

FACULTAD DE MEDICINA

Enrique Graue Wiechers
Director

Rosalinda Guevara Guzmán
Secretaria General

Francisco Cruz Ugarte
Secretario Administrativo

Jorge Avendaño Inestrillas
Coordinador del Consejo Asesor de Publicaciones

Carlos Viesca T.
Jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina

SOCIETAS INTERNATIONALIS HISTORIAE MEDICINAE

Athanasios Diamandopoulos
Presidente

Alain Touwaide
Secretario General

Gary Ferngren
Secretario Adjunto

Josef Honti, Giorgio Zanchin, Shifra Shuarts, Ricardo Cruz-Coke
Vicepresidentes

Alfredo Musajo-Somma, Cinthya Pitcock
Tesoreros

ANALECTA HISTORICO MEDICA

VI (2)

Guest Editors

Massimo Pandolfi y Paolo Vanni

Año VI, No. 2 2008



ANALECTA HISTORICO MEDICA

Revista del Departamento de Historia
y Filosofía de la Medicina de la Facultad
de Medicina de la UNAM y la Sociedad
Internacional de Historia de la Medicina

EDITORES

Carlos Viesca T. y Jean-Pierre Tricot

COEDITORES

Andrés Aranda y Diana Gasparon

CUIDADO DE LA EDICIÓN

Carlos Viesca T.

DISEÑO, FORMACIÓN EDITORIAL E IMPRESIÓN

Gráfica, Creatividad y Diseño S.A. de C.V.
grafcrea@prodtigy.net.mx

© Derechos reservados conforme a la ley
DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y FILOSOFÍA
DE LA MEDICINA DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Brasil 33, Col. Centro, 06020

México, D.F., Tel. 5529.7542

Publicación anual. Número de Certificado
de Reserva otorgado por el Instituto
Nacional del Derecho de Autor: 04-2005-
112310281700-102. Número de
Certificado de Licitud de Título: en
trámite. Número de Certificado de Licitud
de Contenido: en trámite.

ISSN: 1870-3488

Precio: \$300, USD30

Queda estrictamente prohibida la
reproducción total o parcial de esta
publicación, en cualquier forma o medio,
sea de la naturaleza que sea, sin el
permiso previo, expreso y por escrito
del titular de los derechos. Los artículos
son responsabilidad de los autores.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Primera edición: 2008

Comité Editorial

Patricia Aceves

Xóchitl Martínez Barbosa

Rolando Neri Vela

Mariblanca Ramos de Viesca

Ana Cecilia Rodríguez de Romo

Martha Eugenia Rodríguez Pérez

Gabino Sánchez Rosales

José Sanfilippo

Comité Editorial Internacional

Philippe Albou (Francia)

Klaus Bergdolt (Alemania)

German Berrios (UK)

J. S. G. Blair (UK)

Antonio Carreras Panchón (España)

Pedro Chiancone (Uruguay)

Ricardo Cruz-Cocke M. (Chile)

Gregorio Delgado (Cuba)

José Luis Doria (Portugal)

Gary Ferngren (Estados Unidos de Norteamérica)

Miguel González Guerra (Venezuela)

Alfredo Kohn Loncarica (Argentina)[†]

Alain Léllouch (Francia)

César Lorenzano (Argentina)

José Luis Peset (España)

Robin Price (UK)

Francisco Javier Puerto Sarmiento (España)

Mercedes S. Granjel (España)

Tatiana Sorokhina (Rusia)

Alain Touwaide (Estados Unidos de Norteamérica)

Paolo Aldo Rossi (Italia)

David Wright (UK)

Giorgio Zanchin (Italia)

ÍNDICE

xii Presentación

I. STORIA ED EVOLUZIONE DELLA CARDIOLOGIA

- 3 Clinical Cardiology in the last fifty years: A historical reasoned approach
Gian Franco Gensini, Andrea A. Conti
- 7 Breve storia della semeiotica cardiaca: gli uomini, gli aneddoti, le scoperte
Massimo Pandolfi
- 11 La storia in pillole: i farmaci nella storia del cardiopatico
G. Casolo
- 17 Le radici storiche dello studio elettrofisiologico cardiaco: Il ruolo dell'elettrocardiografia
Andrea A. Conti, Luigi Padeletti, Gian Franco Gensini
- 21 Dagli aztechi col cuore in mano al cuore battente
Guido Sani, Massimo Bonacchi
- 31 La storia del trapianto di cuore
Massimo Maccherini

II. LA NASCITA DELLA CRUCE ROSSA

- 39 Dai Martiri di Belfiore a Don Barziza: nasce la Croce Rossa?
M.R. Bosi, P. Vanni, C. Cipolla
- 45 Florence Nightingale (1820-1910) e Henry Dunant (1828-1910)
R. Ottaviani, P. Vanni
- 51 L'Avenir sanglant dans les manuscrits de la Bibliothèque Publique et Universitaire de Genève
P. Vanni, R. Ottaviani, M.G. Baccolo, M. Barra
- 57 Louis Appia, medico militare e membro del CICR
R. Ottaviani, P. Vanni

- 63 Marcel Junod - il terzo combattente: La scrittura e lo stile
Eugenia Ocello
- 67 Le Infermiere Volontarie cri le prime donne in divisa al fronte nella Grande Guerra
Maria Enrica Monaco
- 73 La Croce Rossa Internazionale e la sanità militare nella strage di Cefalonia
Paolo Paoletti
- 77 Storia di un delegato del CICR a Hiroshima
E. Distante, R. Ottaviani, P. Vanni
- 81 Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana a Trieste - un ritorno
Riccardo Romeo Jasinski
- 87 La sezione autonoma per l'assistenza giuridica agli stranieri agius - sette anni di attività
Marisella Notarnicola
- 93 Piccola storia della Croce Rossa Russa
Giorgio Ceci, Gabriele Comani, Raimonda Ottaviani, Paolo Vanni
- 97 Red Cross of the Ukrainian Motion of Resistance and National Liberation Movement
in the Second World War
Yaroslav Hanitkevych
- 103 Portuguese Red Cross. Condes d'Óbidos Palace-national headquarters
*Madalena Esperança Pina, Miguel Domingues, Cláudia Cabido, Cláudia Marques,
Rita Pocinho, Sofia Rocha*

III. BIOGRAFÍA MÉDICA

- 109 The role of Biography in Medical History
Christopher Gardner-Thorpe
- 115 Salutatus Lucas, Medicus Carissimus
Antonio Spiller
- 123 Dall'autobiografia di M. Malpighi, il ritratto di un grande scienziato umanista
Giuliana Cingoli
- 131 Luigi Calori e l'insegnamento dell'Anatomia Umana a Bologna nell'Ottocento
Nicolò Nicoli Aldini, Luca Pontoni, Alessandro Ruggeri
- 139 Alessandro Volta in viaggio con l'eudiometro attraverso la Svizzera (1777)
Giuseppe Armocida, Gaetana Silvia Rigo

-
- 147 Don Barziza fra Croce Rossa e apostolato
Paolo Vanni, R. Ottaviani, M.G. Baccolo, D. Vanni
- 153 Jessie Meriton White Mario: Nurse in Garibaldi's expeditions
Elizabeth M.C. Guerin, Iacopo Mannelli, Paolo Vanni
- 157 Eugenio Gaddini and the Red Cross Hospital in Forte Aurelia, 1945-1956
M. Francesca Vardeu
- 165 Pietro Pagello (1807-1898): Un galantuomo tra chirurgia e romanticismo francese
Aldo Prinziavalli
- 175 La medicina di Santa Maria Nova: l'avvento di Pietro Betti (1784-1863)
R. Ottaviani, D. Vanni, P. Vanni
- 185 The delegitimized legislator: Dario Maestrini his true history and the law of the heart
Massimo Pandolfi, Francesco De Tommasi
- 189 Switzerland, Feminism and Medical Studies
Albert Franceschetti

PRESENTACIÓN

Analecta Historico Medica representa un esfuerzo editorial emanado de la Societas Internationalis Historiae Medicinae y el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Su fin es proveer de un medio de difusión de alto nivel académico a los trabajos sobre Historia de la Medicina presentados en las reuniones internacionales que son organizadas cada dos años bajo los auspicios de la Sociedad, en los años en los que no se lleva a cabo el Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Por tal razón, este es el sexto número de *Analecta*, ya que se decidió tomar como el primero al volumen de las Actas de la Reunión Internacional llevada a cabo en Lisboa en 2001. La edición de *Analecta* será anual, lo que contempla el que haya un volumen que se publique durante el año en el que se realicen los Congresos Internacionales, el cual contenga estudios monográficos de mayor extensión que los destinados a ser publicados en *Vesalio*, órgano oficial de la Sociedad, o *cahiers* producto de reuniones planeadas *ex profeso* o reuniendo trabajos referentes a un tema determinado y solicitados por invitación a los autores.

PRESENTATION

In principle this would be the *Analecta Historico Medica* fifth issue, but, curiously, is the sixth one because the Editorial Committee decided to take as the first one the volume containing the papers presented at the First International Meeting on the History of Medicine, held in Lisbon in 2001. *Analecta Historico Medica* represents a common effort by the Internationalis Societas Historiae Medicinae and the Faculty of Medicine of Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)' Department of History and Philosophy of Medicine. The aim is to provide the historico-medical community a means to publish, at a high academic level, the selected papers presented in the International Meetings organized every two years, precisely in the years when the corresponding International Congress wouldn't take place. *Analecta* will appear annually and it will publish, one year, the materials provenient from the International Meeting, and in the following year, monographic studies which extension made it inconvenient to be included in *Vesalius*, the official organ of the ISHM, and some *cahiers* derived from specially organized meetings or symposia, or monothematic little collections requested by invitation to the authors.

PRESENTATION

Ce livre aurait dû constituer le cinquième volume des 'Analecta Historico-Medica', mais, curieusement, il s'agit en fait du sixième volume, le comité éditorial ayant décidé de considérer comme premier celui contenant les communications faites lors de la Première Réunion Internationale d'Histoire de la Médecine organisée à Lisbonne en 2001. Les *Analecta Historico-Medica* sont le reflet d'un effort commun entre La Société Internationale d'Histoire de la Médecine et la Faculté de Médecine de l'Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Département d'Histoire et de Philosophie de la Médecine. Le but est de saisir l'occasion de publier, à un niveau académique élevé, les travaux présentés lors des Réunions Internationales qui ont lieu tous les deux ans, et ceci précisément durant les années où n'ont pas lieu les Congrès Internationaux d'Histoire de la Médecine. Les 'Analecta' paraîtront annuellement et publieront l'une année les communications de ces Réunions Internationales et l'autre année des études monographiques fouillées, dont la longueur ne permet pas la publication dans 'Vesalius', organe officiel de la Société, ainsi que certains cahiers provenant de réunions ou de symposiums organisés lors d'événements spéciaux ou ayant pour sujet un thème spécifique dont l'étude sera sollicitée à certains auteurs spécialisés.

I. STORIA ED EVOLUZIONE DELLA CARDIOLOGIA

CLINICAL CARDIOLOGY IN THE LAST FIFTY YEARS: A HISTORICAL REASONED APPROACH

Gian Franco Gensini, Andrea A. Conti

Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica,
Università degli Studi di Firenze.
Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS S. Maria agli Ulivi, Firenze.
Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove, Firenze, Italy.

Summary

In 1905 cardiovascular diseases accounted for approximately 10% of overall mortality in the world. In 2008 they will account for around 50% of deaths in developed countries, and their impact on mortality is increasing in developing ones. In 2020 cardiovascular diseases are predicted to cause the death of more than 25 million people a year, and their burden will be notable not only in terms of mortality, but also of morbidity and disability. The epidemiological dimensions of cardiovascular diseases are therefore impressive, and a brief reasoned history of clinical cardiology in the last fifty years clearly teaches that, even if much clinical and organizational health work still has to be done, nevertheless the attained achievements in this sector in general health care of people have been the overall result of integrated multi-dimensional interventions in the overlapping fields of prevention, therapy and rehabilitation.

THE EPIDEMIOLOGICAL CARDIOVASCULAR SCENARIO IN THE LAST CENTURY

A hundred years ago cardiovascular diseases (CVD) accounted for around 10% of overall mortality in the world. Today they account for approximately 50% of deaths in developed countries, and their impact on mortality is increasing in developing ones. In Italy mortality dependent on cardiovascular diseases ranks first, and in the adult population (35-74 years) 12% of all the deaths are due to ischemic heart disease (8% to acute myocardial infarction). In 2020 cardiovascular diseases are predicted to

cause the death of more than 25 million people a year, and their burden will be notable not only in terms of mortality, but also of morbidity and disability.

The epidemiological dimensions of CVD are therefore impressive and, even if W. Heberden had already splendidly described “angina pectoris” in the course of the eighteenth century (1768 meeting of the Royal College of Physicians), it has been only from the beginning of the twentieth century, and in particular during the last sixty years, that a major increase in the frequency of cardiovascular diseases has been recorded.

In effect, according to the classical definition of “epidemiological transition” of A.R.

Omran (1971), in the western world chronic-degenerative multi-factorial disorders, as CVD typically are, have progressively replaced, in epidemiological terms, the acute mono-factorial diseases during the nineteen hundreds. As has been said, at the beginning of the twentieth century CVD accounted for a limited percentage of general mortality and the predominant typology of these diseases was represented by rheumatic valvular pathologies, more than ischemic heart disease.

CLINICAL CARDIOLOGY IN THE LAST FIFTY YEARS

From the fifties on the progressive modification of lifestyle patterns (increase in caloric intake and decrease in physical activity) and the powerful emergence of atherosclerosis and hypertension has led, in western countries, to a clear increase in chronic pathophysiological onset and acute clinical expression pictures such as coronary artery disease and ischemic stroke. These pathological conditions have prompted health system replies that, in the course of the last half century, have provoked remarkable progress in cardiology, both in clinical and instrumental as well as organizational terms.

It should be stressed that, still at the end of World War II, the role of currently well established cardiovascular risk factors, including arterial hypertension and hypercholesterolemia, had not yet been clarified. In this respect, the famous Framingham Heart Study, begun in Massachusetts (USA) in 1948 and including a cohort of 5,209 individuals followed for a period of thirty-five years, deserves great credit in having accurately documented the relationship between (currently considered) classical cardiovascular risk factors and ischemic heart disease.

In the sixties the appearance and diffusion of intensive care and coronary care units, of heart defibrillation and of cardiopulmonary resuscitation procedures represented, on clinical and management grounds, decisive acquisitions in cardiology, leading to a decrease of about fifty per cent of in-hospital mortality due to acute myocardial infarction. From the sixties onwards the history of CVD came to be strictly connected with relevant progress in cardiovascular prevention and therapy, and in particular in the seventies, in the western world, the dissemination of prophylactic measures and of public health promotion campaigns directed the attention of the general population towards cardiovascular pathologies.

After the landmark of the Framingham Heart Study, an observational survey which wrote the history of medicine, new models of medical research, in particular clinical controlled trials, were introduced. In the seventies there was the spread of effective oral drugs for myocardial infarction, and in the eighties paramount progress in the health care of coronary heart disease was achieved. In this latter period clinical cardiology underwent a profound innovation in the acute care of ischemic heart disease through the introduction of invasive procedures, namely intravenous thrombolysis (GISSI study, 1986) and percutaneous coronary interventions (PCI) (the first cardiac angioplasty in human beings was performed by A. Gruentzig in 1977). At the same time new effective drugs tested in clinical trials appeared and consistently enriched the pharmacological armamentarium which had been, up to the seventies, essentially linked to drugs of the past.

On technical-instrumental grounds the development in cardiology has been astonishing in the last fifty years, if one considers that, still in the fifties, in many clinical environ-

ments only Rx and EKG were available. The development of health care technology has led to great progress in a number of diagnostic and therapeutic “cardiac” fields, including cardiac imaging in general, and in particular in cardiac surgery (from heart transplantation —C. Barnard, 1967— to artificial hearts in the course of less than forty years) and cardiac electrophysiology.

On organizational grounds the affirmation of the concept of “staff work” in clinical medicine, and in particular in clinical cardiology, has led to the establishment of inter-disciplinary multi-professional teams able to manage both people at cardiovascular risk, in the prevention and prophylactic risk-stratification context, and cardiovascular patients, first in the acute therapeutic environment and later in the rehabilitation setting.

In effect, the continuous improvement of acute cardiac therapeutic interventions has determined an always longer survival of cardiovascular patients, as in the paradigmatic instance of acute myocardial infarction, whose better treatment, together with the continuous aging of the general population, has led to the appearance and the rapid growth of a population of chronic heart failure patients. Health operators involved in clinical cardiology are therefore called upon to tackle huge challenges not only in the management of acute pathological conditions, but, increasingly, in chronic cardiovascular morbid pictures.

In this clinical-epidemiological scenario cardiovascular medicine is, as consequence, in progress on many and different fronts. Excellence cardiologic research is focussed (also) on stem cells, in search of a “re-integrative” approach which could radically modify the natural history of ischemic heart disease and of heart failure. Meanwhile, in full awareness that the decrease in coronary heart disease in the USA in the 1980-2000 time span is to be attributed for approximately 50% to the control and reduction of risk factors, special attention on cardiovascular preventive measures must be paid in educational and organizational terms.

In synthesis and in conclusion, even if much health work has still to be done, a brief reasoned history of clinical cardiology in the last fifty years shows and teaches that its relevant achievements in the successful health care of people are, and in the near future will more and more tend to be, the overall result of integrated multi-dimensional interventions in the overlapping areas of cardiovascular prevention, therapy and rehabilitation.

Key Words

Cardiovascular Diseases; Clinical Cardiology; Epidemiology; Epistemology; Evidence Based Medicine; History of Medicine.

BIBLIOGRAPHY

BMJ Clinical Evidence Handbook. BMJ Publishing Group, London, UK, 2008.

BONACCHI M, Maiani M, Conti AA. A historical overview on coronary surgery and interventional cardiology: parallel pathways? *Vascular Disease Prevention* 2006; 3: 87-90.

BRAUNWALD E. Shattuck lecture. Cardiovascular medicine at the turn of the millennium: triumphs, concerns, and opportunities. *N Engl J Med* 1997; 337: 1360-9.

CONTI AA, Margheri M, Gensini GF. A brief history of interventional coronary cardiology. *Ital Heart Journal* 2003; 4: 721-4.

CONTI AA, Macchi C, Molino Lova R, Conti A, Gensini GF. Relationship between physical activity and cardiovascular disease. Selected historical highlights. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness* 2007; 47: 84-90.

FEINLEIB M. The Framingham Study: sample selection, follow-up, and methods of analyses. *Natl Cancer Inst Monogr* 1985; 67: 59-64.

FORD ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med* 2007; 356: 2388-98.

GENSINI GF, Conti AA, Lippi D. Evolution of the epidemiologic context of cardiovascular diseases: a critical historical approach. *Ital Heart J* 2002; 3 Suppl 6: 5S-8S.

GENSINI GF, Conti AA, Lippi D. Nutritional prevention of coronary artery disease. A brief history of dietetics. *Minerva Cardioangiol* 2003; 51: 257-60.

GISSI. Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). *Lancet* 1986; 1 (8478): 397-402.

PROGETTO Cuore. Epidemiologia delle malattie cerebro e cardiovascolari. Istituto Superiore di Sanità. <http://www.cuore.iss.it/>

ROSAMOND W, Flegal K, Furie K, et al. Heart Disease and Stroke Statistics ñ 2008 Update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008; 117.

ROTHMAN KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2nd edition, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, PA, USA, 1998.

ACKNOWLEDGEMENTS

The Authors would like to thank Professor Luisa Camaiora, B.A., M.Phil., for her correction of the English.

BREVE STORIA DELLA SEMEIOTICA CARDIACA: GLI UOMINI, GLI ANEDDOTI, LE SCOPERTE

Massimo Pandolfi

La ricerca dei segni del funzionamento degli organi, nella normalità e nella patologia, costituisce una vera e propria branca del sapere medico ed è riassunta in un termine: semeiotica. Con un semplice aggettivo avviene il suo dividersi in ulteriori sottospecialità, con la crescente spinta alla superspecializzazione, tipica dell'era tecnologica dove viviamo.

Indubbiamente la semeiotica cardiaca riveste un ruolo di estremo fascino, oltre che di difficoltà superiore, rispetto a quella di altri organi, eccezion fatta, forse, per il sistema nervoso.

Il primo atto semeiologico va di pari passo con la preistoria della materia, con la visita del medico egizio.

Imhotep, figura forse leggendaria, avvolta più nel mito che nella storia, per primo palpò il polso di un suo simile, sforzandosi di capirne caratteristiche e significato.

Ippocrate e gli arabi Rhazes ed Avicenna misero su carta quanto l'egizio aveva intuito e questo, per centinaia di anni ancora, fu l'unico contatto che in una visita avveniva tra il medico ed il sistema cardiocircolatorio del malato.

Dobbiamo arrivare in un'epoca molto più vicina a noi, negli anni dell'Illuminismo, pas-

sando attraverso le tenebre medioevali, perché la semeiotica muova i suoi primi, veri ma sempre incerti passi.

Fu il figlio di un venditore di vino viennese che, fin da piccolo, percuotendo con i suoi piccoli pugni le grandi botti di vino, imparò a stabilire con esattezza fin dove arrivasse il vino.

Si chiamava Leopold Auenbrugger e, dato che suo padre aveva ben altri progetti per lui, divenuto medico, portò questa sua abilità nella pratica quotidiana.

Dopo alcuni anni di pratica, radunò i suoi appunti e dette alle stampe un libretto (*Inventum novum*) dove spiegava l'uso di questa nuova arte semeiologica.

Vi fu chi si dichiarò entusiasta, chi ne prese le distanze, chi lo criticò ferocemente.

Auenbrugger continuò imperterrito la sua strada, diventando uno dei medici più apprezzati della Vienna imperiale, ma il suo scritto fu dimenticato.

Dimenticato fino a quando Nicolas Corvisart, il medico di Napoleone, lo riprese e, aggiungendovi molte delle sue osservazioni e del suo indubbio acume di clinico, ne fornì una edizione almeno ampliata.

Ma il primo, vero, grande progresso nella semeiotica del cuore fu compiuto da un bre-

tone, medico all'Ospedale Necker di Parigi: René Theophile Laennec.

Aveva notato dei bambini che, nel piazzale dell'ospedale, giocavano ad indovinare quanti colpi venivano battuti con uno spillo ad una estremità di una trave, semplicemente appoggiando l'orecchio all'altra estremità.

Se ne ricordò quando, visitando una giovane e paffuta donzella, davanti alla ritrosia di lei a scoprire l'abbondante seno, usò un foglio arrotolato, praticando per la prima volta l'auscultazione cardiaca mediata ed inventando, di fatto, il primo fonendoscopio.

L'apparecchiatura ebbe una rapida diffusione e come tutte le cose che divengono di interesse comune, dai primi rudimentali tubi di legno si arrivò presto ai perfezionati apparecchi che ancora oggi pendono dal collo dei sanitari nelle fortunate serie televisive, dove il medico è ancora una figura eroica che può stimolare la fantasia.

La possibilità di percepire meglio i rumori cardiaci dette vita a una caterva di osservazioni, in un'epoca in cui le grandi malattie infettive aggredivano le valvole cardiache e le cardiopatie congenite avevano il massimo di prevalenza. Da qui una serie di eponimi, con paternità discusse del "primo" rilievo acustico di un soffio o di una anomalia cardiaca.

Sono gli anni di Austin Flint, di Graham Steel, di Duchosal, di Wood e di molti altri, le cui biografie da sole rappresenterebbero il materiale per più di una pubblicazione.

Ma intanto il corso del tempo stava facendo entrare l'umanità nell'era della tecnologia e la semeiotica "fisica" stava per venire affiancata e presto superata da quella strumentale.

Un olandese, medico di nome ma bioingegnere di fatto, dopo infiniti tentativi, riuscì a realizzare un dispositivo che registrava l'attività elettrica del cuore. L'apparecchio fu chiamato

elettrocardiografo ed il tracciato che ne usciva elettrocardiogramma. L'uomo si chiamava Willem Einthoven ed il premio Nobel che gli fu consegnato pochi anni prima della sua morte, fu il giusto riconoscimento ad una vera rivoluzione copernicana all'approccio semeiologico delle malattie di cuore.

Einthoven, che era uomo di spirito, aveva "umanizzato" la sua creatura, tanto che si racconta di una simpatica corrispondenza tra lui ed il fisiologo russo Samojloff, che lo pregava di leggere una sua lettera all'elettrocardiografo che sapeva scrivere ma certamente non era capace di leggere.

L'olandese rispose all'amico che aveva fatto quanto richiesto ma aveva dovuto assistere ad una sfuriata dell'apparecchio che aveva sentenziato: "Come non so leggere, proprio io che leggo tutti i segreti del cuore".

Comunque, capace o no di leggere, l'elettrocardiografo dette il via a vere e proprie correnti di pensiero, a scoperte importantissime, basti pensare all'ischemia miocardica, all'infarto, la cui diagnosi e cura ancor oggi non prescinde dal tracciato elettrocardiografico.

Pochi anni dopo, un'altra tecnica venne a far parte del bagaglio di chi si interessava e studiava il cuore: il cateterismo cardiaco.

La sua scoperta, come tante altre in medicina, fu un atto sospeso tra il coraggio e l'incoscienza.

Un giovane medico tedesco, da poco laureato, era stato affascinato nel corso dei suoi studi, dagli esperimenti dell'inglese Hales sul cavallo, eseguiti con un tubo infilato nella carotide dell'animale, per osservare le oscillazioni della pressione. Si chiamava Werner Forssmann.

Dopo vari tentativi infruttuosi, all'insaputa del direttore della clinica dove svolgeva il praticantato, ad Ebenswald, riuscì ad infilarsi un

catetere di Nelaton nella vena antecubitale del braccio e da lì a spingerlo fino all'atrio di destra. All'esperimento assisté una infermiera, tale Gerda Ditzén, che Forssmann legò ad una sedia per esentarla da responsabilità prevedibili. A piedi, con il catetere infilato nel braccio, sanguinante, si recò in radiologia dove una lastra del torace documentò il successo dell'audace esperimento.

Forssmann fu espulso dall'Istituto; con lo scoppio dell'ultima guerra entrò nelle SS, dove arrivò fino al grado di maggiore. Non si macchiò di delitti particolari, per cui dopo il conflitto riprese la sua attività di medico, in campagna. Fu lì che gli arrivò la convocazione per ricevere il premio Nobel, assieme a Cournand e Richards. Era il 1956 e l'assegnazione del prestigioso riconoscimento ad un nazista suscitò non poche polemiche. Ma Forssmann ebbe il suo premio che comunque non lo convinse a lasciare la condotta nelle campagne di Duesseldorf.

L'ondata tecnologica non si arrestò: nuove scoperte, nuove tecniche di indagine permisero un crescente sviluppo della cardiologica e della semeiologia correlata, rendendo necessarie sottospecializzazioni che permettessero di

andare al nocciolo del problema. Le varie tecniche di imagine, a partire dell'ecodoppler per finire alla risonanza magnetica, hanno ridotto l'importanza ed anche l'insegnamento delle affascinanti tecniche di semeiotica fisica.

Ma se si guarda alla dottoressa Helen Brooke Taussig, la quale, sorda fin da giovanissima per una terribile tosse asinina che le aveva distrutto i timpani, era capace di diagnosticare cardiopatie congenite complesse solo palpando la regione precordiale e prendendo in esame una semplice lastra del torace, viene da pensare che nessuna tecnica, financo la più raffinata, può sostituire l'atto d'amore di un sincero contatto, tra chi vuol essere curato e chi vuole curarlo e, nella visita, cerca di capire quale entità dovrà combattere.

Ben venga quindi il futuro del dottor McCoy di Star Trek, capace di diagnosticare e di guarire con un apparecchietto simile ad un telefono cellulare, ma ricordiamo che lo sviluppo tecnologico non dovrebbe mai precedere di troppo l'evoluzione del pensiero, pena lo spalancare le porte a nuove forme di barbarie, lontane dallo spirito umanitario di chi, nei secoli, ha cercato nello studio dei segni e dei sintomi la chiave per lo scrigno della cure delle umane sofferenze.

LA STORIA IN PILLOLE: I FARMACI NELLA STORIA DEL CARDIOPATICO

G. Casolo

NELL'ANTICHITÀ

- Nel mondo antico esperienze personali, superstizione, leggende, magia si mescolano profondamente e producono una farmacopea variegata
- Nell'antico Egitto i rimedi sono derivati da ingredienti quali il sangue di pipistrello, bile di tartaruga o fegato essiccato di rondine

La nascita della farmacologia

- Con Ippocrate di Cos (460-ca. 370 a.C.) l'arte di curare le malattie assunse un connotato scientifico: egli ricondusse le malattie a cause naturali e non divine e per ciascun male prescrisse una terapia appropriata. Dal *Corpus Ippocraticum* siamo a conoscenza dell'uso di 230 piante dalle virtù terapeutiche
- In epoca ellenistica l'interesse per la botanica e le piante medicinali ebbe un impulso notevole. Già Alessandro Magno (356-323 a.C.), quando nel 331 a.C. fondò Alessandria d'Egitto, la dotò non solo della famosa Biblioteca, ma anche di un giardino botanico

LA DIGITALE

La digitale (*Digitalis L.*) è un genere erbaceo della famiglia delle *Scrophulariaceae* (la stessa della bocca di leone), con fiori che hanno una caratteristica forma simile a un ditale - da cui il nome. I fiori sono riuniti in racemi terminali unilaterali all'apice del fusto.

- Le proprietà curative delle piante contenenti glicosidi quali la cipolla o scilla marittima risalgono al papiro Ebers (circa 1500 a.c.)
- Galeno e Dioscoride la menzionano
- I Romani la usavano come diuretico, cardiotonico, purgante o anche come veleno per topi.

Il papiro di Ebers è una raccolta egiziana di testi di medicina risalenti circa al 1550 a.c., uno dei più antichi lavori di medicina conosciuti. La raccolta contiene 700 formule magiche e rimedi popolari utilizzati per curare patologie di varia natura e per allontanare dalla casa bestie come mosche, ratti e scorpioni. Il papiro, inoltre, include una descrizione sorprendentemente accurata del sistema circolatorio, in

quanto viene notata l'esistenza dei vasi sanguigni in tutto il corpo e la funzione del cuore come motore della circolazione del sangue. Il papiro di Ebers fu acquisito da George Maurice Ebers, egittologo e romanziere tedesco, nel 1873. Attualmente è conservato presso la biblioteca dell'università di Lipsia, in Germania.

Nel 1250 alcuni medici Gallesi descrivono le proprietà curative della pianta denominata "Foxglove" e nel 1542 Leonhart Fuchs (1501-1566) per primo descrive la digitale purpurea (foxglove rossa) nel suo famoso libro sulle erbe. Nasce a Wemding in Bavaria; è dotato di intelligenza brillante tanto da frequentare l'Università di Erfurt a 13 anni. Studia e insegna arte e medicina a Ingolstadt, approfondisce le conoscenze naturalistiche e botaniche con la consultazione dei lavori dei suoi contemporanei Bock e Gesner.

Interessi botanici: I suoi studi sulle piante medicinali sono particolarmente interessanti per l'analisi della nomenclatura delle piante derivata dagli autori classici. Si rende conto delle scarse conoscenze dei medici nel campo della botanica curativa e prepara un erbario che ha il più gran numero di specie fino allora descritte, con illustrazioni molto più precise rispetto a quelle del contemporaneo Otto Brunfels. Dal punto di vista fitografico è quindi estremamente interessante perché la descrizione è realistica, mentre non è importante nella storia della classificazione perché la presentazione avviene sempre in ordine alfabetico. La sua opera principale, *De Historia Stirpium* (1542), sarà tradotta in tedesco e francese, altre opere: *Herbarium ac stirpium historia* (1544), *Plantarum effigies* (1552).

WILLIAM WITHERING detto il Lunatico

- Nato a Wellington, UK nel 1741

- Ha pubblicato "solo" 19 articoli
- Visitava 2500/3000 pazienti/anno
- Guadagnava circa 1000 Sterline/anno
- Morì di TBC il 6.10.1799 a 58 anni

Nel 1785 pubblica: *An Account of the Foxglove and Some of Its Medical Uses. With Practical Remarks on Dropsy and Other Diseases.*

Nel 1885, un secolo dopo il libro di Withering, il Medico Scozzese Thomas Richard Fraser per primo isolò il glicoside cardioattivo: l'acido strofantinico.

Nel 1906 Albert Fraenkel riuscì a produrre una forma iniettabile di acido strofantinico (Ouabaina). Medico Tedesco, a lui si deve la scoperta del ruolo dello Streptococco nella polmonite batterica.

La digitale oggi si ricava come:

- Derivati delle foglie di Digitale purpurea e lanata
- Pollini dello strophanthus gratus e kombe
- Cipolla marittima
- La porzione erbosa del mughetto
- Le foglie dell'oleandro
- Sinteticamente

STORIA DELL'ASPIRINA

- Il papiro di Ebers è una raccolta egiziana di testi di medicina risalenti circa al 1550 a.c. Si fa menzione di un medicamento ricavato dalle foglie di salice
- 400 AC Ippocrate prescrive l'estratto di corteccia e foglie del salice per alleviare il dolore e la febbre
- La Scuola Medica Salernitana (dal periodo Normanno, fino alla prima metà del XIII secolo) attribuisce al Salice proprietà afrodisiache, specificando che frenava

la libidine al punto da impedire il concepimento.

- Il Mattioli (medico Senese, vissuto a cavallo fra il XVI ed il XVII secolo) conferma alcune indicazioni terapeutiche della Scuola Salernitana ed aggiunge: “le fronde [del Salice] trite, e bevute con un poco di vino, e di pepe, vagliono a dolori dei fianchi”.
- Le ipotetiche virtù antiafrodisiache saranno confermate anche durante il secolo dei Lumi; infatti, il Fusanacci (1784) avverte che “il sugo cavato dai rami teneretti (...) allontana egregiamente la libidine.

2 giugno 1763, il Rev. Edward Stone lesse una relazione alla riunione della Royal Society di Londra. La Royal Society, anche se a contributo volontario, è ritenuta l'accademia nazionale inglese delle scienze. Fondata il 28 novembre 1660 è una delle accademie più antiche attualmente esistenti.

Venne fondata da dodici scienziati che si incontrarono nel 1640 per discutere delle idee di Francis Bacon. Nel 1660 si riunirono nei locali del Gresham College e, dopo una conferenza tenuta da Christopher Wren, si costituì una università per la promozione della cultura fisico-matematica e dell'approccio sperimentale.

Il nome The Royal Society venne menzionato per la prima volta nei documenti del 1661. Nel 1663 si fece riferimento all'accademia come “The Royal Society of London for Improving Natural Knowledge”.

Situata inizialmente al Gresham College, si trasferì per alcuni anni nel Arundel House a causa di un incendio nel 1666. Ottenne la definitiva sistemazione nel 1710, nei locali della Crane Court, no tratto beneficio dalla corteccia del salice.

Molti famosi scienziati erano o membri fondatori o coinvolti durante la sua storia. Il

gruppo iniziale includeva Robert Boyle, John Evelyn, Robert Hooke, William Petty, John Wallis, Thomas Browne, John Wilkins, Thomas Willis e Sir Christopher Wren. Sir Joseph Banks, che diresse la società per ben 42 anni, esercitò un influsso significativo sull'evoluzione degli studi scientifici in Inghilterra. Isaac Newton dimostrò loro la sua teoria sull'ottica, e in seguito diventò presidente della Royal Society. Un altro importante membro di questa accademia fu Charles Babbage. Un attuale membro famoso della Royal Society è il fisico Stephen Hawking.

Un forte impulso allo studio delle proprietà del salice arriva nel 1808 a causa di Napoleone che impone un embargo all'importazione del chinino dall'America latina.

1828: il professor Johann Andreas Buchner di Monaco di Baviera ne ricavò, mediante ebollizione, una massa gialla che chiamò salicina.

1829: il farmacista francese Leroux isolò la salicina, principio composto da glucosio ed alcool salicilico in forma cristallina: *30 grammi di “salicina” vengono estratti da 500 grammi di scorza di salice.*

Nel 1835, in Svizzera, da un cespuglio selvatico molto comune nei campi si ottiene una sostanza simile: viene chiamata “spirsauro” e qualche anno dopo ci si accorge che è acido acetilsalicilico allo stato puro

Raffaele Piria, Scilla di Calabria

Si deve a Raffaele Piria, chimico napoletano, il merito di aver scoperto che dalla salicina si poteva giungere all'acido salicilico. Piria ne dette comunicazione in due articoli, “Ricerche sulla salicina ed i prodotti che ne derivano” (1838) e “Ricerche di chimica organica sulla salicina” (1845). Laureatosi in medicina, studiò chimica con Dumas a Parigi, dove realizzò importanti ricerche sulla salicina. Fu docente di chimica

all'Università di Pisa dal 1842, dove ebbe fra i suoi allievi Stanislao Cannizzaro e Cesare Bertagnini. Con Carlo Matteucci fondò "Il Cimento" (1844), quindi "Il Nuovo Cimento" (1855). Nel 1848 prese parte con il Battaglione universitario pisano alla Prima Guerra d'Indipendenza. Nel 1856 passò all'Università di Torino. Ebbe incarichi politici. Nel 1862 fu nominato senatore. Fu sicuramente uno dei più importanti chimici della prima metà del XIX secolo.

Charles Frédéric Gerhardt

Nel 1853 il chimico Charles Frédéric Gerhardt di Strasburgo produsse per la prima volta l'acido acetilsalicilico, in forma tuttavia chimicamente impura e quindi non stabile. Il procedimento di acetilazione risultò così complesso da scoraggiare le aziende farmaceutiche, tanto da ritardare di circa 44 anni il passo successivo.

