasmi paludosi sull'andamento delle flogosi, con riflessioni*, "Giornale della Regia Accademia Medico-Chirurgica di Torino", anno II, vol. VI, 1849, pp. 129-130.

¹⁴ L. COLOMBA, *Brevi cenni ad uso del popolo intorno alle malattie dentali*, Tip. Scolastica di Sebastiano Franco, Torino 1865.

¹⁵ R. FUCINI, *Le veglie di Neri*, novella *La scampagnata*, Newton Compton, Roma 1993, pp. 85-86

Nel corso del secolo l'attivismo dei medici non fa che aumentare, e con esso la conflittualità con le amministrazioni locali. Lo denuncia già nel 1872 il dottor Giuseppe Berruti: fondatore dell'ospedale Maria Vittoria di Torino, dedicato alla cura delle malattie delle donne e dei bambini, è anche promotore del primo congresso dei medici condotti, tenutosi a Forlì nel 1874. In un suo saggio si scaglia contro una prassi che si sta diffondendo e che è il vero ostacolo all'esercizio della professione come inteso dai medici: "Si troverà in diritto di respingere i giusti reclami, le ragionate proposte, le legali domande fatte e firmate dai medici del paese, abusando sovente di un potere usurpato, usando modi inurbani e rozzi, minacciandoli in pieno consesso della destituzione"¹⁶. Per superare quest'ostacolo i medici trovano un'unica soluzione: l'impegno politico diretto. Con la fondazione del partito socialista nel 1892, molti di loro si collocano nella sua area ideologica. Tra di essi Giuseppe Forlanini e Paolo Pini, che si presenteranno alle elezioni comunali di Milano nel 1911, insieme ad altri colleghi: verranno eletti così otto medici, esattamente la metà di tutti i consiglieri del partito socialista. Un risultato unico in tutta la storia del nostro paese, e mai più eguagliato¹⁷.

¹⁶ G. BERRUTI, *I Medici Condotti e la medicina pratica in Italia*, Fratelli Bocca, Torino 1872, p. 24

¹⁷ G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918*, Laterza, Roma-Bari 1987, pp. 397-401.

Indice generale dei tre volumi

Educazione Terapeutica del Paziente e malattie rare: esempio di programma per persone con la malattia di Rendu-Osler-Weber M.G. Albano., G.M. Lenato, P. Suppressa, P. Lastella, C. Sabbà	7
Delfina Amprino Bonetti, dalla ricerca epidemiologica alla fondazione dell'AIMS G. Albertini	27
Il delicato equilibrio tra libertà individuale e tutela della salute pubblica: implicazioni per la pratica medica S. Angilletta	41
I vantaggi della pratica psicomotoria in ambito medico S. Angilletta	43
La tubercolosi: storia di una malattia infettiva, dall'antichità all'attualità L. F. Antignani	45
Storia dell'Ospedale Civile di Montemarciano negli anni della nascita del SSN G. Cotichelli, D. Barchiesi	59
Aldo Castellani (1874-1971), il medico fascista che lavorò per la resistenza L. Borghi	79
Le Politiche di sviluppo dell'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro nella seconda metà dell'Ottocento F. E. Borromeo, P. Rossi, D.R. Vantaggiato	89

Altre Donne del Movimento di Croce Rossa (dalle origini alla Prima guerra mondiale) E. Branca	101
Emigrazione italiana e malattia: una compagnia costante. L'esperienza del Museo Nazionale dell'Emigrazione italiana a Genova N. Buonasorte	119
Affinché resti Memoria: testimonianze dal museo di Odontoiatria. Le donazioni Andrea Pacotti e Armando Sonnati V. Burello	131
La fotografia medica nell'Ottocento: un importante mezzo di diffusione della neonata psichiatria J. Casaccia	141
La sanità a Ravenna al tempo dei francesi (1797-1813) G. Cerasoli	165
Medici e chirurghi a Ravenna al tempo dei francesi (1796-1814) G. Cerasoli	177
La nascita dell'Oncologia in Italia. Il San Giovanni di Torino A. Comandone, T. Comandone, L. Mosca	199
Comunità e Identità: una prima mappatura dei patrimoni storici degli ospedali piemontesi P. Cosola, A. Maconi, F. Ripa	225
Cesare Taruffi, scienziato e patriota Tiziano Dall'Osso	233
Il controllo dei nevi attraverso la storia: dalla nevomanzia all'intelligenza artificiale A. Del Sorbo	239