Hermann Kolbe, Gottinga 1818-1884

- Teorizzò la possibilità di ottenere molecole organiche da molecole inorganiche
- Al prof. Hermann Kolbe di Marburgo va il merito di aver scoperto la struttura dell'acido salicilico e di averlo sintetizzato con un procedimento originale
- La reazione di Kolbe-Schmitt, detta anche più semplicemente reazione di Kolbe, è una reazione organica di carbossilazione in cui il fenato di sodio (sale di sodio del fenolo) è trattato dapprima con anidride carbonica ad una pressione di 100 atmosfere e ad una temperatura di 125°C ed in seguito con acido solforico.
- Si ottiene un idrossi-acido aromatico come, ad esempio, l'acido salicilico (acido

o-idrossibenzoico) che è il precursore dell'aspirina.

Felix Hoffmann

Era un giovane chimico dell'industria chimica tedesca Bayer di Leverkusen, in Renania Bayer. Il padre di Felix, affetto da una grave forma di malattia reumatica, assumeva il salicilato di sodio che gli conferiva un grande giovamento, nonostante il sapore sgradevole e l'effetto gastrolesivo. Nel tentativo di migliorare la qualità di vita del padre, Felix Hoffmann iniziò a condurre indagini sistematiche alla ricerca di un composto efficace e tollerabile, alternativo al salicilato di sodio. Muovendo dalle esperienze di Gerhardt, Hoffmann tentò di nobilitare l'acido salicilico per migliorarne la tollerabilità e riuscì nel suo intento mediante l'acetilazione, cioè attraverso la combinazione di acido salicilico con acido acetico.

Il 10 agosto 1897 egli descrisse nelle sue note di laboratorio l'acido acetilsalicilico (ASA), da lui sintetizzato in forma chimicamente pura e stabile.

ASPIRINA

- 1 febbraio 1897 la Bayer mette in commercio l'aspirina
- "a" è l'abbreviazione di acido acetilsalicilico, "spir" viene da "spirsäure" "ina" è uno dei suffissi utilizzati in chimica
- Il 1° febbraio 1899 venne depositato il marchio Aspirina che un mese dopo, il 6 marzo, fu registrato nella lista dei marchi di fabbrica dell'Ufficio Imperiale dei Brevetti di Berlino

CONCLUSIONI

La storia dei farmaci costituisce un viaggio affascinante tra botanica, magia, intuizioni e qualche giallo. Costituisce senz'altro un metodo fondamentale per ripercorrere tappe importanti della conoscenza e della scienza umana.

LE RADICI STORICHE DELLO STUDIO ELETTROFISIOLOGICO CARDIACO: IL RUOLO DELL'ELETTROCARDIOGRAFIA

*^oAndrea A. Conti, *Luigi Padeletti, **^oGian Franco Gensini

* Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica,
Università degli Studi di Firenze.

[^] Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS S. Maria agli Ulivi, Firenze.

^o Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove, Firenze, Italia.

Lo studio dell'evoluzione storica della elettrofisiologia cardiaca richiede una analisi del ruolo decisivo dell'elettrocardiografia. Se già alla fine del XVIII secolo L. Galvani aveva osservato che il corpo di una rana di per sé era in grado di costituire una fonte di elettricità (1791), fu nella prima metà del XIX secolo che C. Matteucci dimostrò la possibilità di documentare una attività elettrica nel muscolo cardiaco (1842-3). Nel suo preparato di laboratorio passato alla storia come la "rana reoscopica", il nervo sezionato della zampa di una rana veniva usato come un elemento visibile dell'attività elettrica. La rana non fu il solo animale sul quale Matteucci eseguì i suoi studi: egli fu infatti capace di registrare una attività elettrica nel cuore isolato del piccione.

Gli studi sull'animale si intrecciano, nel corso dell'800, con l'indagine sull'uomo. Nel 1835 J. Herisson aveva elaborato un prototipo di sfigmomanometro, e, nel 1847, C. Ludwig aveva allestito un chimografo. Negli anni '50 del XIX secolo H.A. Müller e R. von Kölliker registrarono accuratamente l'esistenza di correnti elettriche nei muscoli della rana, descrivendo la capacità di un preparato neuromuscolare di

rana, applicato al miocardio, di determinare contrazioni in sequenza dell'atrio e del ventricolo del cuore. Sul finire degli anni '60 E.J. Marey preparò il primo sfigmografo di largo impiego ed alcuni anni più tardi diede alle stampe quello che può essere considerato uno dei primi tracciati fotografici delle oscillazioni di un elettrometro nel corso di un ciclo cardiaco "fisiologico". Lo stesso Marey documentò graficamente l'evoluzione nel tempo del potenziale elettrico del cuore della rana, dimostrando che la forza elettromagnetica generata dal cuore produceva un campo elettrico che coinvolgeva tutto il corpo umano. La differenza di potenziale maggiore era individuabile tra la base e l'apice del cuore, l'asse elettrico principale del cuore, come confermato anche da A.D. Waller. Questo fisiologo inglese, negli anni '80, registrò potenziali associati al battito cardiaco, e fu tra i primi scienziati a pubblicare il tracciato elettrocardiografico di un essere umano ricavato in maniera incruenta dalla superficie del corpo. Durante gli anni '80 S. Ringer documentò il ruolo cruciale del calcio nel processo della contrazione cardiaca e, nel decennio successivo, J. Mackenzie concluse la preparazione di un

poligrafo a inchiostro, uno strumento in grado di garantire l'anello di congiunzione tra la periferia vascolare, il polso arterioso, ed il centro del sistema, il battito cardiaco. Il fondamentale lavoro di Mackenzie non si esaurisce con queste acquisizioni così rilevanti, se si considera l'importanza della sua descrizione e classificazione delle irregolarità del polso. Negli anni '90 del XIX secolo Mackenzie fu in grado di registrare la fibrillazione atriale nell'essere umano. Anche se questo studioso non era in realtà consapevole dell'eziologia e delle reali conseguenze cliniche dell'aritmia, egli testimoniò la frequente associazione tra aritmie cardiache e tracciati del polso giugolare caratterizzati da onde sistoliche pronunciate. Il sapiente uso che Mackenzie faceva del poligrafo fu superato soltanto dall'affermazione dell'elettrocardiografo di W. Einthoven, che, all'inizio del XX secolo, divenne un riferimento imprescindibile per lo studio dell'attività cardiaca nel soggetto sano e, soprattutto, in quello malato.

Nell'ultima decade dell'800 Einthoven diede, ad Utrecht, un impulso decisivo al miglioramento della calibrazione delle registra-

zioni cardiache, definendo con chiarezza la differenza tra persone sane e persone con malattie del cuore in termini di tracciati elettrocardiografici. All'alba del XX secolo lo studioso olandese affinò il galvanometro a corda di C. Adler (non è un caso che questo apparecchio derivi il suo nome da quello del grande scienziato italiano), uno strumento utile per documentare l'attività del cuore in tre derivazioni differenti.

Il contributo della elettrocardiografia nella evoluzione delle elettrofisiologia cardiaca ottocentesca costituisce un elemento essenziale per la comprensione delle conquiste novecentesche nello studio elettrofisiologico. Fu nelle prime decadi del '900, infatti, che fu stabilito il legame tra la registrazione elettrocardiografica, le modificazioni anatomopatologiche, come documentate con l'indagine autoptica, e le successive acquisizioni strumentali. In effetti, il perfezionamento e la miniaturizzazione degli strumenti di registrazione allestiti da Einthoven ha aperto la strada al pieno sviluppo della elettrofisiologia cardiaca nel corso del XX secolo.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

ADLER C. Sur un nouvel appareil enregistreur pour cables sous-marins. *CR Acad Sci* 1897; 124: 1440-2.

CONTI AA, Giaccardi M, Ho SY, Padeletti L. Koch and the "ultimum moriens" theory--the last part to die of the heart. *J Interv Card Electrophysiol* 2006; 15: 69-70.

CONTI AA, Macchi C, Molino Lova R, Conti A, Gensini GF. Relationship between physical activity and cardiovascular disease. Selected historical highlights. *J Sports Med Phys Fitness* 2007; 47: 84-90.

EINTHOVEN W. Nieuwe methoden voor clinisch onderzoek. *Ned T Geneesk* 1895; 29 II: 263-86.

EINTHOVEN W. Un nouveau galvanometre. *Arch Neerl Sc Ex Nat* 1901; 6: 625-33.

EINTHOVEN W. The different forms of the human electrocardiogram and their signification. *Lancet* 1912; 1: 853-61.

- FYE WB. Cardiology in 1885. *Circulation* 1985; 72: 21-6.
- FYE WB. A History of Cardiac Arrhythmias. In "Arrhythmias". Kastor JA, editor. WB Saunders Company, Philadelphia, London, Montreal, 2000 (pp. 1-22).
- GALVANI L. De viribus electricitatis in motu musculori commentarius. In: *De Bononiensi Scientiarum et Artium Instituto atque Academia Commentarii*, vol. VII. Bononiae, Ex Typographia Instituti Scientiarum, 1791.
- GENSINI GF, Conti AA, Lippi D, Conti A. The historical bases of a super-specialty: electrocardiography. *Med Secoli* 2004; 16: 595-602.
- GENSINI GF, Conti AA, Padeletti L, Fanfani M. *Evoluzione storica dei concetti di morte cardiaca improvvisa e di fibrillazione ventricolare*. Nuova Grafica Fiorentina, Firenze, 2005 (pp. 1-9).
- MACKENZIE J. *Diseases of the Heart*. 3rd edition, Oxford University Press, London, 1913.
- MAREY EJ. Des variations electriques des muscles et du coeur en particulier etudies au moyen de l'electro-metre de M Lippman. *Comptes Rendus Hebdomadaires des Seances de l'Academie des Sciences* 1876; 82: 975-7.
- MATTEUCCI C. Sur un phenomene physiologique produit par les muscles en contraction. *Ann Chim Phys* 1842; 6: 339-41.
- STERPELLONE L. *Di battito in battito. Storia della cardiologia*. Hippocrates Edizioni Medico-Scientifiche Srl, Milano, 2005.
- WALLER AD. A demonstration on man of electromotive changes accompanying the heart's beat. *J Physiol* 1887; 8: 229-34.

DAGLI AZTECHI COL CUORE IN MANO AL CUORE BATTENTE

Guido Sani, Massimo Bonacchi

Cardiochirurgia, Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica-
Università degli Studi di Firenze

PERCORSO STORICO-SCIENTIFICO DELLA CARDIOCHIRURGIA TRA MITO, SUPERSTIZIONE ED EVOLUZIONE SCIENTIFICA

Il cuore sin dall'antichità è stato uno degli organi che ha incuriosito ed affascinato maggiormente l'uomo, anche in virtù delle implicazioni mistiche, filosofiche e affettive da sempre legate a questo organo. Uomini preistorici, babilonesi, egizi, civiltà precolombiane, cinesi, indù si occuparono in vario modo e con diverse impostazioni religioso-filosofiche del cuore sia come organo sede dell'anima e degli affetti sia come origine della forza vitale.

Nelle culture precolombiane il cuore costituì il tramite essenziale col divino. In particolare nella cultura azteca, in cui la convinzione che l'universo fosse minacciato da forze ostili li assillò con l'esigenza di prorogare l'incombente catastrofe con incessanti atti di purificazione ed il ricorso a sacrifici umani fece di tale società un mondo cupo ed austero: secondo le credenze di questo popolo, infatti, il cuore era necessario per sfamare e placare gli dei. Questa pratica rituale veniva legittimata dal mito delle origini, dove si affermava che gli dèi, dopo l'avvento del Quinto Sole (secondo questo popolo, il mondo

era stato creato cinque volte e distrutto quattro, ogni epoca era chiamata "Sole") si erano dovuti sacrificare gettandosi nel fuoco, così gli uomini erano tenuti a seguire il loro esempio. Gli Aztechi portarono questa pratica ad un livello senza precedenti e consideravano un grande onore l'essere sacrificati per ingraziarsi gli dei da cui derivava il benessere per il loro popolo: dopo la morte avrebbero dimorato (assieme ai caduti in battaglia ed alle donne morte di parto) nel primo e più nobile dei tre regni in cui dividevano il mondo dell'aldilà.

Huitzilopochtli era il dio del Sole che proteggeva la tribù: esigeva che ad ogni ventesimo giorno, e quindi 18 volte all'anno, venissero celebrate grandi festività, ma soprattutto richiedeva che, per assicurare il giro del sole nella sua orbita giornaliera, garanzia di benessere e salute, si offrisse durante tali cerimonie sacrificio umano alle divinità solari. Le forme di sacrificio del corpo umano erano varie: in primo luogo figurava la cerimonia dell'offerta del Cuore, sede della conoscenza, che veniva strappato dal corpo della vittima ancora viva, aprendo il torace con coltelli di pietra (ossidiana affilata). Il cuore era il dono più prezioso, senza il quale gli Aztechi ritenevano che la vita sulla terra si sarebbe estinta.

Il ruolo centrale del cuore in tali sacrifici viene dimostrato anche dalla descrizione di Bernal Diaz del Castillo, uno dei conquistadores: “Vennero suonati il cupo tamburo di Huichilobos e molte altre buccine e corni e strumenti come trombe, e il frastuono era terrificante. Tutti noi guardammo in direzione della grande Piramide,...., davanti al santuario dove sono custoditi i loro maledetti idoli,...., e con coltelli di pietra squarciarono loro il petto ed estrassero i cuori palpitanti e li offrirono agli idoli che stavano là. Quindi a calci gettarono i corpi giù per la gradinata... Allo stesso modo sacrificarono tutti gli altri e mangiarono le gambe e le braccia e offrirono agli idoli i cuori e il sangue”.

Con i loro sacrifici rituali convincevano le divinità a far continuare la vita. Ma in generale il concetto di sacrificio era alla base di tutta la loro visione del mondo in quanto vedevano la morte come nient'altro che una rigenerazione e la donazione della vita del singolo e del suo cuore in particolare, come garanzia di sopravvivenza e prosperità per tutta la società atzeca.

In contrapposizione alla visione mistica del popolo Atzeco, già nella civiltà egizia si ha un approccio più razionale al cuore, inteso come organo la cui funzione nell'ambito del corpo umano doveva essere scoperta studiandone la struttura e le correlazioni con gli organi vicini: le più lontane nozioni sul cuore e sui vasi sono trascritte nel papiro “SMITH” del XVII secolo a.C. e nel papiro “EBERS” del XVI secolo a.C. Queste testimonianze anticipano conoscenze che verranno in seguito sviluppate da Ippocrate da Cos (460-377 a.C.) e da Aristotele da Stagira (384-322 a.C.).

Galeno da Pergamo (130-201 d.C.) sosteneva che il cuore fosse l'organo di origine delle arterie, generasse il calore dell'organismo e fosse l'essenza della vita. Galeno, però, misconosceva la piccola circolazione ed interpretava

la respirazione in modo impreciso. Nonostante le imprecisioni la cultura galenica domina il campo biomedico per ben 14 secoli, fino al termine del MedioEvo.

I grandi precursori della cardiologia moderna vennero però a partire dal Medio Evo: l'arabo Ali-Al-Din Ibn Nafis, Serveto, Barigazzi, Leonardo da Vinci, Vesalio, Fabrizio di Acquapendente ed altri, prepararono la strada ai fondamentali studi sulla funzione del cuore e della circolazione sanguigna di William Harvey esposti nella sua fondamentale opera “Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus”. Nel secolo XVIII, il galenismo, che aveva negativamente condizionato il pensiero scientifico per molti secoli, finalmente cominciò a perdere di importanza e si affacciarono sulla scena i primi ricercatori che applicarono il metodo scientifico anche allo studio dell'apparato cardio-circolatorio: Lower, Vieussens, Sènac, Heberden, Morgagni, Corvisart, Laennec, Bertin, Adam, Stokes, Hodkin, Raynaud, Roger sono nomi entrati a pieno titolo nella storia della cardiologia moderna.

Dai loro studi derivarono le prime tecniche diagnostiche: nel 1896 Riva-Rocci costruì il manometro per la misurazione della pressione arteriosa che tuttora usiamo e nel XX secolo Korotkoff introdusse il metodo ascoltatorio per la misurazione della pressione arteriosa e l'elettrocardiografia di Einthoven fu uno dei primi esempi di applicazione clinica estensiva di una metodica strumentale.

Parallelamente, si affacciano anche i primi timidi tentativi di curare il cuore: nel 1851 Traube sperimentò la digitale e nel 1879 Murrell scoprì l'azione antianginosa della nitroglicerina.

La storia della Cardiocirurgia è più recente, ma il suo sviluppo è tumultuoso ed esaltante, con un punto di inequagliato clamore il 3 dicembre 1967 con il crollo di un mito: il

trapianto di un cuore da un uomo ad un altro uomo era possibile. L'impatto emotivo che provocò fu pari a quello di un altro evento epocale, che accadde pochi anni dopo: lo sbarco dell'uomo sulla luna.

Anche se possiamo indicare come primo intervento "cardiochirurgico" coronato da successo quello di Rehn che nel 1896 suturò efficacemente una ferita della parete cardiaca, la chirurgia del cuore era considerata, fino alla metà del XX secolo, come una sorta di muro invalicabile, un salto nel vuoto che nessun chirurgo avrebbe potuto compiere, un limite alle ambizioni umane dal quale metteva in guardia anche il grande chirurgo Theodor Billroth: *"...chiunque tenti di intervenire sul cuore fallirà. Egli perderà la stima dei suoi colleghi"*.

In questo clima di assoluta diffidenza l'incessante lavoro del premio Nobel Alexis Carrel diede origine alla moderna chirurgia cardiovascolare, intuendo prima il nesso tra angina pectoris e stenosi coronariche e poi dimostrando (1904) la fattibilità di eseguire su modello animale un by-pass aorto-coronarico utilizzando, come condotto, l'arteria carotide: *"...ho impiantato un'estremità di una lunga arteria carotide, preservata in una soluzione fredda, sull'aorta discendente. L'altra estremità, fatta passare attraverso il pericardio, è anastomizzata sulla coronaria vicino all'arteria polmonare"*.

Ma le difficoltà tecniche incontrate dai ricercatori di quegli anni nell'effettuare delle "microanastomosi" spinsero a trovare strade alternative alla "rivascolarizzazione diretta", e l'intuizione di Carrel fu abbandonata per quasi 50 anni. Nel 1930 Claude Beck tentò su 16 pazienti di effettuare una "rivascolarizzazione indiretta" suturando tessuti circostanti (pericardio, omento, muscoli pettorali) sulla superficie del cuore, nella speranza che si formassero circoli collaterali con il miocardio, teoria che

venne poi confermata al tavolo autoptico. In questo filone si inserì anche l'esperienza di Vineberg il quale, nel secondo dopoguerra, ideò l'intervento che porta ancora oggi il suo nome. Vineberg impiantò l'arteria mammaria interna nello spessore del miocardio in modo che si sviluppassero circoli anastomotici tra la stessa ed i rami coronarici.

Ma queste tecniche risultarono di difficile standardizzazione, con risultati contraddittori ed alta mortalità, e non riuscirono pertanto a guadagnare una sufficiente diffusione ed applicazione clinica, rimanendo confinati ad uno stadio poco più che sperimentale. Anche la chirurgia valvolare era estremamente limitata alla valvuloplastica digitale, impiegata sin dal 1925 (primo intervento di Souttar) essendo impossibile arrestare e svuotare il cuore per poter intervenire al suo interno.

Negli stessi anni ci si rese conto della possibilità di effettuare interventi sul cuore senza danni tramite l'ipotermia: nel 1952 Lewis riuscì a chiudere con successo un difetto interatriale in una bambina di 5 anni dopo averla immersa in acqua fredda per 5 minuti, portando la temperatura sistemica a 28°C. Arrestando il cuore in ipotermia per pochi minuti, si riusciva a correggere anomalie delle strutture cardiache in modo adeguato.

Ma si trattava di una procedura che permetteva di effettuare interventi di pochi minuti, mentre la maggior parte delle malattie cardiache richiedevano interventi correttivi lunghi e complessi e la visione diretta delle strutture intracardiache. Da questa necessità derivarono gli studi su strumenti che potessero vicariare la funzione sia del cuore che del polmone.

A questo scopo, il dottor C. Walton Lillehei nel 1954 sviluppò la "cross circulation" eseguita il primo intervento a cuore aperto mediante circolazione crociata umana come supporto

extracorporeo. Egli chiuse un difetto congenito interventricolare in un bimbo di 12 mesi con il supporto circolatorio per 19 minuti del cuore e dei polmoni del padre: in questo modo fu possibile curare, seppur tra notevoli problemi, primo tra tutti quello della compatibilità, una serie di bambini affetti da difetti congeniti del cuore.

Sempre nel 1954, John Gibbon impiegò per la prima volta, dopo averla realizzata, una macchina capace di sostituire la funzione del cuore e del polmone per correggere con successo un difetto interatriale in circolazione extracorporea in una giovane donna. La macchina cuore-polmone permetteva, così, di superare molte delle difficoltà incontrate con la cross-circulation. In tempi successivi il primitivo sistema originale utilizzato da Gibbon per la CEC venne progressivamente perfezionato dalla ricerca e dalla partecipazione dell'industria specializzata. Tra le tecnologie che hanno maggiormente contribuito ai progressi della cardiocirurgia vanno ricordate diverse procedure innovative come la defibrillazione del miocardio ad opera di Beck, l'ipotermia profonda messa a punto da Bigelow e Boerema, l'arresto cardiaco cardioplegico del miocardio realizzato da Wesolouski e da Melrose, il pacemaker applicato in sede epicardica da Lillehei per il trattamento del blocco atrio-ventricolare iatrogeno, l'emodiluizione studiata da Zuhdi. Questi perfezionamenti hanno favorito i grandi progressi compiuti dalla chirurgia cardiaca pediatrica e dell'adulto e della chirurgia dell'aorta toracica, rendendo gli interventi cardiocirurgici meno rischiosi in termini di mortalità e morbilità perioperatoria, ponendo le basi per l'ampia diffusione che avrebbe avuto nei decenni seguenti. Si apriva così la possibilità di effettuare interventi anche complessi sul cuore: il by-pass coronarico poteva essere eseguito in assoluta tranquillità su un cuore fermo, migliorando notevolmente la qualità anasto-

motica; le strutture valvolari potevano essere sostituite o riparate; i difetti congeniti corretti; il cuore stesso poteva essere asportato in toto e sostituito.

Molte erano le problematiche che rimanevano da affrontare: la difficoltà nell'ottenere un'ossigenazione adeguata, i materiali scarsamente biocompatibili con cui erano costruiti i circuiti, i notevoli effetti deleteri sull'organismo della procedura: l'alterata reologia, il trauma meccanico sugli elementi figurati del sangue, il contatto sangue circolante/superfici del circuito, determinavano l'attivazione massiva dei sistemi della coagulazione, del complemento, delle chinine, emolisi, edema generalizzato e disfunzione di organi ed apparati. Inoltre, la necessità di eparinizzazione sistemica spinta, tale da prolungare il tempo di coagulazione di 5/6 volte, rendeva estremamente elevato e reale il rischio di sanguinamenti incontrollabili durante il trattamento stesso.

Negli anni seguenti ci fu un forte impulso alla ricerca di sistemi più biocompatibili e con minor impatto lesivo sull'organismo: nel settore degli ossigenatori si è assistito ad un salto di qualità col passaggio dagli ossigenatori a gorgogliamento a quelli a membrana e a capillari (fondamentali gli studi di Kolobow e Zapol), i nuovi materiali plastici, la possibilità di rendere più biocompatibili le superfici dei circuiti tramite particolari trattamenti, tra cui l'eparinizzazione di superficie, l'utilizzo di nuove pompe centrifughe con minor lesività meccanica sugli elementi figurati del sangue, hanno permesso di superare le limitazioni temporali del trattamento e quindi avviare supporti cardiocircolatori di più lunga durata.

Così, dopo molti studi effettuati su animali da laboratorio, comprovanti la sicurezza dei nuovi dispositivi anche durante circolazioni extracorporee durate diversi giorni, il

primo successo su soggetto umano fu descritto nel 1971 da J. Donald Hill. Il paziente era un giovane uomo che aveva riportato la rottura traumatica dell'aorta complicata da ARDS, in seguito ad un incidente motociclistico a Santa Barbara, California.

Donald Hill ed il suo team portarono l'apparecchiatura da San Francisco (dove svolgevano la loro attività clinica e di ricerca) a Santa Barbara, e sottoposero con successo il paziente ad un supporto extracorporeo vitale di assistenza cardio-respiratoria (ECLS) per 3 giorni.

Questo successo fu di fondamentale importanza per il successivo sviluppo e diffusione dell'ECLS, in quanto in quel periodo il concetto di unità di terapia intensiva si stava sviluppando, si iniziava a trattare l'insufficienza renale acuta con l'emodialisi e l'insufficienza respiratoria acuta (ARDS) e lo shock cardiogeno erano il principale problema nei pazienti critici: il successo di Hill faceva così intravedere la una soluzione definitiva a tali problemi. Da questa apparecchiatura derivano oggi tutti i sistemi di assistenza cardiocircolatoria moderna, dalle macchine per la circolazione extracorporea ai cuori artificiali.

Parallelamente allo sviluppo tecnologico si svilupparono anche tecniche chirurgiche capaci di correggere tutte le principali patologie cardiache: tecniche di riparazione e sostituzione valvolare (nel 1961 Star eseguì la prima sostituzione valvolare mitralica con una protesi meccanica a biglia, nata dalla collaborazione con l'ingegnere meccanico Edward; in seguito presso la New York University venne impiantata una lunga serie di queste valvole in posizione mitralica ed aortica con risultati funzionali eccellenti; mentre negli anni 1976-1977 iniziò l'era delle protesi valvolari di tipo biologico), tecniche di rivascularizzazione miocardica (nel maggio del 1967 René Favaloro eseguì il

primo by-pass aorto-coronarico in vena safena autologa presso la Cleveland Clinic), tecniche di correzione di anomalie congenite. Shumway negli USA mise a punto la tecnica chirurgica per il trapianto cardiaco, che nel 1967 il suo allievo Christian Barnard in Sud Africa mise in pratica per la prima volta effettuando il primo intervento di trapianto cardiaco, aprendo la strada alla terapia sostitutiva d'organo anche per il trattamento dell'insufficienza cardiaca terminale. Lo sviluppo delle tecniche chirurgiche, del prelievo e conservazione dell'organo, rendono oggi il trapianto cardiaco una terapia eccezionalmente efficace, ma fortemente limitata dalla reperibilità degli organi.

La donazione del cuore, ancor oggi atto di estremo amore verso il prossimo che, come al tempo degli Aztechi, garantisce la sopravvivenza e la sconfitta della malattia, non è in grado di soddisfare le necessità di una popolazione sempre più anziana ed affetta da malattie croniche: anche se tutti i potenziali donatori divenissero effettivi, rimarrebbe sempre un gap notevole tra disponibilità d'organo e richieste, con l'impossibilità per buona parte dei pazienti di accedere a questo trattamento.

La carenza cronica di organi da trapiantare ha indotto la ricerca cardiocirurgia verso lo studio di terapie alternative al trapianto stesso.

Negli ultimi anni, le nuove acquisizioni fisiopatologiche sull'insufficienza cardiaca, le nuove terapie farmacologiche e la diffusione universale delle tecniche di assistenza cardiocircolatoria, assieme ad ulteriori sviluppi tecnologici e bioingegneristici, con la disponibilità di materiali sempre più biocompatibili e presidi meno ingombranti e di più facile uso, hanno permesso di introdurre nella pratica clinica "cuori artificiali" intesi come dispositivi meccanici capaci di sostenere la circolazione in sostituzione o in associazione al cuore

nativo per periodi più o meno lunghi. Nello spazio degli ultimi anni questi sistemi sono stati tecnicamente perfezionati e resi affidabili per il trattamento dello scompenso cardiaco in fase critica, sia come “bridge” al trapianto, che come alternativa al trapianto cardiaco. I dispositivi più evoluti sono devices di tipo ventricolare ad impianto interno che consentono autonomia e libertà di movimenti. Accanto ai sistemi ventricolari interni sono entrati nell'uso clinico dispositivi di assistenza ventricolare mini invasivi, posizionabili per via arteriosa femorale trans catetere e basati sul principio delle pompe assiali.

Ed infatti, la cardiochirurgia dagli anni '90 ha iniziato a ricercare e porre attenzione a “tecniche miniinvasive” che, pur garantendo gli stessi standard qualitativi e di sicurezza, riducessero l'invasività, la lesività, dell'atto chirurgico stesso. Pioniere di questo nuovo tipo di approccio è stato l'argentino Benetti che da un lato ri-adottava le originarie tecniche di CABG “off-pump” (ovvero senza ausilio di circolazione extracorporea), a “cuore battente” e dall'altro si serviva di miniaccessi toracotomici per ridurre ulteriormente l'invasività dell'intervento.

Il concetto di riduzione dell'invasività è stato mutuato anche in chirurgia valvolare, dove si è passati da tecniche di “miniaccesso” (ministoracotomia, minitoracotomia) alle tecniche di impianto/riparazione transcatetere delle valvole stesse.

Evoluzioni ulteriori sono rappresentate dalle più recenti strategie di chirurgia video-o, più modernamente, robot-assistita: la miniinvasività chirurgica raggiunge così il suo culmine, evitando la circolazione extracorporea, l'arresto cardioplegico del cuore e limitando l'accesso a tre piccoli fori per l'inserimento degli strumenti. La virtuale immobilizzazione, realizzata attraverso la sincronizzazione temporale della

strumentazione e dell'endoscopio con il battito cardiaco, permette l'effettuazione di interventi a “cuore battente” con la stessa accuratezza di un intervento eseguito con arresto cardioplegico. Il chirurgo, da una consolle di controllo distante dal tavolo operatorio, sfruttando la visione endoscopica tridimensionale, esegue l'intervento agendo su appositi manipoli che telecomandano le braccia meccaniche del robot introdotte all'interno del torace del paziente.

Cosa aspettarsi quindi dal prossimo futuro nel campo della Chirurgia Cardiaca? Oltre all'evoluzione e puntualizzazione di tecniche già oggi disponibili e consolidate, nei prossimi anni saranno acquisite nuove rivoluzionarie armi terapeutiche: l'utilizzo di procedure transcatetere sempre più efficaci grazie a nuovi dispositivi renderanno gran parte delle patologie coronariche, valvolari o delle pareti cardiache trattabili tramite “interventi” dall'invasività minima; la codificazione del genoma umano consentirà di effettuare un controllo farmacologico più mirato dei fattori pro-aterosclerotici e degenerativi favorendo la prevenzione sia primaria che secondaria delle malattie coronariche, valvolari e miocardiche riducendo notevolmente la stessa “predisposizione” alle patologie cardiovascolari.

In ambito più prettamente chirurgico, ulteriori progressi, intesi come riduzione ulteriore dell'invasività mantenendo o incrementando la sicurezza e qualità attuale, saranno legati in modo sempre più stretto ai progressi tecnologici, con la realizzazione di macchinari che riducano sempre di più le dimensioni dell'accesso chirurgico ed il trauma ad esso conseguente e che permettano di superare i limiti fisici dell'operatore migliorando la precisione e l'accuratezza dell'atto chirurgico stesso. La chirurgia cardiaca da poco invasiva diverrà sempre più minimamente invasiva grazie alla presenza

in sala operatoria di sistemi visivi tridimensionali e robots sempre più evoluti che potranno essere guidati anche da distanze notevoli da personale particolarmente competente ed esperto. Lo sviluppo di device sempre più evoluti, piccoli, affidabili, totalmente impiantabili, renderà probabilmente inutile la donazione di cuore ed il trapianto cardiaco, permettendo, in associazione ad evoluti trattamenti farmacologici, genetici, neoangiogenetici ed a quelli con cellule staminali, il recupero di una funzione cardiaca autonoma.

Tutte queste frontiere saranno raggiunte e superate grazie all'affermarsi di una nuova realtà operativa nella quale la cardiologia e

la cardiochirurgia tenderanno a convergere: lo spazio fisico in cui si concretizzeranno tali nuove metodologie sarà una "sala operatoria" in cui diagnostica invasiva e trattamento della patologia avvengono nello stesso ambito, spesso attraverso procedure endovascolari o robotizzate: un luogo opposto all'ormai abbandonata piramide-tempio Atzeca, in cui la "cura" dalle malattie avviene tramite procedure che non richiedono sacrifici estremi, che non attentano all'integrità dell'uomo, permettendo di limitare al massimo l'invasività dell'atto terapeutico stesso col fine di ricostituire e recuperare una integrità fisica ormai persa.

BIBLIOGRAFIA

1. Elizabeth Hill Boone, "Pictorial Documents and Visual Thinking in Postconquest Mexico". p. 158.
2. Aztec codices.
3. Rhen L. Uber penetrierende Herzwunden and Herznaht. *Arch Klin Chir* 1897;55:315.
4. Westaby S. *Landmarks in cardiac surgery*. Oxford, UK: Isis Medical Media Ltd, 1997. pp. 229-239.
5. Carrel A. On the experimental surgery of the thoracic aorta and heart. *Ann Surg* 1910;52:83-95.
6. Spodik DH. The hairy hearts of hoary heroes and other Tales. Medical history of the pericardium from antiquity through the twentieth century. Fowler NO, editor. *The pericardium in health and disease*-New York, NY: Future Publishing Company Inc, 1985. pp. 1-17.
7. Naef AP. *The story of thoracic surgery: milestones and pioneers*. Toronto, Ontario: Hogrefe & Huber, 1990. pp. 92-101.
8. Harken DW, Ellis LB, Ware PF, Norman LR. The surgical treatment of mitral stenosis. I. Valvuloplasty. *NEngl J Med* 1948;239:801-809.
9. Lewis FJ, Taufic M. Closure of atrial septal defects with the aid of hypothermia: experimental accomplishments and report of one successful case. *Surgery* 1953;33:52-59.
10. Gibbon Jr JH. *Application of a mechanical heart and lung apparatus to cardiac surgery*. *Recent Advances in Cardiovascular Physiology and Surgery*. Mineapolis: University of Minnesota, 1953. pp. 107-113.

11. Lillehei CW. Controlled cross circulation for direct-vision intracardiac surgery; correction of ventricular septal defects, atrioventricularis communis and tetralogy of Fallot. *Postgrad Med* 1955;17:388-396.
12. Lillehei CW, Gott VL, DeWall RA, Varco RL. The surgical treatment of stenotic or regurgitant lesions of the mitral and aortic valves by direct vision utilizing a pump oxygenator. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1958;35:154-191.
13. Westaby SS. *Landmarks in cardiac surgery*. Oxford: Isis Medical Media Ltd, 1977. pp. 151-174.
14. Cohn LH. Operative incisions for minimally invasive cardiac surgery. *Operative techniques in thoracic and cardiovascular surgery: a comparative atlas*. 2000;5:146-155.
15. Falk V, Walther T, Autschbach R, Diegeler A, Battellini R, Mohr FW. Robot-assisted minimally invasive solo mitral operation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;115:470-471. Reichenspurner H, Boehm DH, Welz A, Achulze C, Gulbins H, Detter C, Wildhirt S, Reichart B. Three-dimensional video and robot-assisted port-access mitral valve surgery. *Ann Thorac Surg* 2000;69:1176-1181.
16. Chitwood WR, Nifong LW, Elbeery JE, Chapman WH, Albrechi R, Kim V, Young JM. Robotic mitral valve repair: trapezoidal resection and prosthetic annuloplasty with the da Vinci surgical system. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;120:1171-1172.
17. Buckberg GD. Recent progress in myocardial protection during cardiac operations. In: MaGoon DC, editor. *Cardiac surgery*. Philadelphia, PA: FA Davis, 1987. pp. 291-319.
18. Dake MD, Semba CP, Razavi MK, Kee ST, Sze DY, Slonim SM, Samuels SL, Mirchell RS, Miller DC. Endovascular procedures for the treatment of aortic dissections: techniques and results. *J Cardiovasc Surg* 1998;39(Suppl 1):45-52.
19. Lower RR, Shumway NE. Studies on orthotopic homotransplantation of the canine heart. *Surg Forum* 1960;11:18-19.
20. Barnard CN. The operation. A human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town. *S Afr Med J* 1967;1271-1274.
21. Naef AP. *The story of thoracic surgery: milestones and pioneers*. Ontario: Hoggrefe & Huber, 1990. pp. 135-139.
22. Rose EA, Golstein DJ. Wearable long-term mechanical support for patients with end stage heart disease: a tenable goal. *Ann Thorac Surg* 1996;61:399-402.
23. Ott HC, Davis BH, Taylor DA. Cell therapy for heart failure--muscle, bone marrow, blood, and cardiac-derived stem cells. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2005 Winter;17(4):348-60.
24. McConnell PI, Michler RE. Surgical ventricular restoration and other surgical approaches to heart failure. *Curr Heart Fail Rep*. 2004 Apr-May;1(1):21-9.
25. Wold LE, Dai W, Sesti C, Hale SL, Dow JS, Martin BJ, Kloner RA. Stem cell therapy for the heart. *Congest Heart Fail*. 2004 Nov-Dec;10(6):293-301

26. Taylor DA. Cell-based myocardial repair: how should we proceed? *Int J Cardiol.* 2004 Jun;95 Suppl 1:S8-12.
27. Fabiani JN, Carpentier AF. Cellular cardiomyoplasty: clinical application. *Ann Thorac Surg.* 2004 Mar;77(3):1121-30. McConnell PI, Michler RE. Clinical trials in the surgical management of congestive heart failure: surgical ventricular restoration and autologous skeletal myoblast and stem cell cardiomyoplasty. *Cardiology.* 2004;101(1-3):48-60.
28. Reffelmann T, Kloner RA. Cellular cardiomyoplasty-cardiomyocytes, skeletal myoblasts, or stem cells for regenerating myocardium and treatment of heart failure? *Cardiovasc Res.* 2003 May 1;58(2):358-68.