Comunicare per conoscere. L'impegno di Carlo Morelli dal 1837 al 1870 R. Diddi	245
Il "Fondo Foà" quale preziosa fonte di documentazione storico-medica dell'Anatomia Patologica tra XIX e XX secolo L. Ferrari, A. Bargoni	267
Stati patologici comuni in epoca medioevale secondo le parole di frate Jacopone da Todi L. Ferrari, F. Zampieri	271
L'eredità scientifica di Pio Foà quale patrimonio museale anatomopatologico L. Ferrari, M. Papotti	275
Il Museo Teratologico di Medicina Legale e Anatomia Patologica dell'Università di Genova: fasi preliminari di conservazione e studio di una preziosa collezione paleopatologica feto-perinatale L. Ferrari, A. Bonsignore, F. Buffelli, E. Fulcheri, G. Minetti	279
Malaria e Insula Caprulense P. Formentini	283
Curare: voci del mondo antico <i>Lettura di apertura del 54° Congresso SISM</i> S. Fortuna	291
I provvedimenti dei Conservatori della Sanità a Pavia al tempo della peste di San Carlo M. C. Garbarino	307
Al servizio del Regno di Sardegna per preservarlo dal colera: I medici Berruti, Capelli e Trompeo in missione nell'Ungheria del 1831 Paolo Gerbaldo	345

Un Ritrovamento inaspettato Guido Giustetto, Angelica Salvadori	363
Due perizie mediche agli albori della Medicina Legale Giuseppe Maria Gottardi	367
Il Concorso del dott. Gianmaria Bernardi Giuseppe Maria Gottardi	391
Terme e Termalismo nella Campania antica e medievale Ciro Inserra	411
L'Urologia nella Encyclopédie di Diderot e D'Alembert R. Jungano, G. Castagnolo	429
L'edificazione dell'ospedale S. Eugenio di Roma e le leggi razziali (1938) C. Marsico, A. Mattioni	439
Dare il buon esempio: la variolizzazione dei sovrani di Toscana e Napoli nella seconda metà del Settecento Veronica Massai	445
Malaria di origine professionale: un secolo di tutela INAIL Chiara Maurilli, Valentina Neri	455
Gabriele Falloppio a Pisa nel quinto centenario della nascita del grande anatomista Gianfranco Natale	465
Emigrazione italiana nel Nuovo Mondo tra Ottocento e inizio Novecento: aspetti sanitari e sociali, riflessioni etiche Nicolò Nicoli Aldini, Emanuele Armocida, Sara Patuzzo Manzati	481
"Non soltanto un museo": Alessandro Ruggeri e la valorizzazione delle cere anatomiche della Scuola di Bologna Nicolò Nicoli Aldini	501

Per una infanzia sana: profilassi delle malattie infettive, scuola all'aperto e colonie. La testimonianza dell'ispettore medico scolastico senese Benedetto Barni (1893-1970) nelle sue relazioni degli anni Cinquanta del Novecento. Davide Orsini, Mariano Martini	517
Dall'Alchimia al laboratorio analisi Raimonda Ottaviani	531
La circolare di Berlino Raimonda Ottaviani	567
Il rifiuto d'opera professionale nell'evoluzione del Codice di deontologia medica. Sviluppo storico e riflessioni etiche dell'agire del medico in "scienza e coscienza" Sara Patuzzo Manzati	587
La Medicina Veterinaria e la Cura dell'uomo Patrizia Peila, Marco R. Galloni	601
Antonio Carle fondatore della prima gastroenterologia in Italia Angelo Pera, Cristina Scalon, Amedeo Mandrone, Laura Guardamagna, Alessandro Bargoni	613
Sententia Bruni de aegritudinibus oculorum Alessandro Perrone	637
Dal salasso all'infusione endovenosa di liquidi: analisi dell'evoluzione della terapia del cholera morbus attraverso le pubblicazioni scientifiche dal 1835 a fine secolo Nicoletta Piazza	659
Vaiolo e Lumi. Il dibattito sulla variolizzazione tra medicina e politica	675