LA STORIA DEL TRAPIANTO DI CUORE

Massimo Maccherini

Direttore UOC Cardiocirurgia dei Trapianti

LE ORIGINI

Cosma e Damiano, gemelli di Egea, in Cilicia, furono medici, e curavano senza richiedere alcun compenso. Assidui anche nel diffondere la fede, compivano molte guarigioni, sia grazie alla loro arte, sia per intervento divino. Furono martirizzati durante la persecuzione di Diocleziano (304-305). Sottoposti a molteplici supplizi (crocifissi, lapidati, colpiti da frecce, gettati in mare), si salvarono sempre miracolosamente, finché furono decapitati a Ciro, presso Antiochia di Siria. Furono sepolti insieme, e il dromedario che ne trasportava i corpi prodigiosamente dissuase i fedeli che volevano dividersi le reliquie. Sul loro sepolcro continuarono le guarigioni miracolose; le reliquie infine furono portate a Roma da papa Felice IV nel VI secolo (526-530) che dedicò loro una basilica nell'area del cosiddetto Tempio di Romolo. Anche lì avvennero guarigioni miracolose: i malati passavano la notte dormendo sul pavimento della basilica, o nelle vicinanze, e al mattino si trovavano guariti. Un uomo che aveva una gamba in cancrena l'ebbe sostituita con quella di un negro morto poco tempo prima. Il prodigioso episodio, noto come il miracolo della

gamba del moro, ci è stato tramandato dalla "leggenda aurea" di Jacopo da Varagine. Un pio uomo, sagrestano della Basilica di Santa Maria Maggiore di Roma era affetto da un cancro alla gamba. Una notte, mentre dormiva gli apparvero in sogno i Santi Cosma e Damiano, i quali muniti dei ferri chirurgici, gli amputarono l'arto malato per sostituirlo con quello sano di un moro deceduto, salvandogli così la vita. Gli amici del sagrestano, increduli, non solo videro la gamba di colore diverso, ma si affrettarono a controllare la bara del saraceno dove trovarono un corpo intatto ma privo di quell'arto.

La storia scientifica dei trapianti inizia invece nel 1902, quando il chirurgo francese Alexis Carrel, premio Nobel per la medicina nel 1912, mise a punto la tecnica di anastomosi vascolare, in grado di suturare fra loro i vasi sanguigni. Proprio grazie a questa tecnica innovativa messa a punto da Carrel, furono eseguiti i primi trapianti di rene da animali in pazienti con gravi insufficienze renali. Queste primitive esperienze dimostrarono, nonostante la brevità della ripresa funzionale degli organi trapiantati, la reale possibilità di sostituire un organo malato con un organo sano.

SUL CAMPO

Un ulteriore passo in avanti fu compiuto negli anni '40 quando, durante la seconda guerra mondiale, il dottor Peter Medawar tentò il trapianto di innesti cutanei in pazienti gravemente ustionati in occasione dei bombardamenti di Londra, scoprendo così le basi della "compatibilità biologica". Il grosso problema che i chirurghi pionieri dei trapianti dovettero affrontare fu infatti il rigetto di origine immunologica, ovvero il rifiuto da parte dell'organismo ospite di tessuti e organi estranei. Non disponendo ancora di farmaci immunosoppressori efficaci, il rigetto risultava determinante per l'insuccesso del trapianto.

LE AVANGUARDIE

Lo sviluppo della ricerca portò al primo vero trapianto che venne effettuato a Boston, Stati Uniti, nel 1954: il chirurgo Murray eseguì un trapianto di rene da donatore vivente consanguineo e geneticamente identico al ricevente.

In quei tempi Norman Shumway, MD e Richard Lower, MD, a Stanford University Medical Center (St. Francisco CA) stavano sviluppando le machine cuore-polmone per gli interventi in circolazione extracorporea e le soluzioni plegiche per proteggere il cuore. La chiave del successo fu ipotermia locale e generale. Successivamente fu sperimentata l'Autotrapianto con sezione e risutura del cuore come passaggio tecnico per capire come eseguire l'intervento di trapianto vero e proprio. Già a meta degli anni '60' Shumway era convinto che l'unico ostacolo fosse il rischio di rigetto.

Nel 1967, Michael DeBakey, MD, impiantò il primo cuore artificiale da lui disegnato in

un paziente del Baylor College of Medicine a Houston.

Il primo trapianto di fegato venne eseguito nel 1963 a Denver (USA) dal dottore Starzl in un bambino di due anni.

IL PRIMO

Il primo trapianto di cuore fu effettuato, tuttavia, non da Shumway, ma da un suo allievo, nel 1967 in Sud Africa, a Città del Capo, il Prof. Christiaan Barnard.

Nonostante i notevoli progressi della ricerca e della tecnica chirurgica, i risultati dei trapianti di organi rimasero insoddisfacenti per quasi trent'anni. Non più del 30% dei pazienti sottoposti a questi interventi infatti sopravviveva più di un anno. Fondamentale nello sviluppo della chirurgia dei trapianti fu la scoperta nel 1972 da parte di Jean Francois Borel, ricercatore della Sandoz a Basilea in Svizzera, di un nuovo farmaco immunosoppressore: la Ciclosporina. La Ciclosporina si dimostrò in grado di bloccare specificamente l'attività dei linfociti T, responsabili del rigetto, lasciando inalterate altre difese immunitarie importanti per la difesa dalle infezioni. L'impiego clinico della Ciclosporina modificò radicalmente la possibilità di successo dei trapianti di rene, fegato e cuore portando le sopravvivenze post trapianto oltre il 70%. La situazione migliorò quindi sensibilmente a partire dal 1979, anno in cui Sir Roy Calne introdusse la ciclosporina, capace di controllare il rigetto dell'organo estraneo. Questa scoperta rivoluzionò la realtà dei trapianti aumentando il numero degli interventi e, soprattutto, cambiando la vita di quei pazienti che avevano poche speranze di sopravvivere. Attualmente il problema più difficile da risolvere è la mancanza di donatori.

I PROGRESSI

Nel corso degli ultimi anni la ricerca ha fatto molti progressi. Negli anni ottanta Starzl ha elaborato la teoria del microchimerismo (scambio di leucociti tra l'organo trapiantato e il ricevente), che è il presupposto per l'accettazione a lungo termine dell'organo da parte dell'ospite. Nello stesso periodo viene presentata anche la tecnica dello "split liver", ovvero dividere il fegato di un donatore in due porzioni: una, più piccola, che può essere utilizzata per trapiantare un ricevente pediatrico, l'altra, più grande, utilizzabile per trapiantare un ricevente adulto. E ancora. Agli inizi degli anni novanta viene utilizzato clinicamente l'FK506, un nuovo farmaco immunosoppressivo che agisce con meccanismo simile alla Ciclosporina, ma consente di ottenere migliori risultati in termini di prevenzione del rigetto acuto. Dagli inizi del 2000 si sta perfezionando la tecnica del trapianto di insule pancreatiche.

HISTORY OF ORGAN AND TISSUE DONATION

- 1869 First fresh allograft of skin – transplanting one person's tissue to another person. (Swiss surgeon Jacques Louis Reverdin)
- 1906 First corneal transplant. (Dr. Edward Zirm)
- 1954 First living-related kidney transplant. The donor and recipient were identical twins. (Drs. Joseph Murray and John Harrison, Peter Bent Brigham Hospital)
- 1960 First kidney transplanted on the west coast (Stanford University Medical Center)
- 1962 First cadaveric kidney transplant is performed at Brigham Hospital in Boston.
- 1963 First lung transplant. (Dr. James Hardy, University of Mississippi)
- 1963 First liver transplant. (Dr. Thomas Starzl, University of Colorado)
- 1967 First heart transplant. (Dr. Christian Barnard, South Africa) On December 3, 1967, in Cape Town, South Africa, surgeon Christian Barnard (1922–) conducted the first heart transplant; the patient, a fifty-five-year-old man, lived for eighteen days after the operation. The following year Barnard performed a second transplant, which was more successful. This time the recipient lived for 563 days after the operation.
- 1968 First U.S. heart transplant. (Dr. Norman Shumway, Stanford University)
- 1968 Uniform Anatomical Gift Act passed by Congress making it legal to donate a deceased individual's organs and tissue for transplantation.
- 1968 First pancreas transplant. (Drs. Richard Lillche and William Kelly, University of Minnesota)
- 1981 First heart/lung transplant. (Drs. Norman Shumway and Bruce Reitz, Stanford Medical Center)
- 1982 Barney Clark receives the first permanent artificial heart. (University of Utah)
- 1983 The FDA approves Cyclosporin, an anti-rejection drug.
- 1983 First successful lung transplant. (Dr. Joel Cooper, Toronto General Hospital)
- 1984 First heart/liver transplant. (Dr. Starzl, Children's Hospital of Pittsburgh)
- 1984 Congress establishes National Organ Transplant Act (NOTA) prohibiting the selling of organs and tissues and establishing the Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN) —a fair and equitable method to allocate donated organ and tissues.
- 1984 Baby Fae receives a walnut-sized baboon heart in an operation at Loma Linda University Medical Center. She was the first infant to receive an animal organ, and she lived for 21 days.
- 1986 The first successful double lung transplant. (Dr. Joel Cooper, Toronto General Hospital)

- 1986 The United Network for Organ Sharing (UNOS), Richmond, Virginia, obtains a federal contract to ensure equitable access and allocation of organs. UNOS sets membership criteria and standards for transplant centers.
- 1987 Medicare begins paying for heart transplant at hospitals that meet survival and experience criteria set by the Health Care Financing Administration.
- 1987 The California Transplant Donor Network established in San Francisco.
- 1988 The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) sets donor identification and notification standards. Requires hospital to have policies and procedures in place for the identification, referral and procurement of organs and tissues.
- 1990 Medicare agrees to pay for liver transplants in adults 18 and older at approved sites, excluding cases where patients have liver cancer.
- 1990 Dr. Joseph E. Murray, who performed the first successful kidney transplant, and Dr. E. Donnall Thomas, who pioneered bone marrow transplants as a cure for leukemia, received the Nobel Prize.
- 1991 First successful small intestine transplant.
- 1993 National survey by Gallup indicates more than 80% of the population in the United States supports organ and tissue donation.
- 1994 National Coalition on Donation formed and partners with the Advertising Council to develop an ongoing national public education campaign on organ and tissue donation.
- 1994 Nicholas Green, a young boy from California, is killed by highway robbers while vacationing in Italy. His family's decision to donate greatly increased awareness of organ donation in Italy and the U.S.
- 1999 The Department of Health and Human Services issues the amended "Final Rule" for Organ Procurement and Transplantation. Among the stipulations, it calls for a broader

sharing of organs and more consistent medical criteria to be used for allocation. The goal is to make the allocation system fairer and to assure that patients with the most urgent medical conditions receive transplants.

IL TRAPIANTO IN ITALIA

Nel 1975 viene emanata una legge di regolamentazione del trapianto, ma la prima organizzazione di coordinamento a carattere interregionale, il Nord Italia Transplant, nasce nel 1976 con sede a Milano e comprende, attualmente, Lombardia, Veneto, Friuli, Marche, Liguria, Provincia Autonoma di Trento. L'AIRT nasce nel 1989 (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Puglia. Prov. Aut. Bolzano) mentre al Centro Sud si sviluppano più organizzazioni che si riuniscono, nel 1998, nell'Organizzazione Centro-Sud Trapianti (Lazio, Campania, Abruzzo Molise, Calabria, Sicilia, Basilicata, Sardegna).

Il primo trapianto di Cuore venne effettuato a Padova dall'equipe del prof. Gallucci nel 1986.

La legge 1 aprile 1999 (91/99)

Dopo due tentativi di regolamentazione non riusciti per due conseguenti legislature, in quella del 1996/2001 viene approvata la L. 1° aprile 1999 che riorganizza il complesso delle attività trapiantologiche, una norma quadro attuata attraverso decreti e/o accordi della Conferenza Stato-Regioni. Nasce così il Centro nazionale trapianti e la rete nazionale, vengono regolamentate le liste di attesa, la sicurezza e l'organizzazione dei livelli di coordinamento, interregionali, regionali e locali, previsti, quest'ultimi, in ogni ospedale con rianimazione. Nel frattempo nel 1991 è stato effettuato il primo trapianto di polmone, seguito, nel 2000, dal primo trapianto di intestino isolato.

Nel 2000 i trapianti sono 2.386 e i pazienti in lista 8.800.

L'Italia dei trapianti raggiunge i primi posti in Europa e nel mondo per numero delle donazioni e qualità dei trapianti. Dal 1991 ad oggi sono stati effettuati circa 35.000 trapianti. I pazienti in attesa oscillano tra 8 e 10 mila. Oggi i pazienti in lista all'estero sono circa 300.

L'Italia rappresenta, infatti, lo standard europeo per le procedure di sicurezza: lo testimoniano la scelta del modello italiano nei progetti dell'Unione Europea, la realizzazione della rete di verifica composta da 5 esperti reperibili per verifiche riguardanti la sicurezza 24 ore su 24, 365 giorni all'anno ed i riconoscimenti a livello scientifico internazionale

L'Italia è il primo Paese europeo per donazione e trapianto di tessuti (cornee, osso, valvole cardiache, cute, vasi, membrana amniotica), e per numero di trapianti di cellule staminali emopoietiche. E' inoltre il primo Paese ad aver sviluppato una rete nazionale unica per la richiesta di cellule staminali emopoietiche

IL CUORE ARTIFICIALE

I primi modelli di cuore artificiale impiantati nell'uomo costringevano il paziente a vivere attaccato ad una macchina: l'organo veniva alimentato e controllato dall'esterno mediante un cavo collegato a una grande consolle. Le pompe cardiache portatili hanno rappresen-

tato un grande passo in avanti, anche se non sostituiscono interamente il cuore ma svolgono soltanto le funzioni del ventricolo sinistro, la sezione più importante di quest'organo e la più facilmente deteriorabile nei pazienti che soffrono di miocardiopatia dilatativa. La nuova generazione di tali dispositivi ha ridotto notevolmente le dimensioni. Si installa una pompa nell'addome collegando il dispositivo al cuore del paziente e all'aorta. La parte esterna dell'apparecchiatura, detta "controller", è un microcomputer che pesa 650 g. ed è contenuta in una borsetta appesa alla cintura del paziente. Il microcomputer è alimentato da batterie che consentono dieci, undici ore di autonomia. La generazione successiva saranno dispositivi autocontenuti (cioè totalmente impiantabili all'interno dell'organismo), salvo la sorgente di energia. Dispositivi con motore rotante assiale e quindi senza valvole e con enorme riduzione delle dimensioni sono la seconda e terza generazione di VAD (ventricular assisting device). Tuttora rimangono una soluzione transitoria in attesa di un trapianto con organi umani, ma l'evoluzione è verso la destination therapy ovvero un uso permanente dei device meccanici in alternativa al trapianto. Tutto questo in associazione alle nuove:

Procedure di riparazione chirurgiche convenzionali: tra queste la plastica mitralica end-stage, il rimodellamento inverso con plastica ventricolare (tecniche Dor, Jatene), i sistemi di contenimento a rete artificiale (acorn).

II. LA NASCITA DELLA CROCE ROSSA

DAI MARTIRI DI BELFIORE A DON BARZIZA: NASCE LA CROCE ROSSA?

M. R. Bosi, P. Vanni*, C. Cipolla^o

* Ufficio Storico CRI – Comitato Regionale della Toscana
^o Dip. di Sociologia – Univ. di Bologna

E' inutile negarlo, nel nostro Risorgimento ci furono anche figure di grandi preti patrioti, e tra questi si annovera la mitica persona di don Tazzoli. Egli fu sicuramente un eroe, cioè "un uomo capace di gesta straordinarie su questa terra, il quale senza appellarsi a nessun mito, anzi opponendosi razionalmente al mito stesso, entrò ed entrò di diritto nel mito... Egli, pur forte e fiero, fu del tutto incapace di cose militari ed arrivò al massimo, in un atto (autoconfessato) di disperazione e di avvilito totali, a sputare in faccia al suo sporco traditore! Quel don Ferdinando Bosio di Castiglione delle Stiviere che fece subito, scoperto, il nome di don Tazzoli e lo accusò in un drammatico confronto a due senza remissione. (1)"

Forse la storia dei preti patrioti ed appartenenti al Risorgimento non nasce lì, cioè da don Tazzoli, ma sicuramente è nei martiri di Belfiore che vede una sua vetta, forse mai più raggiunta. Infatti in quel "maledetto" inizio degli anni '50 ci fu un tris formidabile di martiri ed eroi. In rigoroso ordine di salita al patibolo: don Giovanni Grioli (1821-1851), don Enrico Tazzoli (1812-1852), don Bartolomeo Grazioli (1804-1853). Dei tre l'unico ad essere fucilato invece che impiccato fu don Grioli, perché giudicato da un tribunale militare. Di don Tazzoli, un po' il

maestro di tutti, si riporta qui una breve scheda biografica ripresa da C.Cipolla (L.c.1; 2).

DON ENRICO TAZZOLI Percorso biografico

- 1812 Nasce, a Canneto sull'Oglio, il 19 Aprile da Pietro (giudice conciliatore e pretore) e da Isabella Arrivabene di nobile famiglia.
- 1821 Ammesso allo studio (a Goito) della "seconda classe di grammatica".
Emerge già l'inclinazione per lo stato ecclesiastico. Senza, da parte del padre, l'impiego della sferza, assai poco avrei atteso allo studio" (Autobiografia).
- 1825 Chierico a Goito ed entrata, a Novembre, nel Seminario di Mantova (da esterno).
- 1827 Studi nel seminario di Verona (Crasser Giuseppe, vescovo, con pregiudizi anti-italiani).
- 1828 Ritorno a Mantova per approfondire, in seminario, teologia. Primi riconoscimenti.
Incontro con "quell'ingegno robusto e quell'anima severa del prof. Don Giuseppe Muti (o Mutti) di Guidizzolo, grande patriota" (*dal Confortatorio*).
- 1833 Fine corso teologia. Due anni di attesa (per mancanza dell'età) prima dell'ordinazione.
- 1835 Prima messa a Volta Mantovana. Docente di Teologia e Storia universale in Seminario.

- 1836 Prime prediche in tutta la provincia (il “pergamano” non vale meno della “cattedra”). Grande successo, che durerà e si accrescerà negli anni.
- 1837/1840 Lavora e diventa Segretario della Commissione per il centenario di S. Maria Incoronata (festa “memorabile” e “portentosa”). La Cappella dell’Incoronata, quella restaurata, è opera di Leon Battista Alberti e Luca Fancelli.
- 1839 Soccorso alle vittime della terribile inondazione del basso mantovano per la rottura degli argini del Po e dell’Oglio (documenti assai rilevanti nel *Confortatorio*).
- 1839/1847 Vari congressi degli scienziati italiani. Partecipazione a molti di questi con testi scritti e con interventi diversi. Carriera universitaria (mancata, per scelta) nelle scienze esatte, filosofiche, storiche, sociali (non poetiche).
- 1842 Segretario della Direzione degli Asili infantili (suo grande impegno) fino alla morte.
- 1843 Patrocinio della causa dei poveri (*Eloquenza sacra*) e proposta per l’istituzione di corsi di agraria nei Seminari ecclesiastici (sensibilità sociale e sociologica).
- 1844 *Libro del popolo* (contro il flagello dell’ignoranza e la disuguaglianza sociale). Rifiuto di un Rettorato a Vicenza.
- 1845 Difesa dell’Abate Pezzarossa in nome della funzione della “razionalità filosofica”, onde meglio comprendere ed attuare la Rivelazione.
- 1846 Testi, azioni, sostegni per lo sviluppo delle istituzioni per gli indigenti ed i miserabili. “Difesa” degli Ebrei in riferimento agli incidenti del 1842.
- 1847/1848 Emerge l’anima patriottica. Presenza e partecipazione (“caldo partigiano”) agli “avvenimenti” del marzo ‘48 a Mantova. Assistenza ai feriti ed ai prigionieri di Curtatone. Arresto, a Novembre, per quanto detto durante il panegirico dell’Immacolata (raffronti col sacco di Mantova del 1630).
- 1849 Popolarissimo. “Amato dai superiori, caro ai cittadini, benedetto dal povero”.

Liberale. Seguito dalla polizia. Denunciato (per patriottismo e modernismo) in seminario. Difeso dal Vescovo Corti.

- 1850 Memoria sul ‘48 mantovano. Invito ad essere “forti”. Colletta (politica?) per gli alluvionati del Mella. Costituzione del Comitato provinciale mazziniano (a novembre) democratico e repubblicano. Suo ruolo centrale sul piano organizzativo del reclutamento ed ideale (non militare e pratico).
- 1851 Attività di mediazione con altri gruppi mazziniani, di raccordo con Mazzini, di proselitismo. Arresto e fucilazione (5/11) di Don Grioli. Arresto di Attilio Mori.
- 1852 Arresto (27/1), prigionia, fucilazione (7/12). Varie memorie, lettere, testi quasi tutti di grandissimo spessore spirituale, umano, sociale.

N.B. Queste informazioni sono state essenzialmente riprese da:

- E. Tazzoli, *Scritti e memorie, 1842-1852*, Angeli, Milano 1997, con un importantissimo saggio introduttivo di F. Della Peruta. .
- T. Urangia Tazzoli, *Don Enrico Tazzoli e i suoi tempi*. Secomandi, Bergamo, s.d. (1952)
- L. Martini, *Il confortatorio di Mantova 1851, '52, '53*, Accad. Virgiliana, Mantova 1952. Introduzione a cura di Albany Rezzaghi.

Dei sacerdoti in questione sono state ritrovate le schede della I.R. polizia austriaca che così li descrive(3):

Don Enrico Tazzoli

Insegnante nel Seminario vescovile

Di carattere sostenuto, tenace ed irremovibile. Dotato di molta capacità e lumi e versatissimo nell’arte oratoria. Le sue relazioni e i suoi rapporti furono con i più esaltati e con tutti gli affiliati di mene sovversive. Nel novembre 1848 in occasione di un suo sermone in questa Cattedrale fu arrestato.

Fu arrestato perché indiziato di diffusione di scritti sediziosi, proclami, cartelle mazziniane.

E' uno dei più pericolosi soggetti.

La condanna a morte fu eseguita il 7 dicembre (1852).

Don Bartolomeo Grazioli

Parroco di Revere

Di carattere scaltro e doppio ma di maniere insinuanti. Ha rapporti con la maggior parte dei riscaldati. Nel 1848 fu caldo partitante della rivolta alla quale cercò giovare con consigli, raccomandazioni, incitamenti e predicazione. Per tale sua dimostrazione ebbe encomio dal ribelle Comitato di Bozzolo. Fu arrestato perché implicato nel pendente processo d'alto tradimento e come socio attivo di un Comitato segreto.

Anche del primo ad essere giustiziato, don Grioli riportiamo una breve scheda biografica, ripresa da R. Salvatori (da *Scritti sulla Città di Mantova, 1814-1960*, Angeli, Milano 1997) perché dei tre è patriota sì, ma molto meno attivo "cospiratore" rispetto agli altri due che parteciparono fattivamente e per più tempo a comitati insurrezionali del mantovano.

LA VICENDA GRIOLI

"Giovanni Grioli, coadiutore della parrocchia di Ceresse, era nato a Mantova l'8 ottobre 1821, da una famiglia di origine lodigiana; il padre Luigi (operaio) e la madre Livia Nardini vengono considerati "buoni ed onesti".

Nel 1836 entrò nel seminario di Mantova e fu discepolo del Tazzoli; sempre tra i primi, si

dimostrò avido di letture; gli scritti del Gioberti erano i suoi preferiti.

Il 6 maggio 1846 venne ordinato prete; prima fu vicario a Levata e poi passò a Ceresse.

Accettò dal Tazzoli la carica di capo circolo di Ceresse; quando venne arrestato la congiura non era ancora stata scoperta e, grazie al suo silenzio, tale rimase per un po' di tempo.

Girando la parrocchia per compilare il registro della popolazione, nelle vicinanze di Pietole, offrì per ragioni umanitarie due lire ad un soldato boemo (o ungherese); venne accusato (a ragione o a torto) di aver incitato i soldati della guarnigione a disertare; nella sua casa furono poi trovate diciotto copie di bollettini illegali di tono mazziniano.

Fu fucilato il 5 novembre 1851, all'età di trent'anni".

Di don Grazioli, figlio di modesta famiglia e parroco di Revere, va detto che fu compagno di studi di quel don Luigi Martini, autore del "Confortatorio" e che ahimè bevve tutto l'amaro calice dell'assistenza spirituale ai martiri di Belfiore. Inoltre don Grazioli, non doveva salire il patibolo, ma all'ultimo momento Benedek e Radetsky sostituirono Antonio Lazzati, avvocato milanese la cui vita fu richiesta dal generale Wratislaw, comandante della guarnigione austriaca di Piacenza, per motivi di onore. Nel '48 il Wratislaw aveva dovuto lasciare la figlia nelle mani di una famiglia milanese quando era dovuto scappare da Milano con l'esercito austriaco in precipitosa fuga. Al suo ritorno aveva ritrovato la figlia illesa ed in ottime condizioni, così si era impegnato con la sua parola di onore che avrebbe ricambiato! Gli fu domandata la vita di Antonio Lazzati, che così fu salvo. Al suo posto fu scelto il povero don Grazioli. Forse fu indicato un prete proprio dal Benedek protestante per colpire il clero lombardo che era noto essere in buona parte di sentimenti filo italiani.

Anche don Grazioli fu cospiratore del Comitato reverese fino dal 1848. Amico di don Tazzoli, entrò poi in quello mantovano e da questo fu nominato capocircolo di Revere.

Questi i più illustri, ma la lista è lunga ed interessante, tra le vittime della repressione austriaca nei riguardi del clero mantovano oltre ai tre martiri di Belfiore, oltre a don Nicola Bertolani, parroco di Castiglione delle Stiviere, fucilato per aver osato protestare contro truppe ungheresi che avevano ucciso un suo parrocchiano, vanno annoverati altre decine e decine di sacerdoti:

- Don Fabio Alpi, curato in Gazzuolo.
- Don Giovanni Bellotti, parroco di Ospitalletto.
- Don Giuseppe Bozzetti, parroco di Quatrele.
- Don Francesco Carletti, sacerdote a Moglia di Gonzaga.
- Don Giovanni Battista, arciprete di Barbasso.
- Nob. Don Ottaviano Daina, arciprete di Villa Cappella.
- Don Tullo Grandi, canonico e professore al Seminario.
- Don Luigi Gusmaroli, cappellano a Corte Ballon (Gonzaga).
- Don Bartolomeo Grazioli, parroco di Revere.[†]
- Don Giuseppe Gasperetti, di Gazzuolo.
- Don Giuseppe Mutti, prete insignito a S. Andrea e professore al Seminario.
- Don Carlo Pavesi, curato al Paludano.
- Don Giuseppe Pezzarossa, parroco di Citadella e professore al Seminario.
- Don Mario Sangualetti, vicario parrocchiale a Sabbioneta.
- Don Antonio Strambio, canonico, professore al Liceo.

- Don Enrico Tazzoli, professore al Seminario
- Don Luigi Tosi, parroco a Sabbioneta.
- Don Policarpo Triulzi, vicario parrocchiale a S. Leonardo.
- Don Giovanni Vecchi, parroco di Gazzoli di Asola.

e la lista prosegue.

In questo contesto e con questi maestri viene educato don Lorenzo Barziza (1829-1907), il giovane pretino castiglionesese che nel '48 aveva partecipato all'assistenza dei feriti di Goito e Curtatone, e che nel '59 dirige i "tragici" dodici ospedali improvvisati di Castiglione delle Stiviere, successivi al terribile macello di Solferino e San Martino; dove nacque la Croce Rossa di H.Dunant.

DON LORENZO BARZIZA

Breve percorso biografico(4)

Nasce a Castiglione delle Stiviere il 16 luglio 1829 da piccoli possidenti locali, dopo gli studi elementari e ginnasiali, si sente portato alla teologia e va in seminario a Mantova. Lì è allievo di Monsignor Martini, don Giuseppe Muti e don Enrico Tazzoli. Nel '48 a 19 anni ancora chierico assiste nell'ospedale militare di Castiglione i feriti di Curtatone, Montanara e Goito. Nel '52 quando don Tazzoli penderà dalla forca, qualche mese prima il giovane Barziza è ordinato sacerdote. Diviene professore in quel seminario sulle orme del caro maestro (Tazzoli). Nel '55 torna a Castiglione si dedica ai giovani ed ai bisognosi. Nel '59 e nel '66, dopo la tragica Custoza, si dedica ancora all'assistenza ai feriti sui campi di battaglia. Nel 1862 fonda la "Società operaia" un'associazione benefica; dal 1866 si dedica alla scuola; dal Ministero della

pubblica istruzione viene nominato regio delegato scolastico. Nel 1870 fonda un asilo infantile, gli incarichi si moltiplicano e nel '73 lo si vede in prima fila per i soccorsi conseguenti all'alluvione del Po.

Nel periodo della "pretefobia" successiva all'unità di Italia, si ritirò a vita privata. Napoleone III nel 1860 lo aveva decorato con la Croce di Cavaliere della Legion d'Onore per la sua opera a favore dei feriti di Solferino e San Martino. Nel 1890 anche i Savoia si ricordarono di lui e lo nominarono canonico onorario della Cappella palatina di Santa Barbara in Mantova. Don Barziza sedette a lungo anche nel consiglio comunale di Castiglione (1872-1905), importante tutto il suo carteggio con il cardinale Sarto, vescovo di Mantova, poi San Pio X.(5,6,7).

CONCLUSIONI

Da tutto quanto riportato si rileva chiaramente il filo di collegamento fra i grandi preti, martiri a Belfiore, e il piccolo canonico di Castiglione delle Stiviere, che se non può essere visto come un cofondatore della Croce Rossa, fu sicuramente, come tanti altri preti, coinvolto nel sociale e nella "politica". Fu vero prete, ma anche vero italiano e questo ci sembra incontrovertibile! La data della sua morte coincide con il sacerdozio di don Giulio Facibeni (1907), uno dei "dodici apostoli", fondatore della Madonnina del Grappa (di Papa Sarto), in attuale causa di santificazione(L.c.5).

BIBLIOGRAFIA

- C.CIPOLLA (2004) "Don Tazzoli: un eroe umano" in *"Curtatone idealità e volontà nel Risorgimento"* a cura di C.Cipolla, Franco Angeli Ed. Milano, pp.9-209.
- C.CIPOLLA (2006) *"Belfiore"* Franco Angeli Ed. Milano
- L.SGUAITZER (2004) *"Don Giovanni Grioli e il clero mantovano nel Risorgimento"* L.c.1 pp.335-375.
- L.BARZIZA (1952) *"Castiglione cittadella ospedale"* Stampato in proprio.
- P.VANNI, R.OTTAVIANI, M.G.BACCOLO e D.VANNI (2007) "La questione don Barziza" in *Don L.Barziza* a cura di C.Cipolla ed S.Siliberti . Franco Angeli Ed. Milano, pp.103-127.
- M.RUSSO (2007) "Il cittadino Barziza" in *Don L.Barziza* a cura di C.Cipolla ed S.Siliberti. Franco Angeli Ed. Milano. Pp.189-216
- S.SILIBERTI (2007) "Profilo biografico", come sopra pp. 25-59.

FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910) E HENRY DUNANT(1828-1910)

R. Ottaviani, P. Vanni*

*Ufficio storico di CRI - Comitato regionale
della Toscana - Firenze

E' doveroso oltre che onesto da un punto di vista storico rimarcare i ruoli che ebbero nella storia dell'assistenza Florence Nightingale e Henry Dunant. Troppe volte si ascolta anche in sedi che dovrebbero essere storicamente informate che Florence Nightingale è la fondatrice della Croce Rossa. Sarà difficile far cambiare quest'idea ormai recepita dal grande pubblico a livello generale e inconscio con una realtà storica completamente diversa. Il luogo comune di usare come sinonimi, con grande superficialità e ignoranza, il termine infermiera e crocerossina ha portato la figura della Nightingale all'onore storico, che assolutamente non le compete, di fondatrice della Croce Rossa. Non pochi autori si sono resi responsabili di questo errore grossolano. Per esempio leggiamo in Arrigo Petacco, "La principessa del Nord", che Cristina di Belgioioso durante la repubblica romana (1849) organizza un corpo femminile di infermiere volontarie (sono le testuali parole) "più tardi nel 1854 in occasione della guerra di Crimea l'inglese F. N. pochi anni dopo passerà alla storia come fondatrice del corpo delle crocerossine"! Siamo nel '54, durante la guerra di Crimea e La Croce Rossa ancora non esisteva, dal momento che

le sue origini risalgono al periodo successivo alla battaglia di Solferino del giugno '59.

Non abbiamo la pretesa di considerare Arrigo Petacco, che è un noto giornalista, un riferimento storico assoluto, ma citiamo questa sua affermazione per dare un'idea della confusione che esiste su questo argomento (1).

Dobbiamo pensare inoltre che la fama di Florence Nightingale si è diffusa subito ben oltre i confini dell'Inghilterra, aldilà delle sue previsioni e speranze e gli inglesi, a lei grati della sua opera, le hanno tributato giusti onori e un ricordo indelebile che si può visitare a Londra nel museo a lei dedicato. La fama di H. Dunant invece è stata sempre incerta, combattuta a lungo fin da quando era in vita, malgrado il premio Nobel per la pace del 1901; solo dopo gli anni 1970 un risveglio sull'interesse delle origini della Croce Rossa ha contribuito a rendergli in parte giustizia (2).

Comunque i nostri due personaggi presentano molte somiglianze, che andremo a considerare nel seguirne la vita e le esperienze. Di nascita benestante, ambedue, ebbero un'educazione ben superiore alla media di quel periodo. Florence, oltre al padre che fu il suo primo insegnante ebbe un matematico, James Sylvester,

che lasciò in lei un'impronta importante, dal momento che nei suoi scritti, per dimostrare i risvolti positivi delle sue teorie sulla prevenzione e l'assistenza, si serviva delle "tabelle statistiche", che entrarono poi nell'uso comune dei sondaggi tuttora applicati a qualsiasi ricerca. H. Dunant di cui si sa che nella fanciullezza non brillava per i risultati scolastici, fu però un cultore delle tradizioni dei popoli orientali, tanto che imparò l'arabo, affascinato dall'Algeria, dal luogo in cui dirigeva la gestione della Società "des Moulins de Mons Djemila". Soprattutto ha accomunato Florence N. e Dunant la convinzione di avere una missione da svolgere durante la vita. Dotati di una profonda religiosità, Dunant seguiva le prediche di padre Gaussen e da questo era stato notevolmente influenzato, ma anche Florence vide esempi di grande umanità e spiritualità nel pastore Fliender che aveva fondato la scuola delle diaconesse di Kaiserswerth, e aveva un'enorme stima per le suore di S. Vincenzo di Paola che svolgevano la loro opera assistenziale presso St. Germain a Parigi. Era la voce di Dio che li chiamava, benché laici, a dedicare la loro vita ad un alto ideale.

Bisogna dire che l'azione di Florence N.(3) fece scuola perché la sua attività in Crimea fu conosciuta attraverso la stampa in ogni paese d'Europa e ci si rese conto che quel tipo di assistenza militare da lei proposta era indispensabile. Fece ancora più clamore il fatto che ad imporsi in una situazione di guerra e di estrema disorganizzazione sanitaria militare fosse una donna, delicata, di nobili origini, ma le fu riconosciuta la grande esperienza tecnica nella direzione degli ospedali, l'umanità associata alla capacità di contestazione e di critica nei confronti dell'amministrazione militare: la società inglese fu tutta dalla sua parte. Insomma Florence ebbe la meglio sotto ogni aspetto in Crimea, riportò una sua personale

vittoria sui pregiudizi del tempo, sull'incontestabile insufficienza della sanità militare e sulla malattia e la morte dei militari feriti. Fu un riferimento anche per Henry Dunant. Henry infatti arrivò a Solferino per emulare Florence: non si può accettare la tesi del mercante di passaggio che si fa impietosire dalle vittime della guerra(4). Dunant aveva già dedicato la sua vita giovanile all'assistenza dei più deboli, vedeva una missione nel soccorso ed era in pratica un "professionista" nell'esercizio della carità verso il prossimo quando arrivò a Castiglione delle Stiviere. A differenza di F. N. Dunant dopo Solferino elabora teorie riguardanti l'assistenza del militare ferito: la sua idea è subito internazionale, lui non vede confini tra l'assistenza del proprio compatriota e il nemico. Non è l'entusiasmo di un momento, la sua azione si rivolge a coloro che contano, nei salotti come nelle case regnanti, vuole prima sapere se c'è la disponibilità e la possibilità che il mondo accetti le sue idee, poi scrive il *Souvenir de Solferino* per far capire alla gente cos'è la guerra.

Anche Henry Dunant cerca di confrontarsi con l'amministrazione militare francese in più occasioni, a Solferino, a Parigi... ma senza risultati; forse è avvenuto uno scontro fra lui e l'intendenza militare di cui però nelle Memorie, è palese, non vuole raccontare nulla, sicuramente per motivi politici e di discrezione, per non compromettere la sua attività futura. La sua intenzione è di creare una società privata, nuova, che si affianchi alla sanità militare e non entri con essa in antagonismo(5). Le sue idee si dilatano, assumono connotati sempre più ampi, non hanno confini né di spazio, né di significato: il militare ferito è neutrale, non è più un nemico, è solo un uomo che soffre e la sofferenza è sacra, si deve ad essa rispetto e assistenza; anche chi porta soccorso deve essere protetto e anche la popolazione del

luogo, teatro del combattimento. Le sue idee scritte diventano una cultura nuova per l'umanità, aprono la strada al diritto internazionale umanitario, un diritto sacro a cui anche i potenti debbono inchinarsi.

Questa sacralità del dolore, che è insita nella religione cristiana, diventa la base di un nuovo modo di pensare e coinvolge la persona più derelitta del diciannovesimo secolo, il militare. Qui si può capire la profonda religiosità di Dunant, un laico che ha espresso sempre la sua sensibilità religiosa nel sociale; dopo la battaglia di Solferino, una delle battaglie più cruento della storia, è rimasto per una settimana a Castiglione delle Stiviere per soccorrere e organizzare l'assistenza: durante questo periodo non è scappato pieno di orrore davanti alla sofferenza e alle mutilazioni disgustose dei militari, come sarebbe stato normale per qualsiasi persona di passaggio da quel posto di distruzione e di morte, ma ha visto nel militare ferito un novello Cristo, non nell'ufficiale, nel comandante, ma in tutti i militari indistintamente, a qualsiasi rango appartenessero, feriti, sofferenti, umiliati e sicuramente invalidi se sopravvivevano alla battaglia(6,7).

H. Dunant per far approvare le sue idee ha dovuto lavorare molto come politico e diplomatico, viaggiare, spendere tempo e soldi fino a rovinarsi finanziariamente. Florence fu più fortunata sotto questo punto di vista perché l'opinione pubblica capì il suo intento e nel novembre del 1855 fu aperta una sottoscrizione a suo nome. A lei furono consegnate le 59 mila sterline raccolte per modernizzare il servizio infermieristico negli ospedali civili in Gran Bretagna. Così nel 1860, Florence fondò la Scuola di Insegnamento per Infermiere al St.Thomas Infirmary. Florence ha avuto un'idea sicuramente molto più pratica, più facilmente applicabile(6,comprendibile per il gran pubblico:

proponeva un'assistenza moderna, organizzata, preparata culturalmente, i cui presupposti erano già presenti nella società perché qualsiasi donna si occupava in famiglia dei propri congiunti, dei bambini o dei vecchi malati, dei famigliari in genere e la presenza femminile era auspicabile anche in un ambiente ospedaliero moderno ed attrezzato; inoltre molte ragazze avrebbero potuto trovare una sistemazione onesta e decorosa. F. N in ciò fu molto perspicace e capì che le donne avrebbero potuto avere una professionalità loro: secondo la sua idea, non inferiore a quella del medico, sia come ruolo che responsabilità. Per questo era importante dare una visione estremamente morale dell'infermiera per riscattarla dalle figure ignoranti e ambigue che la gente ben conosceva e puntare sulla competenza e la professionalità. In questo riuscì in pieno, anche perché oltre al controllo e alla direzione che continuamente esercitava sul personale allora agli inizi della carriera, scrisse moltissimo. Fu una valida consulente anche per la sanità militare e compilò statistiche che rimasero nella storia della sanità inglese. Il suo mondo fu tutto al femminile tanto da suscitare pettegolezzi di omosessualità come d'altra parte avvenne anche per Dunant.

Queste due figure ebbero in comune anche questa norma di vita, una professione di castità che non ha mai permesso loro di contrarre rapporti d'affetto con l'altro sesso, sono vite spese per gli altri, per l'umanità. Dopo la loro grande esperienza sul campo di battaglia, o meglio nell'ospedale dopo la battaglia, avviene la scomparsa dalla scena pubblica, più precoce per Florence perché dopo la Crimea continuò ad soffrire per una febbre ricorrente che la sfinita fisicamente. Volontariamente non uscì più di casa, benché ricevesse per continuare a svolgere il suo lavoro e scrivesse i suoi libri. Dunant invece scomparve un po' alla volta, sempre

di più dopo le sue dimissioni dal Comitato di Ginevra. Dalle Memorie si comprende che fu forzato a sparire: lottava in tutti i modi per non essere sopraffatto, aveva sempre tante idee, la tutela di prigionieri di guerra, l'arbitraggio internazionale super partes..ma la miseria e la persecuzione ebbero la meglio su di lui e suo malgrado finì nel ricovero di Heiden dopo anni di pellegrinaggio per l'Europa, ridotto nella miseria più nera, perseguitato dalle accuse più turpi e anche dalla polizia stessa per la confusione della sua Internazionale (la Croce Rossa come era chiamata all'inizio) con l'Internazionale di Carlo Marx. E' un silenzio forzato che si interrompe solo con l'intervento del giornalista Baumberger e successivamente con il Primo premio Nobel per la pace. Possiamo permetterci di sospettare e prevedere che, se Henry Dunant avesse potuto continuare il suo lavoro, le conquiste del Diritto Internazionale sarebbero state approvate prima del tempo e forse si sarebbero risparmiate numerose sofferenze se non addirittura si sarebbero evitati i conflitti mondiali. L'azione potente di quest'uomo che non trovava ostacoli è stata tolta all'umanità da questioni di rancore e d'invidia ancora poco note, ma invece è ben chiaro il danno che hanno prodotto.

Pierre Boissier, storico del CICR ha scritto un testo in cui mette in rilievo le differenze e le somiglianze di queste due figure ormai sto-

riche. Il testo di cui condividiamo le idee e che in parte hanno avuto accoglienza in questo scritto, presenta un'idea finale particolarmente interessante, in quanto questi due personaggi sono accomunati da un futuro, oggi il nostro presente, in cui le loro creazioni rimangono e si presentano ai nostri occhi quotidianamente estremamente legate.

UN'ULTIMA PAROLA

“Abbiamo visto come Florence e Dunant scelgano strade diverse se non contrarie per cambiare la sorte di molti soldati. Lasciateci dire che Florence fu un precursore della Croce Rossa. Mettiamola nel posto che veramente merita, del fondatore del servizio medico militare. Questo non è meno di un inno alla gloria! Anche, nel futuro, chiaramente il loro lavoro si dimostra complementare. Per convincersene basta guardare un'ambulanza o un ospedale. Essi testimoniano il costante progresso raggiunto sulle linee indicate da Florence Nightingale. Ma quale emblema li protegge contro attacchi di un possibile nemico? La Croce Rossa, l'emblema di Henry Dunant! Questo dimostra come i loro percorsi ancora si incontrino e perché sono ancora oggi uniti nella nostra memoria e nella gratitudine dell'umanità.”(8)

BIBLIOGRAFIA

- A.PETACCO (1993) "La principessa del Nord" Arnoldo Mondadori Milano.
- H. DUNANT (2005) "Memorie" 2° edizione italiana a cura di P. Vanni e R. Ottaviani. Editore Sorbona Idelson Gnocchi. Napoli.
- S.TOOLEY (1913) "Florence Nightingale, fondatrice delle scuole d'infermiere" G. Barbera editore. Firenze.
- M.R. BOSI, E. GUERIN, R. OTTAVIANI, D. VANNI e P. VANNI (2006) "A tentative for a different version of the biography of the real founder of international Red Cross, H Dunant". New Yperman vol. 7, pp. 17-30.
- H.DUNANT (1862) "Un Souvenir de Solferino" Imprimerie Jules-Guillaume Fick. Genève, copia anastatica 1980 Slatkine. Genève.
- P. VANNI, D. VANNI, M. G. BACCOLO, R. OTTAVIANI (2003) "Nascita e sviluppo della prima grande idea umanitaria internazionale laica : la C.R.I." in *Un ricordo di Solferino oggi..* a cura di C. Cipolla. Franco Angeli Ed. Milano.
- OTTAVIANI R., VANNI D., VANNI P. (2004) "L'Assistenza ai feriti sui campi di battaglia e la prima guerra di Indipendenza". in "*Curtatone idealità e volontà nel Risorgimento*" a cura di C. Cipolla.. Franco Angeli Ed. Milano.
- P. BOISSIER (1973) "F. Nightingale and H. Dunant: similarities and differences" Int. Review of the Red Cross. Genève, May, pp.1-12.

L'AVENIR SANGLANT DANS LES MANUSCRITS DE LA BIBLIOTHÈQUE PUBLIQUE ET UNIVERSITAIRE DE GENÈVE

P. Vanni,* R. Ottaviani, M.G. Baccolo, M. Barra^o

* Ufficio Storico CRI, Comitato regionale della Toscana, Firenze

^o Presidente Nazionale della CRI, Roma

En 2002, le groupe d'Histoire de la Croix Rouge italienne (Comitato regionale della Toscana, Firenze) a acheté à la Bibliothèque Universitaire de Genève les 11 microfilms des cahiers des Mémoires de Henry Dunant, ce qui représente environ 6000 pages d'écrits. Nous nous étions proposé de publier entièrement tous les cahiers en français en 2009, mais nous nous sommes rendu compte que cet ouvrage était impossible, que ce soit pour des raisons de délai, pour raisons techniques ou tout simplement pour des raisons économiques. Nous sommes actuellement prêts à publier le premier volume de l'œuvre, qui contiendra les cahiers concernant "l'Avenir du sang" ou "l'Avenir sanglant".

Pourquoi avons nous choisi de publier en premier lieu "l'Avenir sanglant"? Parce que par le passé, quelques fragments seulement de cette œuvre avaient été publiés.

Presque toutes les éditions sont françaises; il y a cependant une édition italienne, UTET Turin 1979, mais celle-ci n'est que la traduction partielle de l'édition française de 1969(3).

Le présent ouvrage est le premier de la collection de l'Institut Henry Dunant, avec la préface de Denis de Rougemont, textes choisis et présentés par D.C.Mercanton. Lausanne 1969.

Dans la table des matières (page.199) sont reportés les titres suivants:

Table des Matieres

Préface	VII
UN SOUVENIR DE SOLFERINO	1
L'AVENIR SANGLANT	115
La charité sur les champs de bataille	117
Les prisonniers de guerre	125
L'arbitrage international	139
Les francs-tireurs: héros ou bandits?	147
Vérités et préjugés	153
Le joug des idées reçues	155
Un christianisme blasphématoire	159
Ces peuples que nous avons asservis	163
Encaserner l'esprit humanin	169
Contre le service militaire obligatoire	173
A l'exemple des empires rapaces	175
L'armée est une école, dit-on!	179
Agir sur l'opinion	183
Trahison de la science	187
L'avenir sanglant	195
Sources	195

Imprimé en Suisse

Il n'y a que quatre-vingt-dix pages.

Dans l'édition de 1994 se trouve uniquement "l'Avenir sanglant", sans "le Souvenir de Solferino", préface de Michèle Mercier, Editions MiniZoè-Edition Zoè Carouge Genève 1994 (3).

Dans la Table des matières (page.47) sont reportés les chapitres suivants:

Table

Préface	3
La charité sur les champs de bataille	7
L'arbitrage international	15
Vérité et préjugés	23
Le joug des idées reçues	25
Encaserner l'esprit humani	27
Contre le service militaire obligatoire.	29
A l'exemple des empires rapace	30
L'armée est une école, dit-on!.	33
Agir sur l'opinion	35
Trahison de la science	38
L'avenir sanglant	42

Pp 3 - 42, environ 39 pages.

En comparant les deux index on retrouve certains sujets présentés dans les deux publications et certains sujets traités dans un texte seul.

Il est évident que ce que nous connaissons de "l'Avenir sanglant" est partiel, absolument incomplet.

Nous avons maintenant les manuscrits des "Mémoires" au complet et nous entendons donc présenter pour la première fois toutes les pages qui font partie de "l'Avenir sanglant".

Le microfilm 1717 commence avec le volume N° 4549, l'histoire de la chrétienté, les volumes 4550 et 4551 continuent à traiter de sujets religieux; les cahiers correspondants ont une petite couverture bleue.

Avec le volume N° 4552, à la page 102 des 663 pages du microfilm 1717 jusqu'à la fin, nous

avons une première partie de "l'Avenir sanglant". Dans le microfilm N°1718, du volume 4562 jusqu'au volume 4568, pp. 319 des 683 du microfilm, on trouve le reste de "l'Avenir sanglant". Ce qui représente un total de 870 pages, environ. Ces cahiers ont aussi une petite couverture bleue (Addendum).

Voilà ce que le grand Henry écrit sur la guerre et sur l'avenir du sang!

Qu'est-ce donc l'Avenir sanglant?

Comme nous l'avons dit, ce sont des manuscrits (environ 870 pages) qui font partie des Mémoires (environ 129 cahiers) découverts en 1970, soixante ans après la mort du fondateur de la Croix Rouge!

Nous lisons à la page. 9 des Mémoires par le prof. Gagnebin:

En élaborant ses Mémoires, Dunant veut raconter au monde comment il a eu l'idée de la Croix-Rouge, ce qu'il a vu sur le champ de bataille de Solférino, les efforts qu'il a accomplis pour faire triompher son oeuvre, puis la mise en pratique de son idéal pendant la guerre de 1870 et la Commune de Paris, enfin ses années de misère, cette misère en habits noirs, plus terrible que toute autre forme de dénuement. Mais en écrivant son histoire, il se découvre des ennemis, il médite sur l'injustice humaine et sur l'hypocrisie de la société, sur l'intolérance de l'Eglise et sur la tyrannie policière de l'Etat.

.....Alors, il accumule les notes, les extraits, les citations sur les grands hommes oubliés, sur les génies malheureux, sur tous les grands mots en *isme*, le patriotisme, le militarisme, le chauvinisme. Sous sa plume naissent des embryons d'ouvrages qu'il n'achèvera pas: *Histoire et voyages en zigzag au milieu des jésuites en robes*

courtes, Le vrai génie du christianisme, Le Procès de la Chrétienté, La barbarie de notre civilisation tant vantée. Le seul qu'il ait rédigé d'une manière continue est *L'Avenir sanglant, ou barbarie de notre civilisation*, où il dénonce les dangers du militarisme à outrance, le long chemin de souffrance des déshérités.

En conclusion il est dans *L'Avenir sanglant* que Henry Dunant exprime librement et finalement ses convictions, convictions d'un pacifiste convaincu et d'un croyant!

Dans ses manuscrits il y a la condamnation nette de la guerre et des hommes qui la pratiquent, cette condamnation est terrible!

Nous reportons ici quelques passages, déjà traduits en italien, que nous voulons lire ensemble.

A.1 – A l'exemple des empires rapaces.

L'enseignement de l'Histoire est, dans les Universités, les Ecoles, les lycées, les pensionnats, les séminaires et autres institutions, en plusieurs pays de l'Europe, une, indéniable école d'immoralité politique pour l'écolier, pour l'étudiant, dont on moule l'intelligence à l'image de la politique brutale, bestiale, sans principes, qui a régi les hommes pendant tant de siècles, et dont l'antique Rome donne encore aujourd'hui un type trop respecté.....

.....Les enfants des gymnases, des séminaires, des collèges européens auxquels on apprend sans sourciller, sans un mot de blâme, ces prétendus "hauts faits", admirent ce qu'ils considèrent comme des exploits, ils ne voient rien de plus beau, rien de plus grand, rien de plus noble que les empires rapaces et sanguinaires d'Alexandre et des césars, de Charlemagne et de Bonaparte. Et c'est là le peuple qu'on donne comme modèle

à l'enfance, à la jeunesse! Oui, sans doute, il est grand, mais grand pour le meurtre, grand pour les oeuvres de la haine, grand par l'égoïsme, par le mépris des autres, par la soif du sang, par le génie de la destruction. Quand on enseigne le culte de la force bestiale aux populations, faut-il s'étonner si, après cela, en certaines circonstances néfastes, dans des moments d'excitation suprême, elles se montrent elles même brutales, cruelles terribles?

A.2 – Le nationalisme et le colonialisme

Les nations européennes, en promenant leurs pavillons jusqu'aux extrémités du monde, se croient tout permis à l'égard des peuples qu'elles déclarent "arriérés". Triste rôle pour un Etat de faire considérer la grandeur d'un peuple dans la domination des autres, sous le prétexte d'étendre ses relations commerciales, d'ouvrir des ports, de se pourvoir de marchés, de créer des relations avantageuses, des débouchés pour les produits de l'industrie nationale, ou de faire triompher la civilisation sur la barbarie en augmentant "la gloire de la patrie"! Y aura-t-il donc toujours deux morales: une pour les gouvernés et une autre pour les gouvernants; et le succès justifiera-t-il toujours toutes ces iniquités?

L'Histoire crie bien haut aux peuples qui se nomment chrétiens qu'ils ont commis tous les crimes, tous les forfaits; et l'esprit recule épouvanté quand l'on considère que l'Europe arme peu à peu de ses propres moyens destructeurs —en les animant de son esprit de militarisme— plus de deux cents millions de Musulmans, qui un jour peut-être pourront proclamer "la guerre sainte", environ quatre cents millions de Bouddhistes, près de deux cents millions de Brahmanistes et d'autres millions d'Asiatiques, dont la plupart professent, et ont en eux-mêmes, pour le Chrétien, pour la Chrétienté, pour la civilisation

dite chrétienne, une haine et une exécration que le passe ne justifie que trop, car nous les avons abreuvés de dédains et de mépris quand il s'agissait de leurs cultes, de leurs lois, de leurs mœurs, de leurs civilisations antiques.

A.3 – La trahison de la science

Ah! La guerre n'est pas morte! Tout ce qui fait la gloire de votre prétendue civilisation sera employé à son service. Vos chemins de fer électriques, vos ballons dirigeables, vos bateaux sous-marins, insubmersibles, vos ponts-volants, vos photographies instantanées, vos télégraphes, vos téléphones, comme aussi d'autres inventions merveilleuses de Graham Bell ou d'Edison, la serviront admirablement à côté de vos engins homicides.

Et que n'invente-t-on pas encore afin d'arriver plus lestement et plus sûrement à la tuerie — tant les humains ont les pieds et le cœur légers pour répandre le sang! (...)

A.4 – La prophétie

On verra mais sans pouvoir déterminer l'ordre successif des événements: des révolutions, avec l'anarchie, suivies de nouvelles tyrannies escamotées comme les précédentes; une revanche, dont l'issue est impossible à prévoir dans le duel entre latins et germains, combat gigantesque qui se renouvellera probablement et pour le malheur de tous; l'Europe entraînée dans une guerre générale, dont on ne peut dire les péripéties multiples et amènera sans doute le remaniement de sa carte; les ambitions des Césars du Nord, l'invasion cosaque, en Occident, les complications asiatiques qui en résulteront; la grande question d'Orient, avec tous ses dérivés, avec toutes ses difficultés, qui re-commencera plus intense et dont la solution semble plus éloignée que jamais; l'effondrement de l'empire ottoman ouvrant la porte à tous les imprévus; la formation possible

d'une confédération slave, la création probable d'une confédération latine, ravivant les haines de races, amenant les persécutions des despotismes, et finalement leur renversement pour faire place à la révolution sociale universelle au milieu d'un monde à demi dépeuplé. Le résumé reste ceci: du sang, du sang, encore du sang, du sang partout.

Addendum Film 1717

Volume

4549	Histoire de la Chrétienté.
4550	2ème partie du procès de la Chrétienté.
4551	Le Souper du Seigneur. Le corps du Christ. La Paques des chrétiens. Les cahiers 4545-4551 ont une couverture bleue. II - L'Avenir sanglant ou Barbarie de notre civilisation. pg.102/633
4552	Avenir de sang qu'on nous prépare. (1er brouillon.) N°1. La guerre universelle et la révolution latine
4553	L'Avenir de Sang. 2ème partie. Le cri des déshérités. (1er brouillon). 1 cahier brun.
4554	L'Avenir de sang qu'on nous prépare, par l'auteur du "Souvenir de Sol-férino", 1889 (2ème brouillon). 1 cahier bleu.
4555	L'Avenir de sang. 2. 2eme brouillon. 1 cahier bleu.
4556	L' Avenir Sanglant, 1889-1890. 3.ème brouillon. 1 cahier cartonné dos cuir.
4557	L'Avenir sanglant: (un déluge de sang) et pour quoi un avenir sanglant. Guerre générale. N° 1.

4558	L'Avenir sanglant: N°2. Les grands coupables du militarisme moderne.	4563	Idem. N°6 bis. Cri des déshérités. suite.
4559	L'Avenir sanglant. Cruelle ironie de la sottise humaine. N°3.	4564	Idem. N°6 ter. Cri des déshérités.
4560	Idem. N°4. Petit arsenal contre le militarisme.	4565	Idem. N°7. Résultats du militarisme a outrance et Barbarie de civilisation tant vantée (Ancien 2116 E reçu en 1944).
4561	Idem. N°5. Petit arsenal. Fine de film 1717	4566	Idem. N°8. Barbarie de notre civilisation tant vantée
	Film 1718	4567	N° 8 bis. Barbarie de notre civilisation tant vantée.
	Pg. 1/683	4568	N° 9. Barbarie de notre civilisation tant vantée.
<i>Volume</i>			Pg. 319/383
4562	Idem. N°6. Long cri de Souffrance des déshérités.		Les Cahiers 4557-4569 ont une couverture bleue.

BIBLIOGRAPHIE

- H. DUNANT *Un Souvenir de Solferino suivi de l'Avenir sanglant* 1969. Pref. Denis de Rougemont. Textes par D.C.Mercanton. Inst. H.Dunant, L'Age d'Homme, Lausanne.
- H. Dunant *e le origine della Croce Rossa* 1979, a cura di Luigi Firpo. UTET Torino.
- H. DUNANT *L'Avenir sanglant* 1994, Pref. Michèle Mercier. Ed. Zoé. Genève.
- H. DUNANT *Memoires* 1971, Text par B.Gagnebin. Inst. H.Dunant, L'Age d'Homme, Lausanne.
- H. DUNANT *Memorie* 2005, 2°Vers.Ital. a cura di P.Vanni, M.G.Baccolo e R.Ottaviani. Ed.Sorbona ñ Idelson Gnocchi. Napoli.
- M.R. BOSI, E.GUERIN, R.OTTAVIANI, D. VANNI end P. VANNI "A tentative for a different version of the biography of the real founder of International Red Cross, H.Dunant" 2006, *New Yperman*, vol.7, pp. 17-30.
- R.OTTAVIANI, D.VANNI,P.VANNI et M.BARRA "H.Dunant, iil pacifistaï" 2007, *Atti della Fondazione G.Ronchi*. LXII, N°2, Marzo-Aprile, pp. 241-254.
- M.BARRA, G. CECI, G. COMANI, R. OTTAVIANI et P. VANNI "H.Dunant, ile croyanti" 2006, *New Yperman*, vol.6, pp. 31-37.

Remerciements

Nous remercions:

La Banque Toscane ainsi que la Caisse d'Epargne de Florence pour le support économique à nos recherches.

Madame Diana Gasparon pour son aide à la traduction du texte.

LOUIS APPIA, MEDICO MILITARE E MEMBRO DEL CICR

R. Ottaviani, P. Vanni

Ufficio storico CRI - Comitato regionale toscano (FI)

Louis Appia(1) nasce a Hanau vicino a Francoforte sul Meno il 13 ottobre 1818. Appartiene ad una famiglia torinese ricollegabile al movimento religioso valdese. Il padre di Louis Appia, Paul, ministro del Vangelo era nato a Torre Pellice, vicino a Torino, il 4 maggio 1782 e aveva studiato teologia a Ginevra. Luigi nacque proprio nel momento in cui il padre fu chiamato a Francoforte, sede della Dieta della Confederazione tedesca. Sua madre, Charlotte Develay apparteneva ad una famiglia svizzera e si dedicava all'assistenza dei poveri e dei malati. Louis studiò in collegio a Francoforte, poi a Ginevra per poter entrare all'Accademia. Profondamente religioso, non segue gli studi per diventare ministro di Dio come il fratello Georges. Scopre dentro di sé una vocazione medica, che si riallaccia al comportamento paterno durante la battaglia di Hanau. Così nel 1838 si iscrive all'università di Heidelberg. Si laurea in Medicina nel 1843. Nel 1848, a Parigi, partecipa al soccorso delle vittime durante la repressione della seconda repubblica.

Nel novembre del 1853 sposa Anne Caroline Lasserre, una giovane di appena diciannove anni. Nello stesso periodo conosce il dottor Maunoir. Questi, di dodici anni più vecchio di Louis, aveva studiato medicina in Inghilterra e

in Francia. Dietro suo consiglio, si iscrive alla società medica di Ginevra e di Neuchâtel ed entra a far parte della società ginevrina di utilità pubblica. Pubblica in questo periodo il testo "Le pardon de la dernière heure"

Scrive inoltre il testo "Le Chirurgien à l'ambulance ou quelques études pratiques sur les plaies par armes à feu" stampato a Ginevra nel 1859(fig.1), prima di partire per l'Italia. Nell'occasione della battaglia di Solferino, molti infermieri volontari furono inviati dalla Società evangelica di Ginevra per il soccorso dei feriti: tra questi, anche Appia. Arrivò a Torino il 3 luglio, dopo aver attraversato il Moncenisio; le sue lettere all'amico Maunoir raccontano quello che succede giorno per giorno. Si propone come chirurgo volontario e sorveglia la distribuzione dei soccorsi. Visita gli ospedali di Torino e di Milano; il 10 luglio è a Brescia e Desenzano, critica la pratica diffusa del salasso che riduce il militare ad una debolezza estrema, contro qualsiasi logica terapeutica. Scrive una memoria: "Lettres à un collègue sur les Blessés de Palestro, Magenta, Marignano e Solferino." Il collega è Théodor Maunoir. In queste lettere, Appia descrive la situazione tragica dei feriti e l'insufficienza dei soccorsi sanitari militari. Vittorio Emanuele lo nomina Cavaliere dell'Ordine Mauriziano.

Tornato a Ginevra, Appia pubblica la seconda edizione del testo “Le Chirurgien à l’ambulance”, volume di 240 pagine diviso in due capitoli, il primo riguardante le ferite d’ arma da fuoco in generale, il secondo le diverse regioni del corpo colpite. Nella prima parte, Appia propone un sistema di contenzione per gli arti fratturati che permetta, mantenendoli immobilizzati, trasporto e medicazioni. Seguono le sette lettere all’amico Maunoir(2).

Nel 1861 è presidente della Società medica ginevrina. Allorché, dietro suggerimento del dr. Palasciano, l’Accademia Pontaniana di Napoli indice un concorso a premi per il miglior scritto composto da cento aforismi sulla chirurgia delle ferite da arma da fuoco, Appia porta il suo contributo e vince il premio a pari merito con un italiano, il dr. Achille De Vita. Nel 1862, a Napoli, viene pubblicato il loro lavoro con il titolo di “Manuale di chirurgia militare”. Queste esperienze sul campo unite ad un’idea di soccorso in collaborazione con la sanità militare dimostratisi insufficiente in numerose occasioni, avvicinano il dr. Appia al pensiero di Henry Dunant(3).

Nel 1863 fa parte della commissione ginevrina permanente formata allora dai cinque primi membri della Società di soccorso per il militare ferito, futuro CICR(4).

La sua attività è instancabile; durante la partecipazione alla Conferenza diplomatica dell’ottobre del 1863, insiste sull’importanza di un distintivo internazionale e chiede che sia aggiunto nel primo paragrafo; la Conferenza accetta e propone un bracciale bianco con la croce rossa centrale da portarsi al braccio sinistro. Un bracciale gli sarà donato ufficialmente nel 64 dal Comitato con la firma di Moynier.

Nel “64, per incarico della società ginevrina, Appia è presente sul campo di battaglia nella guerra Schleswig-Holstein: E’ qui in

missione quale delegato per la parte tedesca, l’Holstein, inviato dal Comitato ginevrino con una lettera di raccomandazione del Consiglio federale svizzero. E’ la prima volta nella storia della Croce Rossa che viene inviato un delegato dal Comitato di soccorso del militare ferito: non esiste ancora la Convenzione di Ginevra: è già avvenuta la Conferenza diplomatica dell’ottobre del 63, ma non é stata ancora stipulata la Convenzione di Ginevra che data 22 agosto 64; la decisione di rappresentarsi con due delegati era stata presa dal Comitato durante la seduta del marzo 64 e furono inviati Van de Velde, già delegato dei Paesi Bassi nella Conferenza del 63, nella zona danese dello Schleswig e il dr. Appia nella parte tedesca, dell’Holstein. Di questa esperienza Appia scrive una relazione “Rapport adressé au Comité International par le docteur Appia sur sa mission auprès de l’armée allié dans le Schleswig. Genève 1864.” (L.C.1)

E’ un’esperienza completamente nuova, senza precedenti, senza compiti precisi e con tutti i rischi e gli imprevisti delle situazioni belliche. Appia si premunisce con lettere di raccomandazioni del Consiglio federale svizzero, del generale Dufour, di Moynier, di Dunant, con qualche riga scritta dallo stesso Dunant per il Comitato di Berlino di recente creazione ed inoltre con una lettera del dr. Lehmann, medico dell’esercito svizzero. Appia parte il 22 marzo del 1864, porta con sé anche i testi delle Risoluzioni della Conferenza Internazionale Diplomatica e 2000 franchi per le spese. A Berlino é accolto con gentilezza dal Comitato prussiano. Il 28 é a Flensburg. Piove e fa un freddo glaciale... Diffonde i testi delle Risoluzioni, ma assiste anche come medico i militari feriti sul campo senza distinzione di nazionalità.

Durante la campagna garibaldina in Trentino(5; 6), il Comitato centrale di Milano aveva

organizzato i soccorsi e aveva chiesto aiuto al Comitato internazionale di Ginevra. Appia é di nuovo in Italia con il fratello Georges con cui ha intenzione di organizzare una squadra di 12 volontari appartenenti alla società evangelica. Ma la conduzione particolare di questa guerra e i troppi ostacoli permettono la presenza solo di quattro volontari. (Louis, il fratello Georges, de Jarvis e uno studente di teologia de Vivo) Inoltre Appia ha bisogno di una lettera di raccomandazione di Dufour perché solo con questo passaporto è accolto dal generale e può anche curare Garibaldi in persona quando viene ferito alla gamba sinistra a Monté Suello. Scrive dal campo cinque lettere ai famigliari. Queste lettere, dedicate al fratello Georges, sono interessanti da un punto di vista di organizzazione ed esperienza medica militare.

Nel campo di Garibaldi non esistevano ambulanze fisse, solo vetture e ricoveri improvvisati, perché l'esercito si spostava continuamente e non era possibile un'organizzazione sanitaria secondo i piani precedenti del "48 e del "59. Anche qui, accompagnato dal braccio con la croce rossa, Appia non perde occasione di parlare della Convenzione di Ginevra. Alla fine della guerra, Appia ha il ringraziamento personale di Garibaldi che scrive di suo pugno qualche riga di elogio e gratitudine indirizzata al Comitato ginevrino. Mentre nel testo "Le Chirurgien à l'ambulance" Appia sembra essere a favore dell'amputazione ad oltranza secondo le indicazioni del Percy, nelle lettere da Bezzeca é per la nuova visione chirurgica che dal "59 propendeva per la conservazione degli arti. Egli stesso afferma di aver preferito praticare una resezione piuttosto che un'amputazione nel tentativo di conservare la gamba ad un giovane.

La sua attività all'interno del Comitato non fu sempre facile; nella guerra franco prus-

siana non gli fu permesso di recarsi in veste ufficiale sul campo di battaglia e gli fu negata la missione nella guerra del Montenegro in cui fu sostituito dal collega e parente Ferrière per le sue idee troppo aperte nel soccorso verso insorti, rifugiati, prigionieri...

Un concorso proposto dal Comitato prussiano di soccorso ai feriti che verteva sul ruolo che le associazioni private di beneficenza dovevano assumersi presso gli eserciti in campagna é l'occasione di un testo, un trattato teorico pratico scritto in collaborazione dal presidente Moynier e dal dr. Appia: "La guerre e la carité". Trattato teorico-pratico di filantropia nei confronti degli eserciti in campagna". Gli autori si conquistarono il premio prussiano (L.c.1).

Nel 1867, Appia pubblica a Ginevra questo testo; in esso vengono enunciati tutti i principi già diffusi da H. Dunant nel Souvenir, la costituzione dei comitati di soccorso, i loro scopi, il personale, l'organizzazione, le entrate, i loro rapporti con lo stato, la missione del soccorso, i soccorsi materiali, trasporti, igiene, ambulanze, l'assistenza morale intellettuale e religiosa ai feriti, le relazioni internazionali della Croce Rossa in periodo di pace e di guerra...

La vita di Appia si svolge nell'attività del Comitato Internazionale e si accompagna alla diffusione crescente dei Comitati: nel 1870 le società di soccorso erano 25, le ratifiche diplomatiche erano state regolarmente notificate a Berna, la Convenzione di Ginevra era diventata una legge in tutti gli stati d'Europa.

Alla fine dell'ottobre 1872, Appia parte per l'Egitto, ma deve fermarsi a Napoli, a Messina e al Cairo per febbri da cui non riesce a risollevarsi. Incontra al Cairo Raoul Pictet. Porta a termine la missione di creare una società egiziana di soccorso ai feriti con la protezione del vice re, malgrado la febbre. Come segretario della nuova società designa Pictet

allo scopo che faccia da tramite tra il Cairo e Ginevra. All'inizio di gennaio la missione di Appia si può considerare conclusa. La Croce Rossa assumeva sempre di più il suo carattere di universalità.

Dopo la temporanea sospensione della sua attività nel Comitato in seguito alla guerra del Montenegro, Appia torna in attività nel settembre del 1876, in occasione del Congresso internazionale d'Igiene, di salvataggio e di economia sociale organizzato a Bruxelles, in cui è incaricato di aprire i lavori sul tema dei soccorsi. Parla del suo tema prediletto ricordando le sue esperienze sul campo. Qui è finalmente libero di dire quello che pensa: per lui la carità sul campo di battaglia é la cosa più importante e non si deve impedire ai volontari di arrivare nelle prime linee per portare soccorso; per lui si possono conciliare le esigenze della guerra con le necessità del soccorso, umanizzare la guerra anche se sembra una contraddizione.

L'esposizione universale di Parigi del 1878, fu un'ulteriore occasione per Moynier e Appia di propagandare il Comitato. Ottennero una medaglia d'oro e un diploma d'onore. Il successo che riportò l'Esposizione parigina si ripercosse su un rinnovato interesse per la Croce Rossa e per le società di assistenza per gli invalidi, le vedove, gli orfani di guerra... La Convenzione di Ginevra aveva provocato un'evoluzione profonda rompendo con il vecchio diritto della guerra, tanto che l'Istituto di diritto internazionale in collaborazione con il Comitato internazionale elaborò un Manuale di leggi sulla guerra.

Poi finalmente Appia ritornò nella sua vecchia casa, a Ginevra, in via Calvino numero 5. Ha ormai più di sessant'anni. La medicina è cambiata radicalmente, ci sono le teorie di Pasteur, la disinfezione con l'acido fenico... Appia segue entusiasta queste nuove scoperte

e consegue il dottorato in medicina della facoltà di Parigi.

Nel 1881 Appia scrive un testo "Noël à l'ambulance, épisode de la guerre russo turque. Récits authentiques. Paris" (L.c.1).

Appia volle insegnare l'uso dei materiali trovati sul campo per improvvisare materiali sanitari utili. L'argomento oggetto di un concorso fu pubblicato.

In occasione del ventesimo anniversario della Convenzione, Appia che si preoccupava del mantenimento dei principi morali che avevano ispirato l'opera, approfittò per riunire i rappresentanti dei paesi firmatari e le società nazionali. Fu un successo: la posizione del Comitato centrale si dimostrò molto solida e le Società nazionali indipendenti nella loro organizzazione interna, si riconoscevano unite in tempo di guerra e accettavano i loro compiti di soccorso in caso di catastrofe.

Nel 1886 morì la moglie di Appia, a soli 52 anni, colpita da febbre tifoide. Ebbe un dolore profondo, gli rimanevano i quattro figli.

Durante la quarta Conferenza internazionale di Croce Rossa a Karlsruhe nel 1887, Appia ebbe un ruolo importante e si guadagnò le simpatie del granduca di Bade. Iniziò una ricca corrispondenza con Clara Barton e la principessa Louise.

In occasione del venticinquesimo anniversario della Conferenza diplomatica, Moynier scrisse un testo "Le cause del successo della Croce Rossa" Appia propose un Memoriale di Croce Rossa in cui tutte le Società nazionali potevano partecipare con proprie monografie. Il titolo di questo testo fu scelto fra i tanti proposti "Inter Arma Caritas" ovvero "La Carità sui campi di battaglia.

Nel 1892 a Roma si svolse la Conferenza internazionale di Croce Rossa (L.c.3; 7); arrivarono duecento delegati da tutte le parti del

mondo. Appia che portava la croce di San Maurizio e San Lazzaro e la medaglia commemorativa delle guerre del Risorgimento faceva parte dell'organizzazione della Conferenza. Dal 21 al 27 aprile 1892, la Conferenza fu ospite del governo italiano che manifestò la sua cordialità con riunioni a Tivoli, a villa D'Este con pranzo al Palazzo del Quirinale dove Appia ebbe un posto d'onore presso la regina.

Poi Appia si apprestò ad organizzare la sesta sessione della Conferenza Internazionale a Vienna. I problemi erano diversi, ma quelli di sempre, la necessità di una doppia assistenza, quella ufficiale e quella dei volontari, la discus-

sione sugli statuti delle società esistenti, delle relazioni tra di loro nella solidarietà morale che deve unire tutti i Comitati centrali... Poi Appia si ritirò, avrebbe voluto dedicare gli ultimi anni della sua vita al Comitato come aveva fatto per buona parte della sua vita, ma le forze gli mancavano, anche perché aveva quattro figli da aiutare e le sue risorse economiche erano scarse. Il suo sguardo era ancora vivo e penetrante ma gli occhi si erano infossati nelle orbite, le spalle erano diventate curve, diventavano frequenti le crisi cardiache e gli attacchi di reumatismi... Appia morì il 1 maggio 1898. Riposa nel cimitero di San Giorgio a Ginevra.