Mariassunta Picardi	
SCRIPTA VERBA: storia critica della grafologia medica	699
Giovan Battista Ivan Polichetti	
La Collana <i>L'Igiene Popolare</i> della Società Italiana d'Igiene (1879-1902)	719
Alessandro Porro, Lucie Biehler-Gomez	
La Medicina Araba secondo Tommaso Sarnelli (1890-1972) medico tropicalista e linguista	737
Aldo Prinzivalli, Gianmario Prinzivalli	
Pio Foà, appunti per una biografia nel primo centenario della morte.	781
Alberto Sarzi Madidini	
<i>La Reale Accademia di Medicina di Torino</i> tra rigore scientifico e responsabilità sociali	795
Francesco Scaroina	
Le Figlie della Carità, dall'assistenza religiosa all'assistenza laica.	827
Maria Sinatra	
Gestione e funzionamento dell'ospedale San Gallicano di Roma dal 1725 al 1826	833
Flavio Stocco	
Medici e Medicina di montagna nelle Valli Valdesi fra Ottocento e Novecento	859
Anna Vittoria Tarascio	
Considerazioni Bioetiche, Biodiritto e Linee Giurisprudenziali, sulle reti neurali artificiali e umane	873
Cristina Tornali	

Il Vaiolo nella Storia della Medicina, storia, diffusione ed eradicazione di una delle malattie più devastanti della storia umana Flavio Alfio Giangiuseppe Vecchio	881
Medicina Ebraica in Sicilia fino al 1492 Ignazio Vecchio	887
Medici condotti contro amministratori locali. 1856, il caso di Stroppa in Val Maira Franco Lupano	889

Indice degli Autori

Albano M.G.	7
Albertini G.	27
Angilletta S.	41, 43
Antignani L. F.	45
Armocida E.	481
Barchiesi D.	59
Bargoni A.	267, 613
Biehler-Gomez L.	719
Bonsignore A.	279
Borghi L.	79
Borromeo F. E.	89
Branca E.	101
Buffelli F.	279
Buonasorte N.	119
Burello V.	131
Casaccia J.	141
Castagnolo G.	429
Cerasoli G.	165, 177
Comandone A.	199
Comandone T.	199
Cosola P.	225
Cotichelli G.	59
Dall'Osso T.	233
Del Sorbo A.	239
Diddi R.	245

Ferrari L.	267, 275
Formentini P.	283
Fortuna S.	291
Fulcheri E.	279
Galloni M. R.	601
Garbarino M. C.	307
Gerbardo P.	345
Giustetto G.	365
Gottardi G. M.	367, 391
Guardamagna L.	613
Inserra C.	411
Jungano R.	429
Lastella P.	7
Lenato G.M.	7
Lupano F.	889
Maconi A.	225
Mandrone A.	613
Marsico C.	439
Martini M.	517
Massai V.	445
Mattioni A.	439
Maurilli C.	455
Minetti G.	279
Mosca L.	199
Natale G.	465
Neri V.	455
Nicoli Aldini N.	481, 501
Orsini D.	517
Papotti M.	275
Patuzzo Manzati S.	481, 587
Peila P.	601

Pera A.	613
Perrone A.	637
Piazza N.	659
Picardi M.	675
Polichetti G. B. I.	699
Porro A.	719
Prinzivalli A.	737
Prinzivalli G.	737
Ripa F.	225
Rossi P.	89
Sabbà C.	7
Salvadori A.	363
Sarzi Madidini A.	781
Scalon C.	613
Scaroina F.	795
Sinatra M.	827
Stocco F.	833
Suppressa P.	7
Tarascio A. V.	859
Tornali C.	873
Vantaggiato D.R.	89
Vecchio F. A. G.	881
Vecchio I.	887