BIBLIOGRAFIA

- R. BOPPE "L'homme et la guerre" 1959 J. Muhle Thaler Ed. Genève – Paris
- L. APPIA "Le chirurgien a l'ambulance. Suivies de lettres a un collègue" 1859 Ed. Joël Cherbuliez libraire - Genève
- B. ZANOBIO "Gli aforismi di chirurgia militare di L.Appia" 1980 Giornale della Accademia di Medicina di Torino, Anno CXLIII, numero speciale pp.5 – 95.
- H. DUNANT "Memorie" 2005 2°edizione riveduta ed ampliata a cura di P.Vanni, M.G.Baccolo e R.Ottaviani. Sorbona Idelson Gnocchi ed. Napoli.
- L. APPIA "Les blessés de la bataille de Bezzecca" 1866 Imprimerie Soullier Genève.
- G. POLETTI "I pionieri della Croce Rossa nella epopea garibaldina del 1866 " 2007 Passato presente Quaderno n°51, n°2.
- G. CECI "Un ricordo delle donne di Heiden per H.Dunant " (senza data, 2004?) Archivio storico della CRI – Roma.

MARCEL JUNOD - IL TERZO COMBATTENTE: LA SCRITTURA E LO STILE

Eugenia Ocello

È un libro avvincente come un romanzo d'avventura, ma non è un romanzo, è un'opera di testimonianza che ci viene, non da uno scrittore di professione, ma da un medico, delegato Croce Rossa, che ha attraversato vicende tragiche con un forte coinvolgimento emotivo ed ha agito in nome di un soggetto collettivo, con un ruolo di responsabilità, al servizio di un ideale nobile e generoso.

Il titolo ci introduce immediatamente in quello che è il senso primo dell'opera: terzo combattente è l'uomo di Croce Rossa che, in mezzo a due eserciti contendenti, lotta contro la sofferenza e le ingiustizie, lotta per la dignità umana, per ridare dignità alla vita.

L'A. nell'ultimo capitolo dice: "(Il terzo combattente) accorre dovunque una creatura umana, sotto una forma qualsiasi, sia alla mercé del suo nemico. Non ha altro scopo che di impedire al vincitore di accanirsi sulla sua vittima".

Si determina così una struttura circolare che collega l'inizio del libro alla fine. Il narratore, che usa la prima persona, coincide dichiaratamente con l'Autore, il quale rievoca la sua esperienza di uomo di Croce Rossa, spesso terribilmente isolato nel suo lavoro, costretto a sfidare l'intransigenza della politica, nella consapevolezza di una tragica spro-

porzione fra il suo debole potere e l'ampiezza del dramma in un mondo dominato dalla paura e dalla violenza.

L'ultimo capitolo è illuminante anche perché ci fornisce la circostanza di locuzione: l'Autore, rientrato dopo dodici anni a Villa Moynier, la vecchia sede del C.I.C.R. nel mezzo di un parco silenzioso, è da solo in una stanza ormai spoglia, dove rimangono soltanto un grande tavolo ovale ricoperto da un tappeto verde e il quadro di Solferino "simbolo di una vittoria riportata dall'uomo su se stesso, che gli consente di vedere ancora la sofferenza di colui che sta per colpire".

Seduto ad un "angolo di scrivania, dove ogni guerra, ogni dramma, tutte le miserie del mondo hanno avuto la loro risonanza", egli rievoca le vicende vissute fino a sentirle presenti e palpitanti intorno a sé. Allora il libro non è una cronaca, o un diario, come farebbe supporre la vivacità dello stile, ma nasce dalla memoria.

Il tono diventa suggestivo, quasi visionario. L'A. usa ripetutamente termini come "nell'ombra che mi circonda vedo... sento... rivedo" che indicano l'eterno presente della dimensione coscienziale.

Notiamo una nozione del tempo come "durata interiore" di derivazione bergsoniana:

il tempo come dimensione psichica, sottratto alle leggi oggettive. E scopriamo anche la motivazione che induce L'A. a scrivere questo libro: "Queste visioni —egli dice rivolgendosi agli uomini e alle donne di Croce Rossa— non sono di ieri, sono di oggi e di domani. Non ci saranno mai abbastanza volontari per raccogliere le numerose grida di dolore... Coloro che chiedono aiuto sono troppo numerosi. Aspettano voi."

Allora il libro non è solo un'interessante opera di memorialistica che rielabora probabilmente appunti di diario in una 'proustiana' ricerca del tempo perduto, ma rivela la nobile ed immediata finalità di spingere all'azione, alla concreta testimonianza dell'umana solidarietà.

L'opera consta di quattro parti suddivise in capitoli che costituiscono le tessere di un mosaico, ma anche le tappe di una 'Via crucis', di un drammatico viaggio a stazioni attraverso l'orrore. È il viaggio della memoria attraverso un decennio cruciale e terribile del '900, il decennio fra il '35 e il '45, che vide la guerra d'Etiopia, la guerra civile spagnola e la tragedia del secondo conflitto mondiale. Non è la Storia giudicata dal punto di vista dello storico di professione, ma la storia guardata dal basso, dalla prospettiva degli sconfitti e dei sofferenti, la storia così come la vide e la visse Junod, riferita attraverso episodi concatenati, in uno stile semplice e coinvolgente che conduce il lettore a rivivere le vicende raccontate e a sentire quanto di tragico e di eroico esse sprigionano.

Il testo presenta la caratteristica di un impianto oggettivo ed è sostenuto da una costruzione ordinata secondo l'avvicinarsi progressivo e consequenziale dei fatti, sempre sottolineati da precise indicazioni temporali. Il linguaggio è scorrevole e piano, con un lessico medio o quotidiano, e con ampio spazio dedicato al dialogo: ciò conferisce vivacità ed alta

leggibilità. La sintassi è fortemente frazionata, con frasi brevi o brevissime, ordinate in paratassi, che danno il senso dell'azione concitata e descrivono il precipitare delle situazioni, in un accumulo che spesso si conclude con i puntini di sospensione, con un effetto di 'calando'. L'uso del presente conferisce al libro uno stile cronachistico e talora diaristico, con risultati di vivacità e chiarezza. I segmenti descrittivi si alternano a quelli propriamente narrativi; in quest'ultimo caso la caratteristica è la rapidità della narrazione e la velocità del montaggio quasi cinematografico delle scene che acquistano il ritmo di un vero e proprio film d'azione. Come nel montaggio cinematografico, vi troviamo infatti l'accelerazione, il rallentamento, la sparizione, la sintesi ecc. I momenti più drammatici sono talora affidati a narratori interni, mediante la tecnica del 'racconto inserito', o l'uso del documento. Il clima di tragedia, legato ad un mondo sconvolto dalla guerra, non esclude i momenti di sorridente ironia o le visioni tenere e delicate. Su tutto domina la pulizia della forma, la chiarezza, anzi la trasparenza dell'esposizione: caratteristiche ben rese dall'ottima traduzione in lingua italiana.

L'A. non ha intenti letterari, e tuttavia il libro ha anche pregi letterari, che si scorgono sin dall'introduzione. Questa si apre con la bella descrizione della situazione paesaggistica e ambientale, intrecciata con indicazioni temporali. La serena raffigurazione del paesaggio svizzero, ricca di notazioni cromatiche, non è un elemento superfluo, di decorazione, ma ha un valore strutturale, cioè nasce dall'osservazione dei luoghi familiari all'autore, luoghi dai quali ben presto sarà catapultato in spazi lontani e in vicende drammatiche. Il passo descrittivo ha un ritmo lento che suggerisce il ritmo della vita normale del giovane medico Junod nell'ospedale di Mulhouse. Poi improvvi-

samente tutto cambia con l'arrivo di una telefonata da Ginevra, con cui gli viene proposta una missione in Etiopia, come medico accompagnatore del Comitato di Croce Rossa. La telefonata è il vero operatore dinamico che innesca il meccanismo dell'azione. Allora il ritmo della pagina diventa mosso, veloce, con l'introduzione del dialogo molto serrato.

L'alternarsi di passi descrittivi, di scorci paesaggistici di grande bellezza, e di scene concitate, con ritmi narrativi veloci, sarà una caratteristica di tutta l'opera.

Il viaggio costituisce come un filo rosso che collega le varie parti: è un viaggio reale del giovane medico in tutti i teatri di guerra, dall'Etiopia alla Spagna, dalla Germania alla Francia e alla Polonia, dalla Grecia all'Estremo Oriente, fino al desolato silenzio di Hiroshima dopo il lancio della prima bomba atomica.

Ma il libro risulta soprattutto un viaggio attraverso l'immane tragedia delle guerre.

Elemento ricorrente è allora il contrasto fra il descrittivismo ambientale, con felici puntualizzazioni di paesaggio, e la bruciante drammaticità dell'orrore, della miseria, delle sofferenze di un mondo sconvolto. Ad esempio, nella prima parte, dopo la descrizione dell'incantevole paesaggio della Bassa Etiopia, caratterizzato dalla rigogliosa vegetazione e dominato dal silenzio e dalla quiete, l'A. descrive con grande forza icastica la violenza dei bombardamenti, persino sulle ambulanze della Croce Rossa, e la visione straziante degli Abissini colpiti dall'iprite.

Allo stesso modo, nella II parte, dedicata alla guerra civile spagnola, c'è un'opposizione dialettica fra le descrizioni del paesaggio e le scene di miseria e di angoscia della rivoluzione: le abitazioni di Bilbao rase al suolo, la folla inferocita che cerca di affondare le navi dove sono rinchiusi gli ostaggi, le esecuzioni sommarie, le torture praticate nelle carceri e descritte attra-

verso la lettera di un prigioniero. Viene in mente "Omaggio alla Catalogna" di Orwell, un testo ormai classico del '900. C'è il rovesciamento di tutti i valori: nessuna pietà per l'ammalato, per il moribondo. Unica luce nell'orrore della guerra civile è la presenza della Croce Rossa che, con una difficile ed infaticabile opera di mediazione, si occupa dello scambio degli ostaggi, ma anche della distribuzione delle sue magre risorse alla popolazione affamata.

Alla II guerra mondiale sono dedicate la terza e la quarta parte del libro. Qui il tono lucidamente documentario, la sicurezza dell'osservazione, l'impeto realistico fissano con drammaticità certe vicende nelle loro più sconvolgenti dimensioni, realizzando veramente ciò che Thomas Mann voleva dire quando parlava dello scrivere come di una fusione fra sofferenza e forma. Avviene raramente di sentire raccontare cose tanto atroci con tanta serenità, che non esclude il dramma, ma lo domina con grande coraggio morale. La vita vissuta urge nella prosa di Junod che riesce a darci un documento dell'inutile conflitto, un documento ammonitore, capace di ispirare l'orrore nei confronti di tutte le guerre e di gridare il diritto degli uomini alla vita.

Particolarmente toccante è la descrizione della Polonia sconfitta, affamata e costretta all'armistizio. Non meno efficace risulta la descrizione della Grecia del 1941, occupata dai nazifascisti: l'infelice popolo greco muore di fame fra i suoi templi, i colonnati e i marmi eterni, mentre gli occupanti praticamente lo abbandonano alla sua sorte. Unica speranza è, ancora, una volta, la Croce Rossa.

E tuttavia l'Autore sa che le sue uniche armi sono le due Convenzioni del '29 riguardanti la protezione dei feriti e l'assistenza ai prigionieri, e soprattutto lo 'spirito di Croce Rossa', l'unico che possa fare miracoli quando

nessun diritto tutela l'uomo che soffre e che appartiene al mondo unicamente in virtù della sua sofferenza.

Ma le pagine più sconvolgenti si trovano nella IV parte, quella riferita alla tragedia di Hiroshima.

Il titolo del capitolo XX è abbastanza eloquente: "La città morta".

Le immagini allucinate ed irreali delineano i contorni di un mondo desolato; la natura è preda di una profonda corrosione e degradazione e la vita assume le sembianze della morte. Le immagini della carne offesa e distrutta e il linguaggio apocalittico visualizzano l'orrore.

La descrizione del lancio della bomba atomica e dei suoi effetti immediati è affidata ad un narratore di II grado, un giornalista giapponese il quale descrive minuziosamente a Junod le vicende del 6 Agosto 1945.

Con il desolato silenzio di Hiroshima annihilata dalla bomba atomica si conclude l'esperienza conoscitiva ed emotiva dell'A. attraverso il decennio più drammatico del '900.

Il suo racconto ha apparentemente la neutralità della cronaca, ma implica un giudizio morale teso e consapevole, anche se sottinteso.

Potremmo attribuire a lui le parole del generale Mac Arthur riportate a pag. 258: "La forza non è la soluzione dei problemi... La forza non è niente. Non ha mai l'ultima parola... Con le armi di oggi e quelle del futuro, un nuovo conflitto non lascerebbe sopravvivere nulla che valga la pena di menzionare. Che cosa avverrà se, tra l'oggi e il domani non si tenterà tutto il possibile per salvare l'uomo da se stesso?"

È l'interrogativo drammatico che Junod consegna agli uomini del nostro tempo.

LE INFERMIERE VOLONTARIE CRI LE PRIME DONNE IN DIVISA AL FRONTE NELLA GRANDE GUERRA

Maria Enrica Monaco

Ispettrice Provinciale Infermiere Volontarie
Delegata Provinciale alla Storia della Croce Rossa Firenze

Le Infermiere Volontarie della Croce Rossa nascono ufficialmente a Roma nel 1908 anche se le prime scuole in Italia erano già sorte nel 1906 a Milano, nel 1907 Firenze.

L'Italia seguendo l'esempio di altre nazioni, nel 900 aveva iniziato a reclutare "personale specializzato femminile fra le socie della CRI pronto ad intervenire in caso di conflitto o calamità naturale".

Il primo impiego in emergenza fu per le vittime del terremoto calabro siculo: nel dicembre 1908 circa 60 infermiere partirono per le zone colpite.

Il 24 maggio 1915 l'Italia entra in guerra contro l'Austria-Ungheria.

Viene nominata Ispettrice Generale Elena di Savoia Aosta, moglie di Emanuele Filiberto Comandante della 3^a Armata.

Sono rimaste poche le testimonianze scritte relative al servizio delle Infermiere: solo alcuni diari personali e stralci di lettere.

I dati ufficiali, sull'attività delle II.VV., di cui disponiamo furono raccolti dalla Segreteria Generale di allora: la Professoressa Emilia Anselmi Malatesta che scrive:

"L'Ispettorato generale delle Infermiere Volontarie della CRI fu impiantato dal nulla" e ancora: "nei giorni seguenti la dichiarazione

di guerra in tutta Italia, venivano mobilitate Infermiere Volontarie per i numerosi Ospedali Territoriali e partirono le prime Infermiere Volontarie destinate inizialmente ai soli servizi sui treni ospedale.

Le Sorelle erano scelte dai Comitati di appartenenza e avevano l'ordine di tenersi pronte a partire nelle 24 ore in caso di Mobilitazione dell'esercito."

All'entrata in guerra era in vigore il primo regolamento del 1909 che limitava il servizio delle Infermiere Volontarie agli Ospedali territoriali e alle Unità mobili (treni e navi ospedale).

Il treno ospedale, dal giugno 1915, fu il *primo* e il solo servizio per il quale le Infermiere potessero aspirare all'onore di entrare in zona di guerra.

Le Infermiere sui treni ospedale erano 4 per ciascun treno compresa la Capogruppo.

Alcuni gruppi prestavano servizio per settimane consecutive, poi i turni furono più leggeri. Grazie ai treni per la prima volta al fronte giunsero delle donne in uniforme: le Infermiere Volontarie!

Il Ten. Generale Medico Prof. Ferrajoli nel "Giornale di Medicina Militare" riporta: "la Guerra 1915-18 impose al servizio sanitario di affrontare il grave problema degli sgomberi,

fino ad allora mai presentatosi in termini e dimensioni tanto massicci. Per gli sgomberi a grande distanza si fece largo uso della via ferroviaria: l'esercito allestì 59 treni attrezzati (da 270 a 360 posti ciascuno), la Croce Rossa Italiana 23 treni ospedale, in grado di trasportare ciascuno 300 infermi caricati in lettucci-barelle e il Sovrano Militare Ordine di Malta 4 treni ospedale, capaci ciascuno di 306 posti barella.

Dal maggio 1915 all'ottobre 1918, i soli treni ospedale della Cri trasportarono ben 835.501 infermi, eseguendo 4572 viaggi.

Dall'estate 1915 la presenza delle crocerossine vista dapprima come un "evento" divenne poi una consuetudine.

Sorella Tommasina Baldi di Firenze si trovava sul treno ospedale N° 17 pochi giorni dopo la dichiarazione di guerra, così viene riportato:

“Durante una breve sosta a Cormons nell'agosto 1915 su cui spesso si accaniva il cannone nemico, essa e le sue compagne intesero dire che nell' ospedaletto CRI N° XI, appena impiantato, affluiva il lavoro e mancava il personale. Riuscirono comunque a farsi accettare come infermiere volontarie e vinta, con il lavoro, con il tatto, con la perizia e la serietà, la diffidenza dei medici, ne guadagnarono poi talmente la fiducia e la stima che con essi organizzarono l'ospedale, malgrado disagi e difficoltà di ogni genere. L'esempio di questo ospedale, invogliò altri Direttori a richiedere infermiere volontarie. Iniziarono così regolari invii in zona di guerra”.

Da allora troviamo le infermiere in servizio lungo tutta la linea del fronte, a Gradisca, all'ospedale 235, la linea più avanzata dove svolsero servizio.

Scrivono così una Sorella: “siamo sulla riva dell'Isonzo proprio sotto il San Michele, fra Gradisca e Sagrado. Il nostro ospedale è il più avanzato di questa linea e così, durante le azioni, riceviamo i feriti dalle trincee, appena smistati dalle sezioni di Sanità, quelli con il cartellino colla scritta “urgente”. Hanno ancora la loro divisa di combattimento, tutta sporca di fango e di sangue, perché in questi ospedali avanzati riceviamo solo i più gravi”.

Per la maggioranza le Infermiere furono apprezzate dai medici con cui lavoravano.

Il Dott. Soldani, medico militare al fronte a Gradisca, scrisse un diario: “Dal fronte del sangue e della pietà” in cui si può leggere: “Si teme un'offensiva Austriaca in grande stile, a me rincresce vedere allontanata dal mio reparto l' I.V. Sorella Caterina Bosio di Firenze, non so se più seria, più brava o più buona. Da che c'è lei, il mio reparto non si riconosce più!”.

Le infermiere volontarie erano presenti al fronte:

- negli ospedaletti da campo (fino 50 letti) in N° di 2
- negli ospedali da campo da 4 a 6 a sec. la necessità
- nelle ambulanze chirurgiche d'armata (istituite nel 1916) in N° di 4

Prestarono servizio in queste ambulanze, le più avanzate.

Così scrive una Sorella di Torino in servizio presso la 4° ambulanza chirurgica d'armata nel maggio 1917: “Trovo tutte figliole magnifiche, forti di spirito e meravigliose nel lavoro”.

Dormono su brande da soldato due o tre insieme in piccole stanzette. C'è tanto lavoro... la corsia dei cranici sembra una bolgia infernale.

Sono quasi tutti in delirio, come impazziti, spesso dal loro naso gocciola materia cerebrale... quasi tutti moriranno...”.

La ritirata di Caporetto nell' ottobre 1917 fu particolarmente dolorosa anche per le Infermiere: le troviamo ancora in servizio negli ospedali ed ospedaletti lungo il fronte in ritirata.

Tre Infermiere nel momento della ritirata di Caporetto furono fatte prigioniere e una volta riunite furono avviate , nel gennaio 1918, al campo di concentramento di Katzenau presso Linz. Nel lungo internamento soffrirono i rigori del clima e privazioni.

Solo dopo 5 mesi furono rilasciate.

Alla fine della guerra furono mobilitate: 1.320 Infermiere Volontarie al fronte (dall'estate 1915 al dicembre 1918) per un totale di 7.320 a fine guerra.

Le prime crocerossine che si recarono in zona di guerra andarono sotto *propria responsabilità* e anche con propri mezzi.

Dovevano rilasciare una dichiarazione con la quale l'infermiera si assumeva tutta la responsabilità di ciò che sarebbe potuto succederle:

“Io sottoscritta, avendo volontariamente chiesto ed ottenuto di prestare servizio presso le unità mobili, per dare l'opera mia a favore dei nostri combattenti feriti o malati, dichiaro formalmente di assumere tutta la responsabilità delle conseguenze, che dal detto servizio ne potessero derivare”.

La Duchessa d'Aosta si era stabilita, a Villa Canciani a San Giorgio di Nogaro, per essere più vicina al fronte. Da là giornalmente faceva visita in automobile alla sue infermiere “sue figliole” per strade spesso battute dal cannone.

Scrivere una sorella:

“Di letto in letto parlò a tutti i miei feriti, confortandoli e mi lasciò più coraggiosa e forte, più tranquilla al mio dovere”.

Accanto all'Ispeatrice Generale, la Marchesa Anna Torrigiani e successivamente Donna Maria Caffarelli Carrega, entrambe Dame di Palazzo e infermiere della Croce Rossa. Anna Torrigiani nel suo “Diario di guerra” scrive:

“febbraio 1916: Andate a Cormons per portare indumenti ai soldati dell'ospedale CR.11 quando a circa 100mt. dal passaggio a livello di Cormons, una granata è caduta sulla nostra destra nel campo a circa 80 mt. dall'automobile...”

Da principio le Infermiere venivano chiamate “Dame” e vestivano in borghese con il solo bracciale di neutralità, poi fu proibito alle infermiere portare al fronte altro abito se non l'uniforme regolamentare.

Al fronte chiunque portasse il bracciale di neutralità recante la croce rossa doveva esser in possesso di apposito foglio di riconoscimento che ne certificava l'appartenenza al personale sanitario. Sorella Piccinini da San Michele di Verona il 22 novembre 1917 scrive alla sua Ispeatrice: “ho ricevuto il bracciale (di neutralità), grazie, ma avrei bisogno anche del libretto personale di riconoscimento che è necessario in modo assoluto quando uno viaggia in zona(di guerra)...”

A fine guerra si possono contare:

3 Infermiere Volontarie furono fatte prigioniere

32 Infermiere Volontarie decedute in attività di servizio

(18 di queste a causa della “spagnola o bronco polmonite influenzale”)

Fra queste voglio ricordare :

Sorella Margherita Kaiser Parodi deceduta in attività di servizio a Trieste il 1 dicembre 1918. L'unica donna ad essere sepolta nel cimitero di Redipuglia sulla cui tomba è scritto: "A noi, fra bende, fosti di carità l'ancella. Morte fra noi ti colse... resta con noi, Sorella".

Sorella Anna Torrigiani deceduta in attività di servizio a Firenze il 30 dicembre 1917, Dama di Palazzo dell'Ispettrice Generale.

Sorella Bianca di Prampero deceduta in attività di servizio a Udine l'8 dicembre 1915, figlia dell'illustre Senatore veterano di Castelfidardo e vice Presidente di Croce Rossa.

Sorella Rhoda de Bellegarde de St.Lary deceduta in attività di servizio a Stigliano Veneto il 13 ottobre 1918 e lì sepolta.

La Sorella è stata campionessa italiana dei primi Campionati Nazionali femminili di tennis nel 1914.

Sorella Elena Riccomanni deceduta a Udine il 5 settembre 1916 in attività di servizio. La Sorella contrasse una grave infezione mentre

assisteva i prigionieri: austriaci, tedeschi, slavi, bulgari.

Questi in segno di riconoscenza compo-
sero per lei una corona bianca, con scritto:
"Schwester-sorella".

Le Infermiere furono le prime donne ad essere insignite di Medaglia al Valor Militare.

Tra esse vogliamo ricordare la Duchessa Elena d'Aosta, insignita di Medaglia d'Argento al Valor Militare, a San Giorgio di Nogaro il 15 marzo 1917. Sorella instancabile nella sua attività e figura insostituibile per le sue infermiere volontarie.

Alla fine della guerra in totale le I.V. furono decorate di:

- 42 Medaglie al Valore
- 90 Croci di guerra
- 15 Encomi solenni
- 6 Royal red cross di 1° classe
- 15 Royal red cross di 2° classe
- 12 Medaille(s) d'honneur des epidemies
- 2 Medaglie al merito francesi

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA

S.A.R. Elena D'Aosta "Accanto agli Eroi"- Diario di guerra, Roma 1930

NERINA Gigliucci "8 I. V. morte in servizio di guerra" Commemorazione tenuta al Lyceum di Firenze il 3/5/1919, Tipografia Pacinotti - Pistoia 1919.

NERINA Gigliucci "In memoria di Marianna Denti di Pyraino" Tipografia Ariani, Firenze 1948.

NERINA Gigliucci "Le I.V. della CRI in zona di guerra e di armistizio dal 1915 al 1919".

NERINA Gigliucci "Emma Batoli", Ediz. Rinaldi, Firenze.

NERINA Gigliucci "Nerina un'antologia", Tipocolor, Firenze 1965.

NERINA Gigliucci "Biografia".

"La Croce Rossa Italiana (memoria popolare)" Roma 1915.

ACHILLE Mauro "I Cappuccini e la CRI Italiana", Giannini Editore 1987.

"La Guerra Italiana", Edit. Sonzogno, Milano volume 1, 2, 3.

LUCA Fabio "La 1°G.M." Editrice Riuniti 1998.

STEFANIA Bartoloni "Donne al Fronte", Saggi Marsilio, Venezia 2003.

M. LUISA Perduca "Un anno di ospedale" F.Ili Treves Ed.

C.R.I. "Regolamento per ambulanze-scuole", Roma 1909.

MARIA Bonetti "Diario del mio servizio in zona di guerra 1916-1917".

"Croce Rossa", Supplemento a "L' Illustrazione Italiana", F.Ili Treves Ed. Milano 1917.

"Giornale di Medicina Militare", 1933.

ANNA Torrigiani "Diario di guerra", Arte della Stampa, Firenze 1923.

GUGLIELMO Cignozzi "Primavere di Sangue" episodi e meditazioni di Guerra, Milano 1934.

SILVIA Treves "Memorie. Diario di guerra di una crocerossina fiorentina (1917-1918)". In rassegna storica toscana-1974 n°2 p. 235.

G. Massarotti "Ospedalizzazione militare in guerra", Rava e C. Ed. Milano 1915.

LA CROCE ROSSA INTERNAZIONALE E LA SANITÀ MILITARE NELLA STRAGE DI CEFALONIA

Paolo Paoletti

Cefalonia è nota in Italia per essere stata la più sanguinosa strage compiuta dai nazisti contro soldati e ufficiali italiani prigionieri di guerra. Padre Romualdo Formato, cappellano militare della divisione Acqui ha scritto che una missione della Croce Rossa Internazionale arrivò sull'isola una ventina di giorni dopo la strage, quindi nell'ottobre 1943, e questo lo venne a sapere ad Atene, allora città aperta', quando vi soggiornò tra il 20 novembre e il 6 dicembre. Non è mai stata fatta alcuna ricerca archivistica su questo rapporto.

Cefalonia è anche l'unico eccidio di massa in cui rimangono coinvolti medici e infermieri della sanità militare. Né nell'immaginario collettivo e neppure nella storiografia italiana ed estera, si è messo l'accento su questo fatto aberrante. Nel mio ultimo libro *"Cefalonia 1943 una verità inimmaginabile"* riportavo la testimonianza del s.ten. medico Pietro Boni: *"Furono fucilati pure tre medici e sessanta soldati della*

44a sezione sanità, sebbene muniti di regolamentare bracciale di neutralità e dopo aver addirittura presa visione delle loro tessere della Croce Rossa Internazionale". Il bilancio in verità è ancora più pesante: furono uccisi 66 infermieri e 5 medici su 20 (il cap. Alberto Veneziani, il ten. Ferdinando Pachy,¹ il s.ten. Vincenzo Condemi, il s.ten. Roberto Napolitano e il ten. Giuseppe Ambrosini).²

Due mesi fa quando sono state rese note le motivazioni dell'archiviazione del procuratore di Dortmund, titolare dell'inchiesta tedesca, si è potuta leggere la testimonianza del soldato J. Schallhart della 12./98³ il quale dichiarava: *"Un'unità sanitaria aveva piantato le sue tende nell'entroterra. Proprio da lì arrivò il fuoco che ci cacciò nel fossato, noi che stavamo lì a morire di sete. Ma perché sparano gli infermieri? E poi questi infermieri vogliono essere considerati prigionieri? ...Dopo che la compagnia davanti a noi aveva ottenuto che il fuoco cessasse, il nostro*

¹ "Il ten. Pachy Ferdinando, il capor. magg. Cannatelli G. Battista e i soldati di sanità Isolani Umberto e Rognoni Giuseppe sono fucilati la sera del 21 settembre mentre tornano a Francata", in Nisticò L., *I medici militari italiani nella Resistenza all'estero*, in «Rivista Militare», 1994, p. 112.

² "Sempre il 21 viene catturato e fucilato, insieme ai militari del III/317° Rgt. Ftr., il s.ten. me. Roberto Napolitano... il s.ten. me. Condemi Vincenzo nel vallone di S. Barbara, mentre il ten. me. Giuseppe Ambrosini, catturato assieme ai resti del II/17° Rgt. Ftr. viene fucilato a Troianata", come sopra.

³ = 12° compagnia del 98° reggimento.

maresciallo tornò dal comando tattico portandoci l'ordine di fucilare gli italiani che avevano opposto resistenza alla compagnia prima di noi. Rifiutarsi era completamente inutile, perché la sorte aveva deciso contro di noi in quanto avevamo l'arma adatta, la mitragliatrice pesante, che si mise in una posizione al riparo, dovendo aprire il fuoco su un gruppo di circa 35 uomini che vennero spinti contro un muro. Tutti chiusero gli occhi, probabilmente anche il mitragliere. Per tutti quanti noi questo divenne il trauma della nostra vita". Ammesso e non concesso che la strage di medici e infermieri sia avvenuta a causa del fuoco proveniente dalla zona dove era l'ospedale da campo 44 a Valsamata, questo non spiega che quattro medici e 31 infermieri siano stati fucilati in altre località dell'isola, distanti tra loro, prima e dopo l'episodio sopra descritto. Il ten. Pachy e tre barellieri che tornavano all'ospedale furono presi e portati in un gruppo di morituri. Il cap. medico Veneziani di Firenze si trovava a S. Eufemia sulla costa orientale a curare i malarici, era quindi molto distante da Valsamata. Nonostante non ci fosse stata resistenza italiana nella zona e fosse rimasto ferito, fu finito con un colpo di pistola alla testa.

Secondo noi questi crimini di guerra non furono frutto dello scatto di nervi di qualche ufficiale isolato che si sentì sparare addosso. Viste le cifre (una settantina tra medici e infermieri) questi omicidi possono esser letti anche al contrario: fu applicato solo parzialmente l'ordine verbale di non fare prigionieri a Cefalonia, che fu dato agli ufficiali tedeschi il 16 settembre, prima del loro imbarco per invadere l'isola. Potrebbe essere che la maggior parte degli ufficiali e dei sottufficiali tedeschi abbia rispettato le convenzioni internazionali e non abbia eseguito l'ordine speciale di Hitler per Cefalonia

del 18 settembre che ordinava appunto di non fare prigionieri.

Restano allora le domande: perché solo a Cefalonia il simbolo della Croce Rossa perse il suo significato? Perché fu calpestata la convenzione di Ginevra per il personale sanitario ma non per i cappellani militari? I cappellani avevano la croce rossa sul taschino sinistro della giacca, i medici e gli infermieri portavano il camice bianco sulla divisa e una fascia con la croce rossa sul braccio sinistro. Tutti erano facilmente distinguibili dai comuni soldati ma vennero risparmiati solo i cappellani. Perché?

Se l'uccisione di medici e infermieri avviene solo a Cefalonia, la causa non può venir cercata nel cosiddetto tradimento italiano dell'8 settembre e neppure nella resistenza militare opposta dalla divisione. Infatti il massacro di medici e infermieri avvenne solo a Cefalonia ma la resistenza ci fu in molte altre località in Italia e in Grecia. Hitler nel suo ordine speciale per Cefalonia aveva scritto: "a Cefalonia a causa del comportamento ingannevole e proditorio tenuto dalla guarnigione italiana non deve essere fatto alcun prigioniero italiano". Questi medici e infermieri, che avevano curato i feriti italiani e tedeschi, non avevano certo tenuto un comportamento ingannevole e proditorio. Il tradimento era un reato "passivo", il "peccato originale" di tutti gli italiani, con o senza divisa, per cui non c'era ragione che ne pagassero le conseguenze anche gli infermieri e i medici di Cefalonia. Rimaneva la colpa "attiva", quella di essersi ammutinati. È questa, secondo noi, la spiegazione sfuggita agli storici italiani e tedeschi: i medici e gli infermieri potevano perdere i loro diritti internazionali, di norma riconosciuti e rispettati dai tedeschi, e diventare "banditi", "franchi tiratori" senza divisa, non in virtù di ragioni militari ma morali: quelle

di appartenere ad una divisione il cui comandante, l'11 settembre aveva trattato con i tedeschi il passaggio della divisione nel loro capo per combattere in Italia al loro fianco e poi il 14 settembre scriveva al comando germanico che la divisione si rifiutava di eseguire il suo ordine di cedere le armi. Secondo noi, le uniche colpe di cui potevano essere accusati medici e infermieri erano quelle di essere stati partecipi o solidali con l'ammutinamento della divisione, denunciato dal comandante, gen. Antonio

Gandin al gen. Hubert Lanz. In definitiva medici e infermieri pagavano per l'affermazione del loro comandante, il quale quattro giorni prima del famoso ordine del Führer di non fare prigionieri, aveva interrotto il suo comportamento ondivago, per dirla con Hitler ingannevole, prendendo le distanze dalla sua divisione con la frase: *“La divisione si rifiuta di eseguire il mio ordine di cedere le armi”*. Il gen. Gandin ha ricevuto la medaglia d'oro al valor militare nel 1948.

STORIA DI UN DELEGATO DEL CICR A HIROSHIMA

E. Distante, R. Ottaviani, P. Vanni

Ufficio storico della C.R.I.

“Hiroshima significa l'isola grande, era stata edificata sul delta del fiume Oto. Hiroshima aveva una popolazione di duecentocinquanta-mila anime e, in più, una guarnigione di quasi centocinquanta-mila uomini”

Il giornalista mi descrisse che fino a quel giorno la città non aveva subito molti danni.

Si erano registrate solamente due piccole incursioni: il 19 marzo ed il 30 aprile.

La mattina del 6 Agosto neppure una nuvola oscurava i cieli di Hiroshima, e una brezza delicata, quasi impercettibile, soffiava da sud. La visibilità si manteneva perfetta fino venti o venticinque chilometri.

Alle sette e nove minuti del mattino l'allarme aereo risuonò ed apparvero quattro B. 29 a nord della città: due di loro virarono e presero la via del sud, per scomparire in direzione del Mare di Shoho. Gli ultimi due sorvolarono dapprima i dintorni di Shukai, per scendere rapidamente verso sud, diretto verso il mare di Bingo.

“Alle sette e trentuno minuti echeggiò il cessato-allarme. Credendosi al sicuro, la gente uscì dai rifugi per dare inizio ad un'altra giornata di lavoro.

Pochi minuti dopo, però, un bagliore accendente, bianco e rosaceo, brillò repentino nel

cielo, seguito da una insolita vibrazione, poi subito da un'onda di calore soffocante e da un vento che spazzava via ogni cosa dalla sua corsa.

Migliaia di persone che si erano trovate per le strade e nei parchi, rimasero liquefatte da un'onda incandescente. Molti furono uccisi all'istante, altri presero a contorcersi al suolo, gemendo in agonia per il dolore lancinante causato dalle ustioni.

Costruzioni, case, fabbriche, ed ogni altro edificio fu spazzato via e i suoi rottami furono catturati in un vortice e aspirati verso il cielo; i tram invece furono trascinati in alto e scagliati via, come se non avessero peso.

Cavalli, cani e mucche subirono lo stesso destino.

Ogni cosa vivente rimase pietrificata.

L'incendio ridusse in polvere gli alberi, le piantine di riso perdettero il loro colore.

Le abitazioni collassarono in una rovina di travi, mattoni e sbarre. Fino a quattro o cinque chilometri dall'epicentro dell'esplosione le case furono schiacciate come scatole di cartone.

Di quei pochi che avevano potuto allontanarsi indenni, la gran parte perì nei venti o trenta giorni che seguirono, per gli effetti ritardati dei letali raggi gamma.

Mezz'ora dopo, anche se il cielo di Hiroshima si manteneva limpido, una pioggia fine prese a cadere sulla città, e seguì per quasi cinque minuti.

Era sta generata dall'improvvisa ascesa ad alta quota dell'aria surriscaldata, dove si era condensata e da dove era ricaduta. Si alzò un vento irresistibile e l'incendio si alzò con devastante rapidità, perché buona parte delle dimore giapponesi sono fatte soltanto di erba e paglia.

Verso sera il fuoco incominciò a spegnersi, e si estinse del tutto. Non c'era più niente che potesse bruciare. Hiroshima aveva cessato di esistere”.

L'interprete giapponese disse con mal celata emozione: “Guardi”.

I tetti delle case intorno a noi erano crollati e l'erba lungo tutta la strada era divenuta gialla.

A cinque chilometri le abitazioni erano demolite, le loro coperture erano crollate e qua e là le travi spiccavano tra le pareti spoglie.

A quattro chilometri dal centro dell'abitato, tutti gli edifici erano crollati o seriamente danneggiati: rimanevano solamente tracce delle fondamenta, umidi detriti e di ferraglia arrugginita o carbonizzata.

Per due chilometri non c'era più niente, ogni cosa era scomparsa.

Una fredda desolazione carica di macerie e di travi sconnesse. L'alto incandescente del fuoco aveva ridotto in cenere ogni ostacolo, e tutto ciò che si vedeva ancora in piedi, da qualche parte, erano pilastri e alcune stufe, rimaste chissà perché al loro posto.

Un gelido silenzio incombeva sulla intera necropoli. Neppure un sopravvissuto sotto le macerie.

Il Professor Sutsuki procedeva in testa.

Individuò le rimanenze di un edificio, le cui fondamenta andavano giù, forse, per cinque o seicento metri.

“Qui era un ospedale, signori. Duecento posti letti, otto medici e venti infermiere. Ognuno di loro è rimasto ucciso, insieme a tutti i loro parenti. È il naturale esito di una irradiazione atomica”.

Il Professore accompagnava i suoi colleghi medici verso gli ospedali.

Era in quei luoghi che le immagini più atroci ci aspettavano.

Quelli “ospedali” erano stati allestiti nelle periferie della città, nelle poche costruzioni che erano scampate alla rovina. Qui si trovavano ricoverati decine ed in qualche caso centinaia di feriti.

Non c'erano letti, non c'era acqua, non c'erano attrezzature sanitarie e mancava un'assistenza medica adeguata.

Una delle prime strutture era stata in precedenza una scuola diroccata solamente in parte. Ottanta pazienti giacevano atterra sul pavimento nudo, non c'era niente per ripararli dalla pioggia o dall'umidità della notte.

In tanti casi le loro ferite erano ancora aperte e intorno si annidavano nugoli di mosche. Soltanto scarsi pezzi di pomata erano disponibili, al posto delle bende si ricorreva alle bande di stoffa ruvida. Erano tutte le cure che una decina di infermiere, assistite da forse una dozzina di ragazze, di un'età compresa tra i dodici ed i quindici anni, potevano offrire ai loro pazienti.

Il Professor Sutsuki portò alla nostra attenzione una donna in stato di semi coscienza. Il fuoco le aveva sfigurato la faccia.

“Setticemia, globuli bianchi quasi interamente distrutti. Raggi gamma. Niente da fare. Sarà deceduta questa notte o al più tardi nella mattinata di domani”.

Entrammo nell'ospedale della Croce Rossa giapponese, un tempo all'avanguardia.

Adesso non c'era più un vetro alle finestre, e tutte le strumentazioni di laboratorio erano inservibili. Seicento, su un migliaio di pazienti ricoverati, erano deceduti nei primissimi giorni, ed erano stati inumati come possibile nei terreni vicini all'ospedale.

Migliaia di corpi abbandonati, sofferenti e lasciati a giacere nel pavimento; migliaia di facce edematose ustionate; le schiene ulcerate; le braccia in suppurazione, legate in alto per evitare ogni contatto con le fasciature.

E ciascuna di quelle creature accusava un numero infinito di sofferenze.

Quelle maschere sfigurate avrebbero portato inciso addosso, per sempre, l'orrore di cui erano state vittime e testimoni.

Il Professor Sutsuki proseguiva a voce alta: "Ogni persona qui dentro, è perduta. Questo ha una necrosi anginosa. Quest'altro una leucopenia. Il più delle volte non è possibile praticare le trasfusioni di plasma: i vasi sono bruciati".

Arrivammo in un ripostiglio nel giardino in fondo. Sutsuki levò in alto il lenzuolo, per sco-

prire i due cadaveri carbonizzati che giacevano al di sotto.

Dichiarò: "Pare che i decessi siano da attribuirsi ad una forma severa di anemia aplastica acuta con leucopenia, seguita dalle solite complicazioni: infezioni, setticemia...".

Si voltò verso la mia direzione, brandendo una sezione di encefalo congestionato e insanguinato, e concluse con un tono scherzante:

"Ieri i conigli; oggi i giapponesi".

Una mattina un giovane collega giapponese mi accompagnò fino al treno che mi avrebbe riportato nella capitale.

Le lancette dell'orologio, rimasto appeso su quanto che rimaneva del frontale della stazione, erano state fermate dal fuoco alle ora otto e quindici del mattino.

Per la prima volta, forse, nella storia dell'umanità, la nascita di una nuova era si vedeva scritta nel quadrante di un orologio.

Quale museo avrebbe custodito quella reliquia della storia...

IL CORPO MILITARE DELLA CROCE ROSSA ITALIANA A TRIESTE – UN RITORNO

Riccardo Romeo Jasinski

Comandante del XVII Centro di Mobilitazione
del Corpo Militare della C.R.I. di Trieste

La memoria è un bagaglio di cui non ci dobbiamo vergognare ma deve, anzi, servire di arricchimento per tutti noi che portiamo avanti le tradizioni di un corpo nato 141 anni fa, con la costituzione di “Squadriglie di Soccorso”. Erano queste le prime formazioni per il soccorso ai malati ed ai feriti in guerra, il cui personale era assoggettato alla disciplina militare con l'adozione dell'uniforme e l'equiparazione gerarchica ai gradi dell'Esercito e costituivano così la prima struttura del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana (C.R.I.) che partecipò alla 3° Guerra d'Indipendenza.

La legge che regola lo status del personale del Corpo Militare è del 1936 (Regio Decreto 10 febbraio 1936, n. 484) e prevede nella sua organizzazione territoriale i Comitati Provinciali (oggi sostituiti dai Comitati Regionali) Centri di Mobilitazione, con il relativo numero d'ordine e l'indicazione della corrispondente giurisdizione territoriale ed il suo numero identificativo è espresso in caratteri romani. Il numero era XVI ed il territorio era quello delle provincie di Fiume, Lubiana, Pola e Trieste come sede del Centro di Mobilitazione.

Con il Trattato di Parigi del 1947, l'Italia perdeva alcuni suoi territori e alla luce di ciò la C.R.I. rivedeva la propria organizzazione di

Mobilitazione per cui il Centro veniva chiuso e le sue competenze trasferite al Centro di Verona.

Nel luglio 2006 la C.R.I. ha proceduto alla riorganizzazione territoriale dei suoi Centri, al fine di consentire un migliore reclutamento, addestramento e mobilitazione del personale del Corpo Militare e del Corpo delle Infermiere Volontarie C.R.I., con l'istituzione di nuovi Centri e la ricostituzione di alcuni che erano stati sospesi negli anni '50; avremo così un Centro di Mobilitazione per ogni Regione e per ogni Provincia Autonoma.

Il 12 aprile del 2007 è stato riaperto ufficialmente il Centro di Mobilitazione di Trieste con competenza territoriale sulla Regione Friuli Venezia Giulia (F.V.G.) e con l'assegnazione del numero progressivo XVII.

Ripercorriamo tutti questi anni di attività che hanno visto oggi come ieri i volontari che si iscrivono al Corpo Militare della C.R.I. riconoscendone i principi fondamentali e la collocazione all'interno di una organizzazione militare ausiliaria delle Forze Armate dello Stato; questo personale militare C.R.I. ha titolo per continuare a percorrere la strada di solidarietà, di aiuto e di soccorso ai più deboli che ha sempre contraddistinto la Croce Rossa.

Le prime notizie in nostro possesso parlano della Croce Rossa Italiana a Trieste allorché una delegazione di Sindaci delle città irredente (Trieste, Gorizia e Fiume) si reca al Comitato Centrale della C.R.I. a Roma per chiedere l'istituzione dei Comitati della Croce Rossa Italiana in quelle città (1919). Siamo alla fine della Prima Guerra Mondiale, e quella parte d'Italia fino a pochi mesi prima sotto il dominio Austriaco viene restituita all'Italia che ne aveva richiesto la sovranità per la presenza in quei territori di una forte comunità italiana.

Uno dei primi interventi svolti dal nuovo Comitato della C.R.I. è quello relativo all'assistenza alla popolazione di Fiume, quando viene attuata l'occupazione della città da parte di Gabriele D'Annunzio ed i suoi uomini che con questa azione provocano un blocco alla città ponendo in serie difficoltà le persone residenti. Pertanto la C.R.I. organizzo, inviò e distribuì alla popolazione latte condensato, materiali farmaceutici sanitari ed ospedalieri, biancheria.

Le altre attività che venivano svolte dalle nuove unità della C.R.I. appena costituite andavano dalla "Lotta contro la tubercolosi" fino alla creazione di "Ambulanze comunali di settore" dove accanto al servizio medico si svolgeva l'assistenza rionale nella città di Trieste. Non possiamo dimenticare che veniva organizzato un Servizio di pronto soccorso e di assistenza nelle occasioni di ammassamento di folle con automezzi e altri servizi ausiliari. Siamo negli anni '30 e già si pensava a come intervenire in situazioni che oggi chiamiamo di Maxi emergenze.

Un'altra guerra mondiale coinvolge anche la struttura della Croce Rossa Italiana; a livello nazionale e locale si predispongono gli atti per assistere le vittime dei conflitti, come per esempio la trasformazione di alcuni ricoveri di cura ospedaliera per feriti e malati di guerra, l'attiva-

zione dei messaggi della Croce Rossa, le attività legate alla Protezione Sanitaria Antiaerea.

Trieste venne coinvolta anche per la Missione di rimpatrio dei connazionali dall'Africa Orientale, che si svolse nel 1942 a seguito di accordi tra l'Italia e la Gran Bretagna ed il Comitato Internazionale della Croce Rossa.

Nel corso del conflitto mondiale erano alle dipendenze del Centro di mobilitazione di Trieste le seguenti unità sanitarie CRI:

- Stabilimento di cura specializzata di Valdoltra;
- Stabilimenti di P.S.A.A. (Protezione Sanitaria Anti Aerea) di Fiume
- Stabilimenti di P.S.A.A. di Trieste
- Stabilimenti di cura specializzata di P.S.A.A. di Abbazia
- Posto di Soccorso Ferroviario n. 58 di Lubiana

Al termine della guerra, la C.R.I. continuò ad operare nei suoi settori di competenza come l'Assistenza alle popolazioni ed ai reduci e, a seguito del trattato di pace, l'Assistenza alle popolazioni dell'Istria, e il suo lavoro continuò nello Stato Libero di Trieste prima e, poi, con il successivo ritorno all'Italia.

Nello specifico si occupo della Distribuzione regionale del materiale di soccorso proveniente dall'Argentina e dal Brasile (vestiti, biancheria, viveri, medicinali, scarpe e sapone) alle popolazioni residenti, la costituzione del "RA.DIS.PA." (Raggruppamento Distribuzione Pacchi) da effettuare in collaborazione con le Poste Italiane che si stavano riorganizzando e prevedeva la consegna di pacchi di viveri, ed altro genere che gli italiani emigranti inviavano ai loro parenti in Italia.

Inoltre uno dei compiti importanti era l'Assistenza negli ospedali ai reduci in quanto

Trieste era una via di rimpatrio dei prigionieri di guerra e pertanto si misero in atto tutte quelle iniziative per aiutare queste persone che rientravano in Italia da tutta l'Europa dopo anni di lontananza e di sofferenze a causa della guerra.

Dobbiamo pensare alla situazione in cui viveva il paese in quegli anni e la nostra organizzazione, allora aveva molti compiti, con un dato fra tutti, quello degli automezzi alla fine del 1947:

- 11 autoambulanze
- 3 autovetture (o autobus, autocarri o rimorchi)-

Questo ci fa comprendere le enormi difficoltà incontrate dal personale della C.R.I. nel svolgere il quotidiano lavoro che diventava complesso per la mancanza di risorse come gli autoveicoli od altro necessari a far funzionare la macchina dei soccorsi o dell'assistenza alla popolazione residente e non solo questa. Come abbiamo detto la C.R.I. di Trieste non solo aveva da assistere i cittadini ma era una via di rimpatrio per i prigionieri di guerra prima, poi i profughi dall'Istria e dalla Dalmazia e per finire continuò ad operare come Stato Libero di Trieste a seguito del Trattato di pace.

Presso il Comitato di Trieste è presente un archivio di circa 16.000 messaggi di Croce Rossa che, come previsto dalle Convenzioni di Ginevra, sono serviti nel secondo conflitto mondiale a scambiare le notizie tra persone che erano state catturate o internate ed i loro familiari come in questo caso residenti nella regione Friuli Venezia Giulia. Questo lavoro, portato avanti per tutto il periodo di guerra e negli anni successivi fino al ritorno di Trieste all'Italia (1954), è un bene inestimabile per tutta la comunità e deve essere salvaguardato e

protetto ma nello stesso tempo aperto per dare la possibilità di studio ed approfondimento a chi è interessato alla nostra storia.

Ritengo che un approfondimento debba essere fatto sulla partenza dal porto di Trieste delle navi per la missione di rimpatrio dei connazionali dall'Africa Orientale (1942) e sul ruolo svolto dalle unità C.R.I. e dal proprio personale militare nell'imbarco e stivaggio dei materiali.

Un altro aspetto da studiare è quello relativo all'Assistenza alle popolazioni dell'Istria.

Tutti, oggi, conosciamo dopo anni di oblio i dati di quell'esodo: 350.000 gli esuli italiani che abbandonarono le terre istriane e giuliane dal 1945 in poi, tra i 5/12.000 le vittime italiane di foibe e campi di prigionia (la stima è presunta a seconda degli istituti storici)

La C.R.I. sviluppo un'attività di assistenza Sanitaria con l'impianto dell'infermeria a bordo del piroscafo Toscana ed all'arrivo nei porti, il Trasporto dei profughi malati, con autoambulanze negli ospedali ai quali erano assegnati, il Ricovero dei bimbi predisposti alla tbc e per i quali furono messi a disposizione 200 posti nei preventori di Croce Rossa, la Creazione di posti di ristoro per profughi, presso le stazioni ferroviarie ed i porti, la Distribuzione gratuita di viveri, medicinali e di capi di vestiario ed oggetti di corredo, l'Istituzione e direzione di magazzini per la conservazione, lo smistamento e la successiva spedizione delle masserie dei profughi.

Basti pensare a ciò che venne organizzato in quel periodo per l'assistenza alla popolazione ed ai profughi:

- Posto di soccorso ferroviario
- Posto fisso di Pronto soccorso (P.za V. Veneto)
- Squadra di pronto soccorso n. 1 (P.za V. Veneto)

- Squadra di pronto soccorso n. 2 (Via S. Francesco)
- Squadra di pronto soccorso n. 3 (Via Farnese)
- Squadra di pronto soccorso n. 4 (Via Slapaper)
- Squadra di pronto soccorso n. 5 (Via Slapaper)
- Squadra di pronto soccorso n. 6 (Via Farnese)
- Formazione Assistenza profughi (Monfalcone)
- Formazione Assistenza Profughi (Pola).

Ma l'incremento delle attività si ebbe ulteriormente con la creazione dello Stato Libero di Trieste a seguito del Trattato di Pace del 1947, dove si verificò, per quanto ci riguarda, la soppressione del Comitato Provinciale di Trieste e del Centro di Mobilitazione e l'istituzione a Trieste di una Delegazione della Croce Rossa Italiana all'estero con un riconoscimento internazionale, avvenuto solo in parte, ma con il gradimento del Comitato Internazionale della Croce Rossa. Questa Delegazione all'Estero continuò l'attività della C.R.I. nel territorio sia per la popolazione residente che per tutti quelli che ne hanno bisogno; ma anche la C.R.I. subisce la perdita di tutti i nostri beni nell'Istria (vedi Ospedale Marino di Valdobbia a Capodistria).

Abbiamo trovato un ulteriore dato sull'organico del personale C.R.I. alla fine del 1947:

Personale direttivo:

1. Medici militari: 5
2. Medici civili: 11
3. Funzionari civili: 6
4. Ufficiali d'amministrazione: 6

Personale di assistenza:

1. Sottufficiali: 44
2. Graduati: 30

3. Militi: 15

4. Civili: 16

Per un TOTALE: 272.

Dopo il ritorno all'Italia di Trieste, con la ricostituzione degli organi collegiali, le attività continuano e si sviluppano, riprendendo gli impegni che la Croce Rossa Italiana ha su tutto il territorio nazionale sia nel quotidiano che nelle emergenze. Ecco la raccolta di materiale per la popolazione ungherese in occasione della Rivolta nel 1956, o l'assistenza alle popolazioni nell'ex Jugoslavia negli anni '90.

Per concludere, per quanto riguarda l'attribuzione del numero identificativo attuale al Centro di Mobilitazione di Trieste, ultimamente sono venuti alla luce dei documenti come l'Ordinanza Commissariale della C.R.I. n. 522-25 del 27/5/1944 relativa all'istituzione del Centro di Mobilitazione della C.R.I. in Sondrio con il numero romano "XVII", quando venne costituita la Croce Rossa dell'Alta Italia durante la Repubblica Sociale Italiana.

A questo punto è necessario un approfondimento delle notizie disponibili, dell'individuazione degli archivi e della verifica dei documenti in possesso e relativo riscontro sul territorio e questo è possibile con l'attività dell'Ufficio Storico Regionale della C.R.I. del Friuli Venezia Giulia (da poco costituito) ma ci deve essere Buona volontà !!!!! (TANTA...).

Oggi il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana è una realtà a Trieste ed in tutto il Friuli Venezia Giulia ed anche se le difficoltà di una ripartenza sono sempre tante, devo riconoscere che l'entusiasmo, la partecipazione, le idee costituiscono la base per operare in modo adeguato alle esigenze della Regione F.V.G. ed in qualsiasi altro luogo dove ci sia bisogno del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana.

BIBLIOGRAFIA

- BELOGI R.: Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, a cura del Comitato C.R.I. di Bergamo, Gorle (Bg), Editrice Velar, 1990.
- FREZZA A.: Storia della Croce Rossa Italiana; Roma, 1956.
- ZANOTTI-BIANCO U.: La Croce Rossa Italiana 1944 1947 – Tre anni di attività della C.R.I. Relazione del Presidente Generale; Stabilimento Grafico Giuseppe Menaglia, Roma, 1947.

LA SEZIONE AUTONOMA PER L'ASSISTENZA GIURIDICA AGLI STRANIERI AGIUS – SETTE ANNI DI ATTIVITÀ

Marisella Notarnicola

Referente responsabile Ufficio Storico di C.R.I.
Comitato Locale Genova

E' opportuno porre una premessa di carattere narrativo riguardante un'esperienza vissuta da una sorella infermiera volontaria prima di trattare l'argomento relativo all'assistenza giuridica offerta agli apolidi, ai cittadini stranieri, ai reduci ed agli internati che non hanno modo di tutelare i propri interessi.

Nello specifico si menzionerà l'opera dell'infermiera volontaria Adriana Gaja Lavagna matricola n° 2.163 dell'Ispettorato di Lucca che dopo numerosi servizi viene richiamata nel 1945.

“Nel 1945 feci tre servizi bestiali, faticosissimi, sudici e scomodi. Si trattava dei treni profughi. Avevamo a Lucca un centro profughi (provenienti clandestinamente dall'Alitalia attraversando gli Appennini quando era necessario). I profughi dovevano essere portati a Roma al centro Profughi Americano situato a Cinecittà e che comprendeva profughi e prigionieri di tutte le razze. Le linee ferroviarie nel centro Italia erano state distrutte: gli Americani le sistemarono quel minimo per far partire, la meglio, ogni tanto, un treno profughi. I treni erano carri bestiame; senza panche con un po' di paglia in terra. Per quasi due giorni e due notti si viaggiava così: ognuno in partenza riceveva dagli americani, scatole per il vitto e latte in polvere per i bimbi e neonati. Partivo da Lucca con circa

500 profughi. Io avevo in aiuto un solo milite. Tutta la responsabilità disciplinare e infermieristica era solamente tutta mia.

A Livorno lunga sosta e mi venivano consegnati anche un numero maggiore di profughi. Una volta ne ho portati a Roma 1200 circa. Impossibilità di passare da un vagone all'altro. Io radunavo nel mio vagone bestiame con paglia in terra i più bisognosi di assistenza. C'era di tutto. vecchi, giovani neonati, gente colta, gente del popolo, donne gravide, militari convalescenti, sofferenti di cuore eccetera eccetera. Gli americani mi avevano dato una grossa borsa contenente il pronto soccorso indispensabile. Ogni tante ore di giorno il treno (tutto di carri bestiame) si fermava in aperta campagna per i bisogni corporali per i mille e più profughi!!! Una volta ebbi appena nato un settimino che potei collocare in un cestino vuoto da frutta. Soltanto a Grosseto e Santa Marinella potevo spedire in quell'ospedale le partorienti e i più gravi. Potevamo soltanto lì trovare fontane per bere e una minestra calda che ci veniva offerta e la cui distribuzione provocava agglomeramenti e botte. Veniva distribuita in gavette che dovevano poi essere restituite. Noi sorelle non mangiavamo non bevevamo in quel pandemonio. Una volta dovetti ordinare la partenza del

treno senza che tutti avessero mangiato tanto si pestavano fra loro con rischi di guai gravi. Una volta a Livorno (ci si fermava ore intere prima che il lunghissimo treno di carri bestiame fosse completato) due partigiani esigevano di venire nel mio carro come se il mio carro non fosse identico: paglia in terra e basta. Non vollero capire che il mio carro era pieno completamente di gente che non stava bene. Dovetti ricorrere al comando americano che mise un poliziotto con lo sfollagente a difesa del mio carro. Dopo un ora cedette l'incarico ad un militare convalescente che con i suoi bimbi viaggiava dentro il mio carro. Finalmente si partì.

Di giorno ad una fermata per le necessità corporali un bimbo del militare convalescente che aveva difeso il mio carro urlò: "Ammazzano papà"...! I partigiani che non erano stati accettati nel mio carro strapieno di bisognosi di cure volevano vendicarsi uccidendolo. Potei farlo salvare da due avieri convalescenti. Giunti ad una stazione di Roma ci spolveravano tutti con DDT, buttandoci la polvere anche nei capelli e nel collo. Poi venivamo trasportati a Cinecittà. I profughi venivano sistemati in attesa di nuovi smistamenti nel sud. Molto male: nei saloni da presa del cinema diviso da reticolati, in ogni reticolato ogni famiglia un solo pasto al giorno. Noi sorelle dormivamo nelle camerette su brande con materassi e cuscini di paglia. Per il vitto si dipendeva dall'ospedale americano. Era interessantissimo poter avvicinare disgraziati di tutto il mondo. Conobbi anche russi coltissimi e incolti. Nessuno voleva tornare in patria. Odiavano il comunismo. Dicevano: "noi siamo russi e basta" siamo schiavi in casa nostra. Meglio morire che vivere così. Ci hanno tolto anche l'anima". Quando i russi rivollero i loro connazionali: partirono due navi una tornò indietro perché diversi russi si erano gettati in

mare. Avevamo Togliatti al governo e per questo nessun giornale osò parlarne. Soltanto l'Uomo qualunque di Giannini osò dire la verità. Anche Churchill e la Francia cedettero alla richiesta Russa restituendo i russi recalcitranti (alcuni si svenarono). Giunti in Russia, Stalin li fece uccidere tutti, circa due milioni. Dopo il terzo viaggio sui treni profughi, mi ammalai con una dolorosissima e gravissima labirintite, dovuta ad un eccessivo rialzo di pressione per eccessivo strapazzo. Per tre mesi persi l'equilibrio.

Lo avevo appena ripreso quando mi venne da Roma l'incarico per il centro di Merano dove venivano curati i feriti reduci dai lager tedeschi e dalla Russia. Feci osservare che non ero in grado ancora di lavorare. Mi risposero che urgeva personale. Era nel 1946. Andai!

"Ne rividi qualcuno quando (anni dopo) nel 1946, io fui destinata al centro di Merano che restò aperto per tre anni col compito di accogliere i numerosi reduci in arrivo dalla Russia e dai lager Tedeschi, tutti tisiaci! Il centro di Merano venne aperto all'improvviso per raccogliere questi disgraziati. Requisirono diversi alberghi belli ma senza igiene. Furono 24.000 i ricoverati durante i tre anni. Quando il centro si chiuse nel '47, l'ammaina bandiera fu fatta al cimitero!

Così ridotti rividi alcuni reduci dalla Russia che non potemmo portare via. Racconti agghiaccianti, atroci, crudeli, mostruosi anche da quelli provenienti dai lager tedeschi.

Queste povere creature tornate in patria non avevano più né gioventù né salute né speranze a venire né famiglia (perché temevano il contagio). Allora non esisteva nemmeno la streptomicina! Le fidanzate li lasciavano... (ne ho visti piangere) e non senza ragione. Noi sorelle in servizio eravamo 250... e mai sufficienti. Dormivamo tutte (salvo quelle di nottata) in un solo grande albergo (l'Excelsior) ma mangiavamo negli ospedali dove lavoravamo.

Ricordo che nella stanza dove io tenevo l'armadio dei medicinali scrivevo le diete e i registri del mio reparto... sostavano le sputacchiere con il contenuto che doveva venire analizzato... senza fretta per mancanza di personale. Ogni venti giorni noi sorelle venivamo controllate con radiografie.

Quelle che non stavano bene venivano mandate per una decina di giorni per riposare in una montagna vicina. Ma poi ritornavano al loro posto di lavoro mi pare che soltanto una dozzina fossero le sorelle che si ammalarono irrimediabilmente. Io lavoravo al "Fraù Emma" bellissimo albergo adattato alla meglio. Ricordo le orrende posate di stagno. Alcuni di noi avevano portato le nostre posate e sarebbe stato più igienico dato l'ambiente (lavandole da noi) ma non osavamo tirarle fuori perché non tutte avevano le proprie. Il clima di Merano era ottimo anche d'inverno. L'aria pura: la posizione stupenda. Fummo avvertite di non recarci nei bar per prendere caffè o altro perché frequentati dai malati (che potevano girare e ci sostavano). Il vitto era a sufficienza e discreto. Queste creature giovani che avevano perduto tutto e non avevano più speranza non imprestavano, non bestemmiavano. Sapevano pregare. Ho passato con loro il Natale del 46 (l'ultimo per il centro di Merano) quella Messa di mezzanotte è la più commovente della mia vita e la ricorderò sempre. Quei malati che appena appena potevano stare in piedi, vollero partecipare alla Messa di Mezzanotte, cantavano gli Inni sacri con slancio: pregavano, avevano Dio vicino. Il cappellano militare fece loro un discorso bellissimo dicendo chiaramente: "Voi avete dato tutto e Dio ne terrà conto". Noi sorelle presenti: ci sentivamo un nodo in gola e li ammiravamo con tutta l'anima. Si raccontavano di tutto per rallegrarli e dar loro un senso di famiglia avevamo preparato loro nell'in-

gresso grande dell'albergo un grandissimo albero di natale, lavorandoci dopo il servizio diurno fino alla mezzanotte sacrificando un poco di sonno. Con le fiale vuote delle iniezioni più grosse (5-10 cm³) avevamo formato degli artistici? Grappoli tipo uva e poi li avevamo tuffati nell'argento liquido. Con le bende di garza avevamo fatto delle lunghe catene tuffandole nello stesso liquido tipo argento. Avevamo organizzato le luci. E nel complesso faceva una certa figura.

I malati erano "fieri" di questo loro albergo e vollero (quelli che poterono) farsi fotografare sotto di esso. In ogni stanza dei più gravi allettati, avevamo preparato dei piccoli alberi. Quando il centro di Merano fu chiuso, quei pochi rimasti vivi furono mandati in veri tubercolosari Sondalo eccetera.

Nel 1947 il centro si chiuse (con l'ammalata bandiera al cimitero) e io venni smobilitata con tutte le altre. Anno 1947. Incredibile. Capodanno 1978. Dopo 31 anni dalla chiusura del centro ospedaliero di Merano, ricevo dal presidente dell'associazione ex internati di Merano, un libro in omaggio con una commovente dedica di riconoscenza infinita. Il libro si intitola "Il lungo inverno dei lager... dopo trent'anni" scritto da Paride Piassenti. Il dono era accompagnata da una lettera del presidente che si dichiarava superstite dell'immane tragedia e dice: "Ho appresa con viva commozione che lei è una delle tante benemerite crocerossine volontarie che operarono nel nostro centro ospedaliero della croce rossa italiana dove 24.000 reduci dalla prigionia nei lager tedeschi hanno trovato affettuosa assistenza e immenso conforto. Ecc. ecc. Non è meravigliosa questa gratitudine? Come si può dire che nel mondo la gratitudine non esiste?"

Altra testimonianza documentata sono due lettere di croce rossa italiana, datate Bolzano

7/2/45 e 21/9/45, firmate da Anna Fox, i cui contenuti altamente umanitari erano di risposta alla famiglia Gedda che chiedeva notizie di un suo familiare.

Altri documenti sono:

- Un elenco di internati su carta intestata Lancia e C. fabbrica automobilistica datato 20 gennaio 1945 che affiancava l'opera di ricerca di trasporto per questa alta missione umanitaria;
- Un foglio identificativo emesso dal Comitato d'Assistenza ai rimpatriati dato 23 giugno 1945.

E' importante rilevare il numeroso apporto che il corpo delle infermiere volontarie diede per questo delicatissimo servizio sia a Bolzano che a Merano.

Nel libro del Presidente Generale di C.R.I. Umberto Zanotti Bianco, sono presenti dati importantissimi circa l'opera e la presenza delle infermiere volontarie.

"Ancora 1300 infermiere volontarie sono in servizio negli ospedali per reduci nei campi profughi, negli ambulatori, nelle colonie. Opera assistenziale che pur sostenuta da una severa preparazione scientifica è soprattutto materia di abnegazione di carità. Nell'estate del 1946 l'epidemia di Tifo a Diano Marina, Imperia e nell'autunno a Porto Santo Stefano (Grosseto), servizio duro e pericoloso e una sorella ne contrasse il morbo e ne perì.

Nel Porto di Napoli e Ancona per i prigionieri di guerra e i profughi giuliani. Infermiere volontarie prestarono servizio sulle navi "Toscana" e "Vulcano" rimpatrio dei connazionali dalla Libia e dall'Africa Orientale. In molte zone di Italia l'UNRRA ha affidato alle infermiere della CROCE ROSSA italiana la sorveglianza delle refezioni scolastiche, delle colonie, e la distribuzione dei generi di soccorsi alle popolazioni. L'assistenza durante il

viaggio dei bambini italiani ospiti della Danimarca è stata affidata ad un nucleo di infermiere volontarie.

Alcune rimasero in Danimarca per essere vicino ai piccoli e non far sentire loro la mancanza della famiglia lontana." "Le vicende dell'ultima guerra avevano reso anche più evidente la necessità di provvedere, nei riguardi degli apolidi e dei cittadini di stati stranieri che non abbiano modo di tutelarne gli interessi ,o quella assistenza di carattere giuridico a soddisfare bisogni bene spesso non meno sentiti di quelli di carattere materiale." In mancanza pertanto di qualsiasi istituzione che si occupasse di tale assistenza, vi fu chi si fece promotore della creazione di un organismo il quale si assumesse questo compito. Così il dott. Zanotti-Bianco è promotore dell'ufficio Assistenza Giuridica agli stranieri (A.G.I.U.S.) organizzato dalla Croce Rossa Italiana d'accordo e con il concorso della Presidenza del consiglio dei Ministri, del Ministero degli Esteri, della Giustizia, dell' "Assistenza Postbellica" dello stato della Città del Vaticano e del U.N.R.R.A.

L'ufficio iniziò ad operare nel maggio del '45 e fu accettato con tutto il favore presso i vari organi amministrativi nazionali, presso gli enti ed organizzazioni di assistenza e presso le rappresentanze estere in Italia. Il successo ed il consenso incontrati in ambito italiano ed estero durante i primi sette anni di attività ci inducono a presentare un quadro della nostra organizzazione e dell'azione spiegata in questa forma di assistenza sociale non mai prima praticata, e per la quale la Croce Rossa Italiana ha il vanto della priorità e l'Italia ha assunto ancora una volta una posizione di avanguardia sul cammino della civiltà obbedendo ad un impulso che è stato autorevolmente dichiarato: "consono alle tradizioni umanitarie del nostro generoso e civilissimo popolo".

L'argomento dell'assistenza giuridica agli stranieri fu oggetto di considerazioni di diversi organismi internazionali: Comitato internazionale della Croce rossa (C.I.C.R.), Lega delle croci rosse nel 1945-46 a Ginevra, a Cambridge, a L'Aja, ed alla XVII Conferenza delle Croci Rosse tenutasi nell'agosto del 1948 a Stoccolma ebbe a così dire il suo crisma il concetto che tale assistenza rientri tra i compiti delle croci Rosse Nazionali di comprenderla tra le loro attività con invito al comitato internazionale ed alla Lega delle Croci Rosse di formulare per la materia un programma-tipo.

E così in seguito a tale deliberazione il Comitato internazionale ed la Lega delle Croci Rosse diverranno congiuntamente dirameranno una circolare alle Croci Rosse dei diversi Paesi segnalando l'esempio fornito dall'A.G.I.U.S. ed i risultati ottenuti e ne comunicavano lo Statuto.

La Conferenza delle Croci Rosse svoltasi ad Hannover nel settembre del 1951, riferendosi alla conferenza di Stoccolma, ribadì i risultati ottenuti dall'A.G.I.U.S. nei paesi della Germania e dell'Austria per la presenza di un gran numero di rifugiati e di apolidi.

Il compito di presiedere all' A.G.I.U.S. fu affidato al Procuratore Generale della Cassazione Massimo Pilotti; le finalità che si proponeva e le materie in cui si è svolta l'assistenza in questione confermano l'importanza e la necessità dello stesso basti pensare ai casi di morte presunta in occasione di soppressioni di massa dovute a motivi razziali o politici, la cittadinanza nei casi di matrimoni tra stranieri o apolidi, cause di divorzio, la proprietà nei casi di sequestri di beni considerati nemici; tutte materie queste che hanno riguardato la vita di persone che sono state lambite dalla guerra e che hanno trovato assistenza giuridica gratuita nei loro bisogni essenziali.

A farne parte furono chiamate alte personalità del mondo accademico giuridico ed economico oltre a quello diplomatico.

Tra i numerosi meriti ascrivibili a Zanotti-Bianco risalta quello di aver curato personalmente i contatti prima con la Croce Rossa americana che aiutò la rinascita della Croce Rossa Italiana e con quella britannica poi; nell'aprile del '45 si recò in volo in Svizzera per riprendere i contatti con il Comitato Internazionale e con la Lega della Società di Croce Rossa ed insediò la nuova delegazione generale a Ginevra.

Grazie alla sua instancabile opera di pubbliche relazioni tesa a ridare alla Croce Rossa Italiana la sua caratura e funzione, svincolata dal passato Ventennio, l'organizzazione venne di nuovo reintrodotta nell'ambito mondiale precedentemente occupato.

Tra i numerosi interventi fu di grande importanza la visita in Inghilterra dello Zanotti-Bianco nel novembre del 1945 ove visitò dei campi dei prigionieri italiani e ne sollecitò il rimpatrio e agli stessi pronunciò un discorso da Radio Londra.

Altra iniziativa di Zanotti-Bianco fu quella di istituire delegazioni Cri italiana nei vari paesi europei in cui si trovavano prigionieri italiani al fine di dare soccorso e conforto agli stessi come avvenne in Belgio, in Francia, in Cecoslovacchia, in Grecia ed in Svizzera; l'unico paese che si oppose a tale iniziativa fu la Germania che tollerò a malapena un treno-ospedale siglato tredici bis, e nato per la coraggiosa iniziativa del Comitato di Bolzano, che faceva la spola con la Germania per il rimpatrio degli italiani ammalati ed alla distribuzione di ingenti quantitativi di viveri, medicinali e generi di conforto.

Si ringrazia la Dott.ssa Tessitore, presidente Comitato C.R.I., e la I.V. Virginia Brajda Gozzi del comitato di Torino per la documentazione che ha sostenuto questo lavoro di ricerca.

PICCOLA STORIA DELLA CROCE ROSSA RUSSA

Giorgio Ceci,¹ Gabriele Comani,² Raimonda Ottaviani,³ Paolo Vanni³

¹ Ufficio storico della CRI – Regione Lazio.

² Archivio Storico Centrale della CRI.

³ Ufficio storico della CRI – Regione Toscana

Il 3 maggio 1867 Alessandro II approvò lo Statuto della “*Società di Assistenza ai Militari Feriti e Malati*”: ne entrarono a far parte i Nobili, l'alto Clero e le furono concesse importanti prerogative. Nel '79 il nome fu cambiato in “*Società Russa della Croce Rossa*”.

Nel '70 per la prima volta la Croce Rossa russa si cimentò in campo internazionale con l'offerta di assistenza ai feriti della guerra franco-tedesca. L'esperienza fece maturare il convincimento che la preparazione anticipata dei sanitari, delle attrezzature e quanto altro necessario, fosse assolutamente indispensabile.

Poi fino al '75 svolse attività in campo civile: assistenza ai terremotati, ai coinvolti negli incendi, promuove raccolte fondi.

La guerra russo-turca del 1878-79 vide la Croce Rossa farsi completo carico dell'assistenza medica dell'esercito. Organizzò treni ospedale, ospedali nelle retrovie e distaccamenti sanitari volanti in prossimità dei campi di battaglia.

Negli anni seguenti fu nuovamente impegnata in campo socio-assistenziale durante la peste del '78-'79 e nella gravissima carestia del '79, in cui furono impiegate oltre 300 infermiere. Nell'82 vennero erogate cure gratuite agl'indigenti, si insegnò un mestiere, impiantò

case per invalidi, per vedove, orfanotrofi, costruì appartamenti a buon prezzo. Agli ufficiali si offrirono cure anche all'estero.

Nel '91-92 in Russia scoppiò una grave carestia che favorì la diffusione dello scorbuto, del tifo, del colera e altri mali; vi vennero combattuti con l'impiego di oltre 700 infermiere. Per affrontare tutte queste malattie, s'impiegarono i *gruppi sanitari ambulanti* che distribuirono anche aiuti alimentari. Nel '97 e nel '98 si verificarono altre alluvioni e si combatté la carestia che provocò tifo e scorbuto. Vennero aperti 450 piccoli ospedali, ambulatori. Il '99 vide l'apertura di stazioni di servizio con medici e carrozze di soccorso; sono i prototipi dei Pronto Soccorso odierni.

Durante la guerra russo-giapponese, nel 1904-05, nacquero i gruppi batteriologici e i gruppi prevenzione epidemie e malattie infettive tra soldati e civili, ventidue i treni sanitari messi in campo. Furono istituiti posti di ristoro lungo le strade, organizzati con forni e cucine, che servirono dalle 800 alle 2.400 persone/giorno. Si crearono punti di soccorso e ospedali per militari alienati mentali. In collaborazione con la Croce Rossa giapponese fu organizzato un Ufficio Informazioni prigionieri per lo scambio di notizie con i parenti e invio pacchi postali.

La prima guerra mondiale richiese un grande impegno: la Croce Rossa russa mise in campo 604 ospedali da campo e 9.278 ospedali contumaciali, 2.500 medici, 20.000 infermiere 50.000 sanitari, gruppi sanitari-epidemiologici, di disinfezione e laboratori batteriologici. Treni sanitari, navi ospedali e auto private furono impiegati per il trasporto feriti. Ai profughi fu fornita assistenza sanitaria, e alimentare. Entrò in funzione nuovamente l'Ufficio Informazioni per prigionieri. Durante questo conflitto si dovette far fronte al lancio di gas tossici da parte dei tedeschi. Il problema fu risolto rapidamente, in solo tre mesi si produssero oltre 6 milioni di maschere antigas.

Nel 1917 l'Armata Rossa, per l'assistenza nelle fabbriche creò un'organizzazione indipendente: la *Croce Rossa Proletaria*. L'anno seguente tutti i beni e il capitale della Croce Rossa divennero proprietà statale, fu soppresso il Comitato Centrale e prese vita il Comitato di Riorganizzazione della Società, delegato a preparare un piano di ristrutturazione. Il paragrafo 4 del testo sulla riorganizzazione recitava: "*La società della Croce Rossa gode di completa autonomia e libertà nelle questioni, relative alla sua organizzazione e alla sua partecipazione a manifestazioni sociali e governative, essendo però sotto il controllo del Comitato Popolare della Sanità...*". I 258 delegati delle 48 istituzioni di Croce Rossa riuniti in Congresso dettero vita al Comitato Centrale della Società della Croce Rossa russa, approvandone lo statuto, il primo d'epoca sovietica.

Con lo scoppio della guerra civile nacquero le squadre *volanti* per prestare soccorso all'Armata Rossa, oltre ciò, la Croce Rossa creò ospedali specializzati per tifo e colera attuando così la prevenzione alle epidemie. Si provvide alla difesa dell'Emblema: l'abuso poteva provocare la privazione della libertà per non meno di tre mesi.

Alla carestia del 1921 la Croce Rossa fece fronte con 17 squadre socio-sanitarie che prepararono, anche, pasti per oltre 130 mila persone/giorno. Combatté la tubercolosi, le malattie veneree, il tracoma, di vaiolo; quello fu un periodo nefasto per il paese. I malati di malaria, da stime ufficiali incomplete, ammontavano a ben oltre i 17 milioni, per la maggior parte erano bambini.

Un "*Servizio di sanità dei giovani pionieri*" prese vita nel 1924; molto si fece per la salute dei bimbi: approntando una colonia finanziata completamente dalla C.R.

Nel '25 fu promossa una raccolta fondi per la realizzazione del primo aereo sanitario che vide la luce due anni dopo e fu consegnato all'Armata Rossa. La costruzione di aerei sanitari permise lo sviluppo della medicina anche nelle zone più remote con l'impiego di *infermiere paracadutiste*. Furono formati medici e infermieri per il servizio di bordo degli aerei sanitari. Lo slogan di questo nuovo impegno era "*Dalla lotta contro le malattie al risanamento del lavoro e della vita quotidiana*". Successivamente cominciarono a nascere i "*cerchi di pronto soccorso*" con il compito di addestrare la popolazione al soccorso in calamità e incidenti. Con il programma, "*Pronto alla difesa dell'Unione Sovietica*", attuato dal Partito Comunista, dal '35 al '39 furono preparate 9 mila infermiere: nel '41 erano 52.800. I sovietici addestrati al "Pronto Soccorso" furono milioni. Nel '38 la gestione dell'attività terapeutico-sanitaria dalla C.R. passò agli organi della sanità. Per la Seconda Guerra mondiale "*la grande guerra patria*" furono preparate: 264 mila infermiere, 457 mila istruttori sanitari e 40 mila barellieri, il Centro Ricerche ed Informazioni evase ben 3 milioni di richieste. Le squadre sanitarie-epidemiologiche della C.R. furono largamente impegnate contro la peste in Manciuria, il tifo in Polonia, il colera e il vaiolo in Corea; nel

periodo '45-49 la C.R.R. impiantò ospedali in Cina, Etiopia, Iran e Algeria.

Nel 1957 ebbe avvio il *movimento dei volontari donatori sangue*: nell'85 se ne contavano 14 milioni che donarono 3,5 milioni di litri di sangue. In questo periodo iniziò l'addestramento della popolazione all'assistenza domiciliare; dopo un anno i circoli che si occupavano di questo compito erano 75 mila. Un'evoluzione successiva vide la creazione delle "*infermiere visitatrici*", la cui attività poi prese il nome di *Servizio di misericordia*.

La centrale di Cernobyl' impegnò notevolmente la C.R.R.: furono controllate oltre 15 mila persone e dal '97 al 2000 più di 600 mila persone ricevettero aiuti umanitari e farmaci specifici. Nel '90 fu creata la prima squadra di soccorritori volontari composta di specialisti con esperienza in situazioni estreme. Per questa attività si mobilitò anche la C.R.

Nel 1992 il XII Congresso straordinario del Partito Comunista dell'Unione Sovietica approvò il documento: "*Della liquidazione del Partito Comunista dell'Unione Sovietica e della Croce Rossa*". La *Società Russa della Croce Rossa* ereditò tutta l'attività della Croce Rossa Sovietica.

Negli anni seguenti con notevoli contributi nazionali ed esteri la C.R.R. avviò una nutrita serie di programmi, furono aperti ospizi per bambini tolti dalle strade, dalle cantine, dagli immondezzai e dalle soffitte. Fu iniziato il programma di "*Primo soccorso*" e in sei anni furono addestrate 35 mila persone.

Dal '96 con il sostegno della Federazione Russa venne sviluppato un intenso programma, nei solo aiuti ai più indigenti si spese l'equivalente di 78,5 milioni di dollari; fu anche avviato un piano per combattere la tubercolosi e l'AIDS nelle zone più colpite.

Notevoli gli interventi per i migranti forzati, cioè per quanti costretti, per motivi di sicurezza, ad abbandonare le repubbliche della passata URSS vedi Cecenia.

All'inizio del nuovo millennio numerose alluvioni funestarono parecchie repubbliche: Kurga, Siberia orientale, Stavropol, Krasnodar, il Caucaso, e il sud della Russia. La popolazione fu rifornita di tutto; gli invii furono fatti con ogni mezzo. Molte le Società Nazionali e le ONG che si impegnarono nel mandare aiuti.

BIBLIOGRAFIA

VASSIL'EVA L., Plutnik A., Trenova N., *135 anni di Croce Rossa russa*, Ed. T. Klenizkaya, Mosca "2002. (traduzione di Yulia Zakharova)

RED CROSS OF THE UKRAINIAN MOTION OF RESISTANCE AND NATIONAL LIBERATION MOVEMENT IN THE SECOND WORLD WAR

Yaroslav Hanitkevych

Danylo Halytskyi National Medical University
in Lviv, Ukraine

Charles de Gaulle: "If I had at my disposal the Army like the UIA not a single German boot would trample the French land" (Rambuje, 1944)

The Ukrainian Red Cross (URC) organization was officially founded in the Ukrainian People's Republic (UPR) on the 18-th of April, 1918, when almost 300 years' enslavement of Ukraine by Russia was ended. The National Red Cross organization (NRC) was created in accordance with the tasks of the International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies.

The Ukrainian Red Cross was initiated by the All-Ukrainian Doctors' Congress in Kiev, basing on the existed in Ukraine local societies of the Russian Red Cross. Doctors: Ye. Lukasevytch and V. Matiushenko were among the founders of the Central Ukrainian Red Cross Committee.

The tasks of the URC at that time were as follows: to render medical aid to the refugees, disabled and children —orphans; to open hospitals, stations for supplying food to the most needy. The URC had numerous centres in regions. During the period of 1921-1922, the URC activity had close links with international organizations. The foreign Bureau of the

Ukrainian Red Cross was opened and headed by doctor V. Matiushenko.

The URC closely cooperated with the International RC (IRC) Committee in Geneva, whose representative was Ye. Bachynskyi. The URC representatives also worked in Vienne (A.Okopenko), Belgrad (D.Doroshenko), Italy and other countries.

The international charitable organizations such as: "Joint", "ARA", "The Chechoslovakian Red Cross", "Fritioph Nansen's Mission" functioned on the territory of the Ukrainian SSR.

During the years of the Ukrainian national revolution (1918-1921), the URC co-acted with the armed medical service of the Ukrainian SSR rendering medical aid to officers and soldiers, war prisoners and local population in time of military conflict with Russia.

Despite the liquidation of the URC by bolsheviks, it proceeded to exist for some years. Its existence was approved by the Order of Exile UPR' Government in immigration, though it was deprived of the right to belong to the IRC.

When the power in Ukraine was captured by bolsheviks, the Red Cross Society (RCS) was attached to the Health Protection Board, and became an integrant of the general soviet system of the RCS. The RCS of the Ukrainian SSR became the branch of Soviet RC, fully subjugated to the party's organs. Due to the prohibition of Moscow authorities in the years of starvation, planned by Communist regimen (1932-1933), the URS was deprived of the right to receive the humanitarian help from abroad for the Ukrainian peasants.

The independent URC activity was reestablished during the Second World War. In July 1941, in Lviv, the URC Society began to function as the organization for rendering medical aid and guardianship to war prisoners, ill people and those who were in need (the Head — O. Kurchaba, later on — T. Vorobets'). In September of 1941, in Kiev, which was occupied by fascists, the URC resumed its activities with F. Bohatyrchuk and M. Yasenytska at the head. Simultaneously, the URC branches were created in Rivne (the Head, doctor M. Kornyliv-Vasylyv, H. Kononenko), in Poltava (G.V. Vyun and others) and in Dnipropetrovsk.

In 1942, the German invaders forbade the URC Society. Its functions were transferred to the department of social trusteeship, on the territory of General Province Administration (Gubernatorstvo), which belonged to the Ukrainian Central Committee; "the voluntary" departments were created under the jurisdiction of Magistrates.

The URC activists and active participants of the Resistance Movement in spite of prohibitions, arrests and persecutions by Nazis, in the period of German military occupation, opened hospitals for war prisoners, rendered medical aid to local population and organized courses of medical nurses, carried out a large-

scale work, concerning search and liberation of prisoners, helped to disabled and to those, who were repressed by bolsheviks.

In the same year of 1942, a new stage of URC activity began, as a result of the formation of the Ukrainian Insurgent Army (UIA. in ukr. - UPA) on Volyn' territory. The UIA was an underground military formation, acting during the Second World War. The UIA started the fight for great people's ideals, independence, freedom, truth and justice, for God and Motherland, against enslavement, tyranny and lie. The purpose of the UIA was to create the Ukrainian Independent United State. In order to make this aim a reality, it began, since 1942, to fight with Hitler-nazy regime, which has bloody ruined the Ukrainian state, that was renewed by the Act, dated by 30-th of June, 1941 adopted by the National Resistance Movement against the Hitler invaders.

After the bolsheviks had returned to Ukraine, the UIA led (1944-1949) the National Liberation Fight against the bolshevik invaders.

The UIA originated from the armed divisions, which were organized on the territories of the Polissya and Volyn' Regions in order to protect the Ukrainian population from the violence of the German temporary occupation, Polish fighters and red "partisans". At first, these armed divisions acted as the National Resistance Movement, headed by several different political groups. In summer of 1943, all divisions in Volyn' and Polissya were united under the name of the UIA (in ukr. - UPA) with Dmytro Klyachkivskyi, a Colonel (pseudonym "Klim Savur") as the Leader of the Organization of the Ukrainian Nationalists (OUN). Simultaneously, the Armed Revolt Organization spread throughout the whole territory of Halychyna and central regions of Ukraine.

In autumn of 1943, all the Western and partly the Central Ukrainian lands were embraced by Ukrainian National Insurgent Movement. The UIA was a People's Army, and all those who wished to fight for Ukraine under the motto "Freedom to peoples-freedom to man" could serve in it. The main base of its operative military actions was the territory of the Western Ukraine, but the UIA was also active enough both in the Central Region of Ukraine and in Poland. The UIA divisions also made raids to Byelorussia, Czechoslovakia and Romania.

The main core of the UIA were members of the OUN, headed by Stepan Bandera. Among the OUN members there were more than 90% of higher seniors of the UIA. In spite of this, the UIA preserved the character of the nation-wide insurgent formation. The Ukrainians with different political views, and people of different nationalities, veterans of different alien armies, doctors, Jews by nationality and fighters —non-ukrainians of 13 nationalities served in the UIA.

But the prevailing majority of fighters were the young countrymen from different regions of Ukraine.

According to the estimation of German military Secret Service, the total number of the UIA fighters was equal to 200 thousand. As to the Ukrainian data, it actually made 400 thousand. In 1944, when the most severe fights with German and Bolshevik invaders took place, the quantity number of staffs and fighting UIA divisions was above 30 thousand. More than 10 years this "Army without state" fought for the Ukrainian independence, achieved thousands of wonderful victories upon quantitatively prevailing (by 10-100 times) enemy.

In November, 1943, the general Khorunghyj Roman Shukhevych (pseudonym "Taras Tchuprynka") became the Commander-in-Chief

of the UIA. The field of the UIA military actions was divided into 3 territories: "UIA-North" on Volyn' and Polissya' territories; the central regions —'UIA-South' and Halytchyna, where 'UIA-West' was organized. Each of these territories was divided into military districts (MD). The militant subgroups were organized similarly to regular armies. Two or more hundreds of fighters formed a "battalion" (kurin') and 2 or more "battalions" formed a detachment (zahir), and all fighting departments on the territory of one MD made a division (group).

Since 1943, the medical care of the UIA was provided by the URC under the guidance of Kateryna Zaryts'ka. The URC, as a medical service of UIA, consisted of two parts: military and territorial, and of 4 main parts. The first department, namely medical-sanitary, which dealt with the organization of small hospitals, dug-outs (bunkers), dressing stations, provided with medical staff, took care of wounded and ill people. The second one, pharmaceutical department, which stored medical preparations, by way of purchase or making sudden raids on military drugstores, and distributing those remedies among hospitals and medical stations. This department dealt with remedies prepared from different medicinal herbs, which were preliminary gathered by women and children, and was responsible for their shopping. The third department, charitable one, took care both of the OUN-UIA relatives, which were either arrested or imprisoned and of children-orphan. The 4-th department, house-keeping, which was responsible for the teaching and training of medical staff, predominantly doctors, because there was a great need in them. On their own initiative, the doctors independently carried out the teaching of medical sisters, who later on, were directed to every separate UIA department.

In every division, which had at its disposal several hundreds of persons, there had to be a doctor. He (she) was responsible for the health of fighters; carried out their medical examination and rendered the necessary medical aid; supervised the personal hygiene of fighters, and the hygienic conditions of their lodgings at the UIA camp; carried out the sanitary control upon cooking; conducted practical training of medical nurses and brothers .

On the whole, there were over 100 physicians in the URC. O.Bolehivskiy, S.S. Savchuk, D. Sahaiko, B. Huk, B. Kruk, O. Davydenko, O. Zeleniuk, V. Maniukh, V. Stefurak, A. Kol'man, P. Lesyk, Ya. Martynets', Ye. Luzhetskyi and many others were among the first doctors in the URC. The high professionalism and heroism were demonstrated by the UIA' doctors: M. Lotovych, B.B. Savka, Ya. Makarushka, P. Klochnyk, B. Yavorskyi, P. Skobelskyi, Y. Karanovych, A. Kolman. The medical institutions and institutes' doctors: Yu. Lypa, Ya. Makarushka, R. Slipyi, T. Vorobets', V. Vrecyona, Hanna and Petro Troshchynskiy (shot by fascists) I. Pan'kiv, prof. B. Andriyevskiy, prof. Ya. Kryshchanska, A. Zhukovskiy, L. Mel'nyk, M. Tymkiv, A. Chehovskiy helped the fighters, subjecting their lives to mortal danger.

Because of lack of professional doctors, the medical aid was often rendered by medical students. Nearly 250 medical students were the members of the URC organization, in particular: M. Ripetskyi, A. Pliuhavka, A. Stec'ko, I. Babuniak, L. Veres, L. Poliuha, M. Balaban-Holovata, N. Savtchak and others. The doctors, Jews and Poles by nationality were engaged into medical service. Some Jewish people were personally helped to escape from Getto. Among doctors—the members of UIA, were Jews by nationality: Samuel Noiman, V. Novak, Zommershtein, Berezo, Gryfel', A. Shtercer, "Amikus", "Bosko",

"Poper", "Hil", as well as doctors, Poles by nationality: Tadeush Krvavitch, Halyna Yakubiuk a. o.

Feldshers and nurses worked in the URC. The mercy nurses played an important role in those conditions. Some of nurses had previously finished medical colleges, but the majority were trained at specially organized underground courses. The following doctors took part in organization of the URC, rendered medical aid and carefully took care of the patients: O. Vorobiy, L. Medvedchuk, K. Kapko, K. Havryliv, M. Pavlyshyn, Ye. Stefurak, N. Tsiupka, N. Paladiychuk, I. Lemekha, T. Sydorenko and many others. Most self-sacrificingly pharmacists who worked in the URC were: Ya. Kryzhanivska, T. Bark, Ya. Zarytskyi and O. Haidukevytch.

In November of 1943, the commandant of the URC published "The Regulations of the URC" —a detailed description of norms, structure and activity of the URC. The norms of patients' diet, a set of feldsher's and orderly's bag, the programme of hygienic training, plan of the laboratory, the order of work of sanitary stations were worked out. The compulsory equipment of regional sanitary stations and district field hospitals were indicated in the instructions. The posts of doctors were appointed, in military districts —the URC chiefs were designated, who were responsible for the health of militarymen, partisans and civil population, the formation of medico-sanitary service in camps, was started.

Just then, the primary doctor S.Savchuk published the "Order", concerning the chemical-and-bacteriological defence, as there were cases of poisoning of water-supply sources by the enemy. The suspicious foci of epidemic diseases began to appear.

It is necessary to lay stress especially on the complicated and difficult conditions of

the URC work. The bolsheviks did not confess the rights and laws of International Convention of Red Cross organization, concerning the wounded UIA soldiers and URC members.

Contrary to the Movement of Resistance in the other countries, the UIA and the URC were deprived of possibility to receive help from the other countries. The URC was not world recognised and did not receive help from the International RC. Everything, necessary for life and struggle, from weapons to remedies and food products, the fighters were forced to obtain by themselves, in battles, acting both legally and illegally. The situation was rather complicated by the fact, that there was no possibility to evacuate the sick persons. The state hospitals and operation-rooms were closed and inaccessible for wounded fighters. The surgical operations had to be performed in peasants' huts, forest underground huts, often in insanitary conditions, without the appropriate light. There was a great lack in highly qualified surgeons, surgical instruments, sterile materials, drugs, blood-substitutes, auto-claves. The doctors had to work without appropriate clinical, laboratory and X-ray examinations.

Only thanks to the enormous bravery, courage, self-sacrifice, displayed by both the UIA members and of the local population made it possible to return health to many wounded and sick fighters.

The UIA fight and URC activity was continued even after the war. But at that time all mighty force of the USSR Armed Forces and "NKVD" was directed to fight down the Ukrainian partisans. Taking this into account, the UIA directory made a decision to carry out the planned demobilization of fighting departments in the period of 1946-1949, and to organize the transition of the UIA first sergeants and sergeants into a net of "Armed secret partisan

fight". After the arrest of Kateryna Zarytska in 1947, Halyna Dydyk became the Head of the URC. In autumn of 1949, the last UIA departments were disbanded. But until 1954 and further, the organized illegal struggle under leadership of a general R. Shukhevytch, B. Kuk and others was endured. The co-workers of URC continued to render medical aid to illegal fighters. The part of them became legalized, but later on, they were arrested and repressed by bolshevik power. Hundreds of physicians and citizens were sentenced to 10-25 years of penal servitude in "GULAG" concentration camps for rendering medical aid to wounded and sick partisans. Even peasants, who gathered medicinal herbs for "undergrounders" were imprisoned. In 80-90-ths a certain number of convicted prisoners were rehabilitated (many of them —"post mortem").

After 1945, in emigration in Germany and Austria the attempts were made to renew the URC and to resume its activities. In November 1945, the participants of the Congress, which was held in Munich, elected the leading organs of the URC organization (the Head of Council —B. Andriyevskyi, the Head of Board— T.Vorobets').

But under pressure of the USSR, the American occupational power forbade to use the name "URC". At that time, due to initiative and help of the URC delegates (E. Mayer, R. Frank, R. Burkhardt) the newly created organization was renamed, firstly, into Sanitary-Charitative Service with similar tasks, and since 1949 —into the Ukrainian Medico-Charitative Service— with its centre in Munich.

In 1930, the "Ukrainian Golden Cross" Organization was founded in America in order to help those who were in need, mainly the political prisoners on the Ukrainian lands, occupied by Poland and the USSR.

When in 1991, the RC organization reappeared in the independent Ukraine (Head I. Usichenko), within the period of old predominant soviet ideology, it was given the name, resembling the soviet one: “RC of Ukraine”, as the “Ukrainian RC” sounded too “nationalistically” for them. It may sound strange enough, but the leaders of the RC still consider the organization to be the follower of the soviet RC, and it does not acknowledge the URC of Resistance Movement. Neither the heroic deeds of those, who fought and gave their lives for the

independence of Ukraine, are still not yet recognised. This is the paradox and burden of soviet heritage.

The heroism of the UIA soldiers and physicians of underground URC, their bravery and self-sacrifice are inserted the unforgettable pages both into the history of national liberation movement of the Ukrainian people, and into the history of the Ukrainian medicine, as well as into the world history of the Red Cross organizations.

REFERENCES

1. Hanitkevych Yaroslav. The history of Ukrainian Medicine in dates and names. Lviv. 2004. Summary. P.353-358.
2. Pliuhavka Tadey. The Ukrainian Red Cross in the Boiko Region, 1944-45. Summary. In: Litopys UPA. Chronicle of the Ukrainian Insurgent Army.Vol.32. UPA Medical Services. Toronto-Lviv, 2001. P. 90-91.
3. Ripeckyj Modest. Introduction. In: Litopys UPA UPA Medical Services. Series 1. Vol. 23. Toronto-Lviv, 1992.
4. Ripeckyj Modest. Introduction. In: Litopys UPA.Vol.32. UPA Medical Services. Book 2.Toronto-Lviv, 2001. P. 17-25.
5. Stetsko Anna. The Underground Ukrainian Red Cross in the Lviv Region. Summary. Litopys UPA.Vol.32. UPA Medical Services. Book 2. Toronto-Lviv, 2001. – P. 80-81.
6. Viun Halyna. Under the mark of the Red Cross in Poltava, 1941-1942. Summary. In: Litopys UPA.Vol.32. UPA Medical Services. Book 2.Toronto-Lviv, 2001.P. 68-71.
7. Vorobets Toma. Ukrainian Red Cross. In: Contribution to the History of Ukrainian Medicine. Vol.II. Chicago, 1988. P.113-131 (In ukrainian).
8. www.encyclopediaofukraine.com/pages/U/K/UkrainianInsurgentArmy.htm
9. www.litopysupa.com/ (Chronicle of the Ukrainian Insurgent Army)
10. <http://www.redcross.org.ua/>
11. www.library.yale.edu/slavic/research/ukraine.html

PORTUGUESE RED CROSS CONDES D'ÓBIDOS PALACE-NATIONAL HEADQUARTERS

Madalena Esperança Pina, Miguel Domingues, Cláudia Cabido,
Cláudia Marques, Rita Pocinho, Sofia Rocha

Department of History of Medicine,
Faculty of Medical Sciences, Lisbon, Portugal

Abstract

The Portuguese Red Cross (CVP) is the portuguese nacional society for the International Red Cross and Red Crescent Movement.

In the aristocratic centre of Lisbon, leaning over the river Tejo, we find Condes d'Óbidos Palace, the national headquarters of the Portuguese Red Cross since the beginning of XX century.

Built in the XVII century the palace has a giant historic value.

Keywords

Red cross; Battle of Solferino; Henry Dunant; Dr. José António Marques; Condes d'Óbidos Palace.

INTRODUCTION

The idea that mankind must be protected against the scourge of war can be found among all the peoples of Antiquity.

It was only in the nineteenth century, however, that considerable efforts were undertaken to make war more humane.

The decisive events were the creation of the ICRC in February 1863 and the signature, in August 1864, of the Geneva Convention for the Amelioration of the Wounded in Armies in the Field, which signaled the birth of international humanitarian law.

Portugal signs up the first Geneva Convention in 22 of August, of 1864. The delegate who represented our county was the military Dr. José António Marques.

DEVELOPMENT

International Red Cross

In 1862, Henry Dunant, a young Swiss businessman, wrote *A Memory of Solferino*, in which he described what he had seen on the northern Italian battlefield in 1859 where 40,000 troops

were killed or wounded and left without help. His concern touched many, leading to the birth in 1863 of the International Committee.

Chronology

- 1859 – Battle of Solferino - Henry Dunant
- 1863 – International Geneva Conference– International Committee for Relief to the Wounded: since 1876, Red Cross International Committee (CICV)
- 1864 – Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of the Wounded in Armies in the Field
- 1867 – First Red Cross International Conference

Nowadays, the Red Cross is a worldwide movement with millions of people who fight, united, for the achievement of the same goal: The well being of all Humankind

The Red Cross has seven very important principles:

- **Humanity** – alleviate human suffering
- **Impartiality** – to aid everyone without discrimination
- **Neutrality** – to not take sides in hostilities
- **Independence** – R.C. societies always maintain their autonomy
- **Voluntary Service** – help everyone with the value of solidarity
- **Unity** – each country has its own society
- **Universality** – commitment of help between all different societies

The Portuguese Red Cross (CVP) is the portuguese nacional society for the International Red Cross and Red Crescent Movement.

Chronology

- 22 of August, 1864 – Portugal signs up the first Geneva Convention. The delegate who represented our county was the military Dr. José António Marques.
- 11 of February, 1865 – Temporary Commission to Aid the Injured and Ill In Times of War.
- 1870 – *Franco-Prussian war- 1st aid action.*
- 1887 – *SPCV – Red Cross Portuguese Society.*
- 1924 – Portuguese Red Cross.

The Portuguese Red Cross has participated, along the time, in a large diversity of humanitarian missions in both national and international fields.

In close collaboration with international organisms and associations, the Portuguese Red Cross has been helping and assisting populations of nations suffering from famine, war and other miserable situations.

Portuguese red cross International Actions:

- World War I and II;
- Civil War, Spain (1936);
- Earthquake in Greece (1953) and Agadir (1960);
- The invasion of Portuguese India By the Indian Union (1961/62);
- Struggle against a wave of paludism in S.Tomé and Prince (1986);
- Operation in Romania (1989/90), in Zaire and in the Angolan Conflict (1991);
- Support to the Curd and Kosovo populations (1991 e 1999);
- Help to the victims of the armed conflict in Guiné-Bissau (1998);
- Armed Conflict in Serra Leoa (2000).

Portuguese red cross National Actions:

- Provided help to the victims of military revolt;
- Pneumonic and Smallpox epidemy (1918/19);
- Earthquakes in the Azores islands of Faial (1926) and S. Jorge (1964 e 1990);
- Railroad disasters in Vila Franca de Xira (1947) and Alcaface (1985);
- Flooding in Lisbon District (1967 and 1983);
- Chiado Fire (1988).

For its action in both national and international plans, the Portuguese Red Cross has been honoured with the highest decorations:

1870 – Cross from the French Legion of Honour, given for the action in the Franco-Prussian war by the French R.C.

1896 and 1920 – Gold Medal of Merit, Philanthropy and Generosity

1911 – Silver Medal from the Italian Government for the services given to the victims of the Calabria and Sicilia Earthquake.

1919 – Military Order of the Tower and Sword, Value, Loyalty and Merit, for the services given in the World War I.

1925 – Military Order of Christ

1927 – Medal of distinctive Services (February Revolution, 1927)

1933 – Great Cross of Benemerence and 1st class War Cross

1943 – for its action in favour of Humankind, victim of the World War II, the Portuguese Red Cross is distinguished with the Pope's Blessing (Pope Pious XII).

1954 – Great Cross of the Order of Merit by the German Federal Government.

1955 – Great Cross of the Dutch Order of Orange-Nassau for the services given.

1982 – Order of the Infant D. Henrique

CONDES D'ÓBIDOS PALACE

History

D.Vasco de Mascarenhas, the 1st Count of Obidos, ordered the construction of the Palace of the Counts of Obidos in the 17th century.

In 1919 it became the headquarters of the PRC, through a deed between the 9th Count of Obidos —D. Pedro de Mello d' Assis Mascarenhas— and the 8th President of the Portuguese Red Cross, General Joaquim José Machado.

It was the residence of Jorge Colaço, author of the tile panel exposed in the Terrace and it was used, during the World War II as a ward for the prisoners from the countries involved in the war.

The Palace

The noble area of the Palace of the Counts of Obidos is composed by six sumptuous halls covered by tile panels from the 18th century.

In the noble doorway we can see the Mascarenhas' coat of arms, surrounded by tile panels from the 18th century.

The Palace's courtyard, which shows the busts from King D.Luis I and Queen D. Maria Pia, the protectors of the Red Cross in Portugal, gives access to the library and to the rooms —the Room of the Supreme Council or Diana's Room, the Room of the Parables and the Room D. João de Castro or of the Tapestries— decorated with tile panels with

allegories alluding to mythological, biblical and oriental scenes. There are portraits of the presidents of the Portuguese Red Cross hanging on the walls.

In the dining room, we find panels from Coronel Vitória Pereira. On the ceiling, paintings from Gabriel Constante, the author of the tiles and paintings which decorate the Room D. João de Castro.

In the library, rebuilt after 1935 and conceived by Afonso de Dornelas, a great lustre

stands out, hanging under a painting representing the Peace of Alvalade, in which the Queen St. Isabel preaches peace between the King D. Dinis and D. Afonso.

The Chapel, dedicated to Nossa Senhora da Conceição presents a rich and exuberant decoration, with its walls and ceilings covered by tile and paintings.

Special tanks to: Portuguese Red Cross.

BIBLIOGRAPHY

Brown, Pam, Henry Dunant: O Fundador da Cruz Vermelha. Sua compaixão salvou milhares de vidas, Grã-Bretanha, 1988, 64 p.

Cruz Vermelha Portuguesa, Cruz Vermelha Portuguesa, in Revista da Protecção Civil, nº 5, Lisboa, 1995, p.19-24

Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge; Comité International de la Croix-Rouge, Dossier pédagogiques de la Croix-Rouge: Histoire de la Croix-Rouge, [Genève], [1977], 250 p.

Manual do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, 13ª edição

Sites:

www.wikipedia.org

www.icrc.org

www.cruzvermelha.pt

III. BIOGRAFÍA MÉDICA

THE ROLE OF BIOGRAPHY IN MEDICAL HISTORY

Christopher Gardner-Thorpe

MD, FRCP, FACP, Consultant Neurologist, The Coach House, 1a College Road, Exeter, UK

Medical biography is a popular pastime, increasing in interest and scope. From time to time it seems important to ask ourselves why we engage, indeed indulge, in this work and whether it is appropriate that we do so. History has lessons for the future based upon the past.

WHAT IS BIOGRAPHY?

Chambers Dictionary defines biography thus

*Biography is an account or history of the life of an individual: The art of writing such accounts.*¹

We might say that biography is the truth written down or at least recorded somehow, including by word of mouth, sometimes supplemented by entries in the family bible and elsewhere. At least three good reasons exist for this, namely to provide a future record for the planning of lives, for academic pursuit and for fun.

WHAT IS IT ABOUT PEOPLE?

But what is it particularly about a person that interests us? Perhaps it is personality. The author Max Beerbohm (1872-1956) wrote a fictional account of personable folk, entitled *Seven Men and Two Others*. Other persons do influence us to a considerable extent and the composer Sir Edward Elgar (1857-1934) wrote *The Enigma Variations* based upon his friends and acquaintances and these have provided endless fun for those who try to disentangle which variation applies to whom.

Sometimes however it is the works of others that engage us. In this latter category we might consider the young Robert Jones (1849-1873). Jones, of Irish descent and buried there, was the young surgeon who went on *Great Eastern*, the great iron steamship designed by the engineer Isambard Kingdom Brunel (1806-1859) and launched in 1858; Jones travelled in 1869 when it was laying the first telegraph cable to Australia. Jones died young, of tuberculosis, and an archive of his possessions survives

¹ Chambers English Dictionary (c1910). Page 102.

in his family and this gives us the proverbial time capsule surrounding his life.²

HOW DO PEOPLE INFLUENCE US?

But why do others influence us so much? Personality again is very important and many can name the teachers and mentors who have contributed much to their education, medical and otherwise.

Some influence particularly by their writings. The Edinburgh surgeon, anatomist and artist Sir Charles Bell (1774-1842) was a superb teacher and a good operator but he was influenced emotionally by the stress and fears of his patients. His oil colours from the battle of La Corunna in 1809 and his watercolours from the Battle of Waterloo in 1815 are very vivid and were used to teach students and surgeons in the day when photography and Powerpoint were not available and drawing and painting were the vehicles used to convey images. It has often been stated that a good artist needs a thorough knowledge of anatomy. Bell's palsy is named after this artist.³

Many influence particularly by their writing and their lectures. The Parisian neurologist Jean-Martin Charcot (1825-1893) wrote exten-

sively and is probably the best-known neurologist ever. He differentiated the disorders we now name multiple sclerosis and motor neurone disease and he attributed to James Parkinson (1755-1824) the disorder of paralysis agitans now known by Parkinson's name. He was interested particularly in hysteria.

WHY DO THEY INFLUENCE US?

Sometimes the human instinct appeals. The Parisian physician Jules Cotard (1840-1889)⁴ was immortalised by the writer Marcel Proust (1871-1922) in his *A la recherche du temps perdu*. Proust wrote of the fictional Professor Cottard, a distinguished doctor in Paris.⁵ Jules Cotard is known in medical circles for only one reason, namely the syndrome named the *Cotard Syndrome* where sufferers feel, and believe, they are rotting from within. This delusion can result from damage to a parietal lobe of the brain but may also represent a psychotic delusion.⁶

The English doctor, poet and writer Erasmus Darwin (1731-1802) wrote of medicine but also of what we now call natural selection, a topic better known through the works of his grandson Charles Darwin (1809-1882). In this sense Erasmus is a failed eponymist.

² Gardner-Thorpe, D, Gardner-Thorpe, C and Pearn, J. Robert Jones: Surgeon to Expeditions completing the Trans-World Telegraphic Link. *In* History, Heritage and Health. Proceedings of the Fourth Biennial Conference of the Australian Society of the History of Medicine. Brisbane, 1996. Pages 335-340.

³ Gardner-Thorpe, C. The Art of Sir Charles Bell. Chapter 6 *in* Neurology and The Arts: Painting, Music, Literature. Proceedings of The Mansell Symposium held at The Medical Society of London on 30 April and 1 May 2001. Edited by F Clifford Rose, Imperial College Press, 2004. ISBN 9 871860 368 3, Pages 99-128.

⁴ Pearn, J and Gardner-Thorpe, C. Jules Cotard (1840-1889) His life and the unique syndrome which bears his name. *Neurology* (Minneapolis) 2002;58:1400-1403.

⁵ Pearn, J and Gardner-Thorpe, C (2002). A Biographic Note on Marcel Proust's "Professor Cottard". *Journal of Medical Biography* 2002;11/2:103-106.

⁶ Gardner-Thorpe, C and Pearn, J. The Cotard Syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of 'délire des négations'. *European Journal of Neurology* 2004;11/8:563-566.

Charles was in the right place at the right time and others, Alfred Russell Wallace ((1823-1813) in particular, came up with much the same idea at that time. Sometimes the time is ripe for a very significant discovery.⁷

Adventure, sometimes manifest by psychopathy, always appeals. The Totnes doctor William John Wills (1834-1861), son of a general practitioner in nearby Paignton in Devon, almost the furthest county toward the south west of England (Cornwall is further), in 1860 set out to cross Australia. With Robert O'Hara Burke (1820-1861), he completed this task but on the return journey they failed to locate the Dig Tree under which it was intended they dig to find food supplies. They died from dry beriberi, a disorder of the peripheral nerves due to lack of thiamine (vitamin B1). The vitamin in their meagre food was largely destroyed by the enzyme thiaminase, plentiful in the flour and freshwater mussels upon which they relied for fresh food.^{8,9}

Others are polymaths. William Close (1755-1813) was a general practitioner at Dalton-in-Furness in the south part of England's Lake District, in the far northeast. He had many interests ranging from improvements in the mechanism of blasting of rocks, improved ink, the use

of the hydraulic ram to raise small quantities of water by the waste of larger quantities whose kinetic energy raised water to a tank, and the invention of the cock which enabled the players of brass instruments to vent them and thus rid the musical device of spittle.^{10,11}

SHOULD OTHERS INFLUENCE US?

For the good things in medicine and life, then yes, we should allow ourselves to be influenced. The physician so well known in McGill University and Oxford University, William Osler (1849-1919), wrote not only of the techniques and discoveries of medicine but also of ethics and behaviour, poetry and fun. Perhaps the best-known physician of all time, Osler has acquired a following that perhaps is more than appropriate to any doctor.

Nevertheless, some history is by no means good. Experiments carried out during the Second World War show that doctors can be persuaded to take part in nefarious activities and the debate continues as to whether good should come out of bad and whether the results of experiments that should never have taken place should nevertheless contribute to the

⁷ Gardner-Thorpe, C and Pearn, J. Erasmus Darwin (1731-1802), Neurologist. *Neurology* (Minneapolis) 2006;66:1913-1916.

⁸ Gardner-Thorpe, D, Gardner-Thorpe, C and Pearn, J. William Wills, of Burke and Wills Fame: A Devon Pupil. In *History, Heritage and Health. Proceedings of the Fourth Biennial Conference of the Australian Society of the History of Medicine*. Brisbane, 1996. Pages 341-343.

⁹ Gardner-Thorpe, D, Gardner-Thorpe, C and Pearn, J. 'Surgeon' Wills of The Burke and Wills Expedition. *In History, Heritage and Health. Proceedings of the Fourth Biennial Conference of the Australian Society of the History of Medicine*. Brisbane, 1996. Pages 345-349.

¹⁰ Gardner-Thorpe, D, Gardner-Thorpe, C and Pearn, J. William Close (1775-1813): medicine, music, ink and engines in the Lake District. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2004;97:599-602.

¹¹ Pearn, J and Gardner-Thorpe, C. Tubular Branches, Additaments, Holes and Ventiges. William Close (1775-1813), Lake District Apothecary and Surgeon; and his invention of Polyphonian trumpets and French horns. *The Galpin Society Journal* 2005;58:38-45.

corporate knowledge of medics. The Neuropathologist Julius Hallervorden (1882-1965) might be considered to fall into this category though nevertheless he probably thought he was actually helping understand the workings of the brain.¹² History reminds us of the overriding need to avoid such devastating events.

The French-American Microbiologist Rene Jules Dubos (1901-1981) wrote in *Mirage of Health*¹³

Among other living things, it is man's dignity to value certain ideals above comfort, and even above life. This human trait makes of medicine a philosophy that goes beyond exact medical sciences, because it must encompass not only man as a living machine but also the collective aspirations of mankind.

WHAT ELSE SHOULD INFLUENCE US?

Good ideas arise from many sources. The London Hospital neurologist Henry Head (1861-1940) wrote on speech and other areas of neural function with ideas that were quite advanced for that time. Amazingly he allowed sensory nerves in his forearm to be severed by his surgeon colleague James Sherren (1872-1945) in order that he could track the recovery of skin sensation and thus contribute to the understanding of the peripheral nervous system and from this came his theory of protopathic and epicritic sensation. Sadly Head died with Parkinson disease and his later years were not so productive medically although his

interest in literature and his poetry writing led him to strike a good friendship with the poet Thomas Hardy (1840-1928) and his second wife Florence (née Dugdale, 1879-1937); Emma (née Gifford, 1840-1912), Hardy's first wife had died early.¹⁴

Bad ideas, on the other hand, should also influence us in order to avoid similar mistakes in the future. The Government mess-up in the United Kingdom that related in the job applications of many young doctors becoming lost is an example of political planning gone badly wrong. This is known as the MTAS fiasco and resulted from the imposition of dogma (using computers) to try to solve a non-problem. This should influence us in the degree of trust we may place in such procedures.

CAN WE RESIST?

Some have a most engaging personality, working its effects upon patients and historians alike. Almost these is the Swedish doctor Axel Munthe (1857-1949), well known for his book *The Story of San Michele*. He also wrote movingly of his time as a volunteer doctor in the British Army during the First World War. Animal lover, Egyptologist and antiquarian, mountaineer and polymath, Axel has left an interesting library that gives clues to the artefacts and ideas that contributed to his medical training in Paris.

The power of advertising is difficult to resist and the effect of vanity publishing needs to be addressed. Here the author contributes to

¹² Hughes, JT. Neuropathology in Germany during World War II: Julius Hallervorden (1882-1965) and the Nazi programme of 'euthanasia'. *Journal of Medical Biography* 2007;15:116-122.

¹³ *British Medical Journal* 2003, 326, 1077.

¹⁴ Gardner-Thorpe, C. Henry Head (1861-1940). Chapter 2 in *Twentieth Century Neurology, The British Contribution*. Edited by F Clifford Rose. Imperial College Press, London 2001. Pages 9-30.

the cost of his publication, sometimes a necessary matter in days of stringent finance, but the real issue is whether the need to keep an eye on the sales figures might distort the text and the interpretation of what is presented.

SHOULD WE RESIST?

Certainly we should resist the bad things-experiments that are inappropriate and undue influence by advertising and by preferment of the individual. These are not always easy to detect and a watchful eye is needed to guard against the obscure.

We need not resist the good things. There are countless stories of those who have lived in the desire to improve the lot of man, here for such a short time on what a Times newspaper journalist describes as *our journey on this ship of fools*. The study of publications, grave-stones and aural hearsay can all contribute to the good stories; it is necessary to record these before those who can inform us themselves perish and also before graveyards are cleared in the interests of rather dubious safety issues and before books and journals are destroyed by iconoclasts.

SHOULD WE PROMOTE BIOGRAPHY?

It seems therefore that we should promote biography. The Oxford clergyman William

Buckland (1784-1856) and his son Frank Trevelyan Buckland (1826-1880) have taught us about geology and mineralogy, and about biology and fish farming, with reference to medicine.¹⁵ The clergyman William Paley (1743-1805), Archdeacon of Carlisle in the north west of England wrote for his fellow clergymen, pondering why the human body is made thus and extrapolating his views to suggest that the elements of design he perceived in the body were proof of the existence of an outside force or maker—St Augustine's argument by design for the existence of God.¹⁶ In seeking causality (the finding of a cause for each thing we find) can be hazardous for subsequence does not proof consequence.

Another religious believer was the London apothecary James Parkinson (1755-1824), best known in medical circles for paralysis agitans, the disease he described in three of his patients and in three passers-by in the street. A much-loved practitioner, he was both son and father of a local apothecary. However, he was better known generally in his time as a collector of fossils. He corresponded widely on this subject, particularly in his later years when his youthful enthusiasm for political polemic had subsided, for in his earlier years he was a formidable write of political pamphlets in the east end of London.^{17,18}

Man and his condition then is of great interest. In 1733 Alexander Pope (1688-1744), acclaimed during his lifetime as one of the great English poets, wrote

¹⁵ Gardner-Thorpe, C. Who was Frank Buckland? *Biologist* 2001;48/4:187-188.

¹⁶ Gardner-Thorpe, C. William Paley (1743-1805), Neuroanatomist? *Journal of Medical Biography* 2002;10:215-223.

¹⁷ Gardner-Thorpe, C. James Parkinson 1755-1855. Published by Department of Neurology, Royal Devon and Exeter Hospital (Wonford), Exeter, 1987 (Second Edition published in 1988).

¹⁸ Gardner-Thorpe, C. The Parkinson-Cunnington Connection. *The Wiltshire Archaeological and Natural History Magazine* 1986;80:192-196.

*Know then thyself, presume not God to scan,
The proper study of Mankind is Man*¹⁹

and the humorous poet Hilaire Belloc (1870-1953) backed him up when he wrote

*The proper study of mankind is men.*²⁰

HOW CAN WE PROMOTE BIOGRAPHY?

We can promulgate good cheer at our conferences where we meet and listen, for example at the IV International Meeting on the History of Medicine held at Figlini Valdarno. The role of biography is to promote interest but foremost to enable us to learn from others' mistakes and to practise better both medicine and life.

There is a conflict, however. The contemporary poet Dannie Abse (1923-)²¹ has written at least fifteen books of poetry. His conflict between medicine and poetry is highlighted in his poem where the white is the medical coat and the purple the coat of the poet

*White coat and purple coat
A sleeve from both he sews.*

*That white is always stained with blood,
That purple by the rose.*

And phantom rose and blood most real
*Compose a hybrid style;
White coat and purple coat
Few men can reconcile.*

*White coat and purple coat
Can each be worn in turn
But in the white a man will freeze
And in the purple burn.*

The study of medical history and biography is hard work but so are many other good and important things in life. The mountaineer William Hutchinson Murray (1913-1996) did not reach the slope of the South Col of Everest in 1951 but with Edmund Hilary (1919-2008) and others he provided good reconnaissance. Of George Leigh Mallory (1886-1924) in his 1936 attempt on Everest from the North, Murray wrote.²²

The true greatness of this adventure will not be found at any moment of victory or defeat, but in the striving and discovering, for which man is made.

¹⁹ Pope, Alexander (1733). *An Essay on Man*. Part III. Poems of Alexander Pope, selected and edited by Douglas Grant. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex. 1950. Page 121.

²⁰ Belloc, Hilaire (1958). *Newdigate Poem*. *Collected Verse*. The Penguin Poets. Penguin Books, Middlesex. Page 88.

²¹ Abse, D (2003). *Dissecting Room*. *Physician writers*. *Lancet* 362, 336.

²² Murray, WH (1953). *The Story of Everest*. JM Dent, London. Page 141.

SALUTAT VOS LUCAS, MEDICUS CARISSIMUS

Antonio Spiller

*Salutat vos Lucas medicus carissimus. Loukas 'o iatròs,
'o agapetòs. (dalla lettera ai Colossesi)
Soltanto Luca è con me (dalla seconda lettera a Timoteo)
Ti saluta Epafra, ...con Dema e Luca,
miei collaboratori. (dalla lettera a Filemone)*

PAOLO APOSTOLO.

Queste tre brevissime frasi sono gli unici documenti scritti che nominano un “Luca” da parte di un ben preciso personaggio storico, suo contemporaneo, l’Apostolo Paolo, che con lui ha condiviso momenti forti di vita: Passeranno almeno altre quattro generazioni prima che i più antichi codici riportino questo nome “Luca”, e gli attribuiscano il “Terzo Vangelo” e gli “Atti degli “Apostoli”.

Gli Autori di questi codici non hanno perciò sicuramente mai visto né Luca, né qualsiasi altra persona che lo avesse direttamente conosciuto. Questi codici antichi riportano perciò tradizioni orali indirette, a volte concordanti fra loro, a volte contraddittorie.

Nei secoli successivi, i Padri della Chiesa dapprima, e poi, fino ai nostri giorni, una lunga serie di esegeti hanno cercato, mediante una fine analisi dei due libri di Luca, e sulla scorta delle sopradette tradizioni orali e scritte, di delineare la figura umana di questo terzo Evangelista.

Oltreché medico, e Santo protettore dei Medici, egli è, a mio giudizio, il più magico scrittore di tutti i tempi e di tutti i luoghi della terra: quale scrittore, o poeta, è stato, nei secoli scorsi, ed è tutt’oggi più vivo di Luca? Quali brani letterari, o quali canzoni, sono quotidianamente più recitati a viva voce, e dalle più svariate categorie sociali, rispetto all’*Ave Maria*, al *Magnificat*, al *Gloria in excelsis Deo*? Quale scrittore ha ispirato un maggior numero di altri scrittori, conferenzieri, predicatori, di musicisti, di pittori, di scultori, ivi compresi gli umili disegnatori o plasmatori di presepi?

Esistono numerose rassegne dei vari codici, e delle loro interpretazioni, nel corso della Storia.

Nell’anno giubilare 2000 si è svolto a Padova, presso la Basilica di Santa Giustina, (dove esiste un sontuoso Sacello, che si dice contenga le ossa di San Luca), un Congresso internazionale su San Luca. Negli Atti di detto

Congresso, tre grossi volumi (1), sono anche illustrati i risultati di questi bimillennari sforzi di meglio delineare la biografia di questo eccezionale personaggio.

Esistono tuttora perplessità e contraddizioni, per cui è stato per me molto stimolante fare una lettura delle diverse argomentazioni. A chiunque altro interessato ad approfondire la conoscenza della “*Quaestio Lucana*”, consiglio la lettura di questi Atti; vi si trovano inoltre ampi indici bibliografici.

Incredibile, ma vero! L'Autore del Terzo Vangelo e degli Atti degli Apostoli, è anonimo.

In nessuna pagina di questi due libri, dall'inizio alla fine, appare il nome “Luca”.

Su questi due soli punti gli esegeti sono d'accordo:

- 1) Luca era un medico.
- 2) Luca ha partecipato ad una parte dei viaggi missionari di Paolo.

Su altri punti invece le conclusioni sono contrastanti:

- 1) Alcuni affermano che Luca avesse conosciuto Gesù, e ne fosse stato addirittura un discepolo.
- 2) Altri invece sostengono che Luca non abbia mai visto Gesù.
- 3) I Padri della Chiesa non sollevano alcun dubbio sulla origine ebraica di Luca.
- 4) Invece, alla fine del XIX secolo e per tutto il XX secolo una gran parte degli Esegeti ha pensato che Luca fosse uno dei primi greci pagani convertiti al cristianesimo.
- 5) Recentemente (1999) Salvatore Principe (2), laureato in Medicina, e collaboratore della prestigiosa Rivista di Studi storiocologici sull'Ebraismo. *Henoch*, dell'Università di Torino, sostiene che “*Luke was a Jew,*

and not a pagan... Luke's knowledge of the liturgy and of the priestly praxis could hint at his priestly origin”

- 6) Secondo alcuni esegeti Luca era un discepolo di Paolo;
- 7) secondo altri, Luca era invece un medico collaboratore di Paolo. (Paolo stesso lo chiama “*synergòs*”).
- 8) Un autorevole esegeta, G.L. Hahn, nel 1892, essendo convinto che il “*Lukas agapetòs*” fosse un originario greco-pagano; ma essendo pure convinto che l'autore del terzo Vangelo dovesse essere un originario ebreo, propose l'attribuzione del titolo di Evangelista ad un altro discepolo, molto citato: a Sila.

Proprio grazie a questa contraddittorietà di conclusioni mi sono sentito legittimato ad esporre anche una mia interpretazione biografica di questo personaggio, interpretazione maturata e “deformata” da una alquanto lunga esperienza di medico. Le mie conclusioni sono maturate dopo lunga riflessione su quelle tre parole che costituiscono il più importante, il più tangibile, il più canonico dei documenti che ci sono pervenuti, e cioè le tre parole dell'Apostolo Paolo: Loukas, ‘o iatròs, ‘o agapetòs.

Loukas. Luca non è un nome ebraico, bensì greco-latino. Perciò esistono due alternative:

- 1) Il terzo Evangelista non è ebreo, ma un pagano greco, ottimo letterato, uno dei primi seguaci della nuova religione. Questa ipotesi è stata in passato, e lo è tuttora, molto seguita.
- 2) Oppure il nome Luca è un soprannome attribuito ad un ebreo, che ha deciso di seguire la nuova religione, aperta a tutte le razze del mondo.

Poiché, come già detto sopra, molti esegeti, sia antichi, che moderni, sono dell'opinione che il terzo Evangelista sia ebreo, ottimo conoscitore della lingua greca, io propendo per la seconda alternativa.

La cosa non è affatto assurda: i soprannomi sono sempre stati molto di moda, sia nell'antichità che al giorno d'oggi, in ogni parte del mondo. Anche i Papi hanno assunto, quasi tutti, un soprannome.

Nei testi del Nuovo Testamento esistono numerosi esempi:

Saulo di Tarso, nome ebraico che significa *“implorato da Dio”*, assumerà il soprannome *Paolo*, nome latino che significa *“piccolo” (parvulus)*

Allo stesso Gesù di Nazareth, il figlio di Giuseppe, viene attribuito l'appellativo greco *“Kyrios, Signore”*.

Ad un altro Gesù, (nome molto comune a quei tempi), Paolo attribuisce il soprannome di *Giusto*.

A Simone di Giona, Gesù stesso attribui il soprannome *Kefa* che significa: *“pietra”* donde Pietro.

Un altro Simone Apostolo. era contraddistinto come *“Zelota”*.

Giacomo e Giovanni, furono soprannominati da Gesù stesso *“Boanergés”*, cioè *“Figli del tuono”*.

Un Apostolo di nome Giuda, veniva chiamato *“Taddeo”*

Mentre l'altro Apostolo Giuda era contraddistinto dall'appellativo *“Iscariota”*.

L'Apostolo Tommaso era soprannominato *“Didimo”*.

Natanaele è meglio conosciuto come l'Apostolo *“Bartolomeo”*.

Il pubblicano Levi diventa l'Apostolo ed Evangelista *“Matteo”*.

Sarebbe perciò anomalo che al terzo Evangelista non fosse stato affibbiato un soprannome.

Joseph Ernst (3), Professore di Teologia neotestamentaria a Paderborn, nella sua opera *“Lukas. Ein theologisches Portrait”*. Düsseldorf 1985; Morcelliana 1988. scrive. *“Il nome Luca, forse l'esempio più antico d'un soprannome assunto per motivi religiosi...”*.

Possiamo perciò sentirci legittimati se affermiamo che il nome Luca è un soprannome, anzi, questa conclusione è necessaria, se condividiamo l'opinione che l'Autore del terzo Vangelo sia un ebreo.

I soprannomi hanno quasi sempre un significato ben preciso. Cosa significa Luca?

Nel Dizionario Gribaudo dei Nomi è scritto: *“Luca potrebbe derivare dal latino «Lux» (luce)”*.

Loukas, derivato da leukòs (lucente, chiaro, bianco), diventa il latino Lucas, Luc(a)s, Lucs, Lux, Luce.

IATRÒS, MEDICUS, MEDICO

Cosa significa la parola “Medico”? Il Dizionario Etimologico Italiano, Ceschina, Milano, scrive:

“tratto dal verbo medeor «curare uno, portargli rimedio»: radice med «pensare, riflettere» e «misurare». Comune al greco médomai «occuparsi di qualcuno»”.

Il testo originale greco della lettera di San Paolo, usa la parola greca *“iatròs”*, che non deriva dal verbo *“medomai”* sopra citato, bensì dal verbo *“iaomai”* che significa: *“risanare, guarire”*.

Perciò la parola *“iatròs”*, preceduta dall'articolo *‘o*, significa in maniera più precisa *“il guaritore”*, e quindi le traduzioni latina *«Medicus»* e

italiana “Medico”, cioè “*il Curante*” a rigore, non sono esattamente corrispondenti. E’ vero che anche il Medico curante ottiene spesso la guarigione del malato, per cui può essere chiamato “guaritore”, Anzi, la più bella soddisfazione per un medico è quella di sentirsi dire “*Lei è quello che mi ha guarito*” anziché: “*Lei è quello che mi ha curato*”.

Molti Colleghi preferiscono definirsi “*Pe-diatra, Odontoiatra, Otorinolaringoiatra, Neuropsichiatria, Archiatra, ecc.*” piuttosto che “*Specialista dei bambini, Dentista, Specialista di orecchio-naso-gola, Specialista delle malattie mentali; Arcimedico, ecc.*”.

Agapetòs, secondo il Vocabolario Greco-Italiano Rocci, significa “*Amato, caro*”.

In base alla mia esperienza, ho maturato l’opinione che quando una persona attribuisce ad un medico un aggettivo che esprime affetto (oppure anche rancore), quella persona abbia avuto relazioni di tipo sanitario con quel medico. Anche l’autorevole teologo Adolf von Harnack traduce l’espressione ‘*o iatròs, ‘o agapetòs* con “*il mio medico*”(particolare riportato da M.L. Rigato) (4)

Mi sono perciò ripetutamente chiesto. “quando mai l’Apostolo Paolo, ovvero Saulo di Tarso, ha avuto problemi di salute, ed è stato guarito da uno “*Jatra*”; e ne è rimasto così soddisfatto da chiamarlo “*Luce, quello che mi ha guarito, quello a cui voglio tanto bene*”???

Ho rivolto questa domanda ad alcuni amici; quelli che avevano una minima conoscenza degli Atti degli Apostoli mi hanno subito risposto (l’uno indipendentemente dall’altro): “*quando è caduto da cavallo, abbagliato da una forte luce ed è rimasto cieco per alcuni giorni, finché un certo Anania lo ha guarito*”. Questa affermazione l’hanno pronunciata loro per primi; io l’avevo solo pensata, in precedenza.

Rileggiamo un attimo il capitolo 9 degli Atti:

Saulo si alzò da terra, ma aperti gli occhi, non vedeva nulla. Guidandolo allora per mano, lo condussero a Damasco, dove rimase tre giorni senza vedere...Ora c’era a Damasco un discepolo di nome Anania. Il Signore gli apparve in visione e lo chiamò: “Anania!”. Rispose: “eccomi, Signore!”. E il Signore a lui: “Alzati e va’ sulla strada chiamata Dritta, e cerca nella casa di Giuda un tale che si chiama Saulo, di Tarso. Egli sta pregando, ed ha visto in visione un uomo di nome Anania, venire a imporgli le mani perché riabbia la vista”. Anania rispose: “Signore ho sentito molto parlare a proposito di quest’uomo, di quanto male abbia fatto ai tuoi santi in Gerusalemme. Inoltre egli ha una autorizzazione dei Sommi Sacerdoti di mettere in catene tutti quelli che invocano il tuo nome”. Ma il Signore disse: “Va’, perché egli è uno strumento che io stesso mi sono scelto per portare il mio nome ai pagani, ai re e ai figli di Israele. Io gli farò vedere quanto dovrà soffrire per il mio nome”. Anania allora andò, ed entrò nella casa, ed imponendogli le mani disse: “Saulo, fratello, mi ha mandato a te il Signore, Gesù, che ti apparve sulla via per la quale tu venivi, affinché tu riabbia la vista e riceva lo Spirito Santo”. E improvvisamente gli caddero dagli occhi come delle squame, e riebbe la vista; e alzatosi fu battezzato. (Atti degli Apostoli 9, 8-18 ISG Vicenza 1972.)

Mi sembrano degne di attenzione alcune parole del testo greco:

Anania viene definito al versetto 10 come “*mathetès*”, cioè “*discepolo*”; (sottinteso di Gesù.).

Nel versetto 11 viene descritta una precisa chiamata del Signore; “Anania!”.

Il versetto 15 descrive una precisa missione per Anania, da parte del Signore: “Và!”.

Nel versetto 17 Anania dice a Saulo: “*mi ha mandato il Signore... o Kyrios apestalkén me*”, dove “*apestalkén*” rappresenta il tempo perfetto di “*apostellein*”, cioè di “*mandare*” o “*inviare*”; la stessa radice da cui deriva “*apostolos*” L'affermazione di Anania significa dunque: “*Il Signore mi ha «apostolizzato»... mi ha costituito Apostolo!*”. Anania quindi ha pienamente diritto di definirsi Apostolo.

Se in un libro intitolato “Atti degli Apostoli”, ad un certo punto (capitolo 16, 10) compare il pronome “NOI” cosa significa? Ho rivolto anche questa domanda ad alcuni amici, e questi mi hanno risposto (indipendentemente l'uno dall'altro): “*significa che chi ha scritto il libro è un Apostolo, un inviato, un missionario lui stesso*”. Non ho trovato nessun'altra spiegazione più logica, semplice, e meglio documentata.

Mi sembra degno di attenzione anche il fatto che l'episodio dell'accecaimento e della guarigione di Saulo viene raccontato anche da Paolo (cioè da Saulo convertito), davanti al tempio di Gerusalemme (Atti 22).

In questo stesso capitolo Paolo afferma, (narrazione di Luca), anche che, qualche tempo dopo la guarigione, fu rapito in estasi nel Tempio, vide il Signore che gli disse “*Và!, io ti manderò via, lontano, tra le genti*”. Il verbo greco é “*exapostellò*”, cioè “*ti «apostolizzerò via*” Da quel momento Paolo si sentirà in diritto di definirsi, a voce e per iscritto, nelle sue lettere: “*Paolo, chiamato ad essere Apostolo di Gesù*”, e come tale viene riconosciuto da tutti gli esegeti e da tutti i Cristiani, delle varie confessioni.

Per la medesima logica, i Cristiani devono riconoscere il titolo di Apostolo anche ad Ana-

nia, tanto più che egli era stato già in precedenza un discepolo di Gesù, (*mathetès*).

E chi altri, se non Anania, si merita il titolo di “*LUCE, IL GUARITORE, IL TANTO AMATO*”?

E se tutti gli esegeti concordano nel vedere in “*Loukas, o iatròs, o agapetòs*” l'anonimo Autore del terzo Vangelo e degli Atti degli Apostoli, quale potrà essere la più logica conclusione???

L'Evangelista Luca, da secoli, viene definito dai Teologi *l'Evangelista della misericordia del Signore*. Il nome ebraico Anania significa: “*Jahvé è misericordioso*” (Piccolo Dizionario Biblico. Edizioni Paoline). Molti Psicologi sostengono che il nome è un marchio, un *imprint*, oppure rappresenta un programma di vita (per esempio: Sereno, Guerrino, Letizia, Leone, Fedele, Benito, Bruna ecc.). Quale nome di nascita si addice meglio che quello di Anania, al nostro Evangelista della misericordia?

L'Apostolo Paolo, con una punta di orgoglio si autodefinisce “*circonciso all'ottavo giorno, della razza di Israele, ebreo di ebrei; quanto alla legge fariseo... eletto Apostolo di Gesù Cristo per volontà di Dio*”. Con tutta umiltà però riconosce anche le sue debolezze: “*Affinché non insuperbissi per la grandezza delle rivelazioni, mi è stata infitta una spina nella carne, un inviato di Satana incaricato di schiaffeggiarmi, perché non insuperbisca. A causa di questo per ben tre volte ho pregato il Signore che lo allontanasse da me.*” (2 Cor.12, 7-8). Studiosi moderni hanno interpretato questa “*spina nella carne*” come episodi ricorrenti di epilessia, o di crisi emicraniche, o di crisi labirintiche.

Mi sono chiesto, e lo domando anche a Voi: “avrebbe forse potuto Paolo accettare, come suo collaboratore missionario, uno *iatròs* che non fosse da lungo tempo iniziato ai tradizionali concetti ebraici (5), di derivazione Mosaica, secondo i quali la malattia era considerata come

un castigo mandato da Dio, in conseguenza di qualche peccato, e la guarigione era un dono che Dio misericordioso faceva al peccatore pentito? Paolo stesso, tratto in arresto a Gerusalemme, racconta l'episodio della sua caduta a Damasco e tiene a precisare che Anania gli aveva ordinato: *"immergiti e lavati dai tuoi peccati"* (Atti 22, 16).

Dobbiamo forse ipotizzare che il suo *amato Luca* potesse essere un improvvisato *iatròs*, un neoconvertito dal paganesimo greco? Mi sembra più logico considerarlo un originario ebreo, forse un ufficiale sanitario, un levita, che aveva abbracciato la nuova religione, il cui Fondatore stesso aveva precisato che *non era venuto per abolire la Legge*, ed aveva guarito un paralitico dopo avergli detto: *"ti sono perdonati i tuoi peccati"*. Se, dunque, questo *amato iatròs* fosse stato, come Paolo (alias Saulo), *della razza di Israele*, come tale il suo nome originario non poteva essere *Luca*, ma sarebbe stato un nome ebraico.

In base ai documenti, quale altro personaggio ebraico potrebbe competere il titolo di "Luce" ad Anania?

Mi sembra inoltre inaccettabile l'ipotesi che Paolo avesse avuto tanti suoi guaritori: egli infatti non caratterizza il suo guaritore con tre sole parole: *Luca medico carissimo*, bensì, usando due volte l'articolo determinativo *il, 'o*, scrive: *Luca, il guaritore, il tanto amato. Loukas 'o iatròs 'o agapetos*.

I documenti storici, tramandano una sola guarigione di Paolo, quella operata dal guaritore teurgico Anania, incontrato a Damasco.

Paolo scrisse ai Colossesi la sua lettera, includendo la frase *"Vi saluta Luca"*, negli ultimi anni della sua vita, a quasi trent'anni di distanza dalla celebre caduta. I Colossesi erano stati evangelizzati da Epafra, collaboratore di Paolo, ma non avevano mai visto

Paolo, e verosimilmente nemmeno Luca; sicuramente però avevano sentito raccontare, da Epafra, l'episodio dell'accecamento di Saulo e del meraviglioso intervento di un guaritore. Il fatto era noto: lo riconosce lo stesso Paolo nella lettera ai Galati: *"Voi avete udito quale sia stata la mia condotta nel passato,... come perseguitavo, quanto più potevo, la Chiesa di Dio e la devastavo"*. Se Paolo avesse scritto: "Anania, il caro guaritore", qualcuno si sarebbe chiesto: "ma quale Anania?". Questo nome era infatti molto comune; negli stessi Atti degli Apostoli ne sono descritti altri due, uno dei quali era il capo del Sinedrio di Gerusalemme, ed era stato addirittura ostile verso lo stesso Paolo; mentre l'altro, il marito di Safira, era morto maledetto per avere mentito a Pietro.

Paolo attribuisce invece all'amatissimo guaritore, un titolo molto determinativo: *"Luce"*.

Nelle sue lettere Paolo nomina molte decine di personaggi, storici, ed anche contemporanei, specialmente quelli delle prime comunità cristiane. Ho fatto una cavillosa ricerca, ma non ho mai trovata la citazione di Anania. Dobbiamo forse pensare che egli avesse ignorato proprio colui che lo aveva guarito, lo aveva battezzato, lo aveva guidato alla luce della fede? Benché io sia consapevole, per esperienza, di quanto diffusa sia l'ingratitude dei pazienti guariti, preferisco pensare che Paolo sia una delle infrequenti eccezioni, uno di quei pochi che hanno il coraggio di proclamare pubblicamente il proprio affetto verso il proprio medico; che lo chiamano "Chiarissimo", anzi, meglio ancora: LUCE.

Sono sicuro che non sarò contraddetto se affermo che la più bella soddisfazione per un medico è quella di poter raccontare ai propri amici, ai propri figli, di avere talvolta curato un giovane paziente affetto da una pericolosissima patologia; che questi sia poi guarito, in breve

tempo, grazie ad un appropriato intervento, e che, una volta ritornato stabilmente in salute, questo ex-paziente abbia fatto cose grandiose, e dichiararsi apertamente che il suo medico gli ha sicuramente salvato la vita. A me, casi del genere ne sono capitati ben pochi, ma mi sono bastati per consolarmi delle non rare amarezze. Sono certo che anche Voi avete vissuto qualche esperienza analoga, e l'avete raccontata con una punta di legittimo orgoglio e con grande entusiasmo, quasi facendo il tifo per questa vostra "creatura", e per quello che egli ha fatto dopo la guarigione da voi operata. Ebbene, l'Autore degli Atti degli Apostoli, il collega soprannominato Luca, non ha forse raccontato, e per ben tre volte, con coinvolgente entusiasmo la caduta di Saulo di Tarso, la sua prodigiosa guarigione, tramite l'intervento fisico di uno "iatra", la sua conversione, i suoi avventurosi e rivoluzionari viaggi missionari? Paolo, il guarito, è di gran lunga il protagonista del libro. Nessun altro apostolo ha trovato un biografo, suo contemporaneo, così valorizzante. E' davvero insostenibile l'ipotesi che questo anonimo scrittore sia stato il suo stesso *iatròs* Anania di Damasco?

Ed *"il fratello che è lodato in tutte le chiese a motivo del vangelo"* (2 Cor. 8, 18) non potrebbe forse essere il medesimo, sicuramente *amatissimo*, Anania, che proprio a Paolo accecato si era presentato con queste parole: *"fratello Saulo, il Signore Gesù mi ha mandato a te"*? Da chi avrà mai imparato l'Apostolo Paolo a rivolgersi ai neocristiani usando, frequentemente, l'appellativo *"fratelli"*?

Ed in fine, chi ha trasmesso a Saulo l'ordine di Gesù: *"ti mando al popolo e ai pagani, ad aprire gli occhi perché passino dalle tenebre alla luce"*? (Atti 9, 15 e 26, 18)

Se *"Lucas"* era un soprannome attribuito a ragion veduta, bene motivato, quale altro sarà

mai stato il nome originario dello *iatròs*, dell'*agapetòs* dell'Apostolo Paolo?

Una legittima obiezione: "dov'è scritto che lo *iatròs* Anania sia poi stato soprannominato Luca?"

Luca stesso fa la dovuta precisazione. Infatti Luca, ancora prima di scrivere gli Atti degli Apostoli, (nei quali viene ripetutamente raccontato l'intervento guaritore di Anania) sapeva che Paolo aveva scritto *"Lukas, 'o iatròs, 'o agapetòs"*; *"Luca solo è con me"*; *"vi salutano Luca e Dema miei collaboratori"*.

Ebbene, Luca, che si autodefiniva *accurato ricercatore storico*, (Luca 1,3) in questo libro fa' una biografia di Paolo, ma, pur descrivendo varie guarigioni, non nomina mai un guaritore di nome Luca, fedele compagno e collaboratore di Paolo; ma racconta per ben tre volte la guarigione di Saulo, da parte di un teurgico guaritore che si chiamava Anania e ne ripete il nome per ben sei volte. L'Autore stesso ha così confermato la presenza, nella vita di Paolo, di un guaritore, ben meritevole dei titoli di affetto e di ammirazione attribuitigli da Paolo nella lettera ai Colossesi; ma ha precisato, molti anni dopo il fatto, che il guaritore, il tanto amato da Paolo, quello che gli aveva ridato la luce, non si chiamava Luca, bensì Anania.

Una tardiva tradizione bizantina ci presenta Anania come primo vescovo di Damasco, e colloca la sua morte nell'anno 70 (6). Egli sarebbe quindi stato ancora vivo, quando Paolo scrisse la lettera ai Colossesi; e gli sarebbe addirittura sopravvissuto di almeno 5-6 anni, durante i quali potrebbe essere ritornato a Damasco, dove, già da tempo, era *"stimato da tutti i Giudei colà residenti"* (Atti 22, 12). Comunque, dalla presumibile data della conversione di Paolo, (anno 34) fino alla morte di questi, sarebbero passati circa trent'anni; secondo gli studiosi, l'autore degli Atti degli Apostoli, avrebbe "collaborato"

con Paolo , partecipando, almeno in parte, ai suoi viaggi, dall'anno 49 al 61. Pertanto la maggior parte della vita apostolica del nostro storiografo è stata distinta da quella di Paolo.

Non è affatto raro, sia nella storia, che nella cronaca moderna, che “*due*” supposti distinti personaggi risultino alla fine essere un unico personaggio, e ciò proprio quando costui ha un soprannome locale, o dove abita, o dove lavora, o dove combatte. Penso che, come a me, anche a più di qualcuno di voi sia capitato di vivere qualche situazione analogamente equivoca.

Chi di voi conosce i nomi originali di Gabriele Dannunzio, di Stendhal, di Voltaire, di Lenin, di Stalin, e ha la ferma intenzione di farli conoscere ai propri figli e allievi?

Scommetto che a Monaco di Baviera, ancor oggi, gli anziani preferiscono raccontare aneddoti di vita parrocchiale di Don Josef, anziché parlare dei libri e dei viaggi di Benedetto XVI.

Conclusione: se qualcuno dei colleghi simpatizzerà con le argomentazioni della mia

ipotesi, potrà dire che l'*agapetòs* collega Lucas, oltreché Evangelista, era pure stato Discepolo di Gesù, e successivamente anche Apostolo (non del gruppo dei primi Dodici). Si spiegano così, in maniera molto naturale, semplice e logica , i pronomi “*noi*” degli Atti degli Apostoli, (“*ci affrettammo a partire, essendo sicuri che Dio aveva chiamato NOI ad annunciare un buon messaggio*”: Atti 16,10), ma anche i controversi pronomi “*NOI-HMIN*” del prologo del terzo Vangelo (“*gli avvenimenti che sono accaduti in mezzo a NOI*”: Luca 1, 1-2).

Se accettiamo l'ipotesi di San Gregorio Magno, che, nel VI secolo, intravedeva Luca nell' *altro* compagno di Cleofa di Emmaus (3), possiamo pensare che fosse presente anche Luca, quando Gesù disse: “*VOI siete testimoni*” (Luca 24,48). Questi pronomi “*NOI*” suonano perciò come una risposta: “*ecco, NOI rendiamo testimonianza!*”

BIBLIOGRAFIA

- (1) Atti del Congresso Internazionale anno 2000, su “*San Luca Evangelista testimone della fede che unisce*”, Padova, Istituto per la storia ecclesiastica padovana. 2002 2002.
- (2) Salvatore Principe: *Chi era Luca?* HENOCH 21 (1999)
- (3) Joseph Ernst: *Luca, un ritratto teologico*. Morcelliana 1988.
- (4) M.-L.Rigato: *Luca originario Giudeo, forse di stirpe levitica* .Atti del Congresso sopracitato (1).
- (5) Giorgio Cosmacini: *Medicina e mondo ebraico*. Editori Laterza 2001.
- (6) Biblioteca Sanctorum. Pontificia Università Lateranense.

DALL'AUTOBIOGRAFIA DI M. MALPIGHI, IL RITRATTO DI UN GRANDE SCIENZIATO UMANISTA

Giuliana Cingoli

Società Italiana di Storia della Medicina

"Magna societati Regiae Anglicanae": con questa dedica M. Malpighi apre il racconto della sua vita¹ dagli anni della giovinezza al tempo in cui fu chiamato a Roma quale Archiatra pontificio, nel 1691. E' uno scritto di grande importanza per capire il pensiero e l'opera del grande scienziato, che, in un buon latino secentesco, presenta tutta la sua attività di medico ricercatore e i suoi affanni di uomo, non prescindendo da considerazioni morali che lasciano trasparire la sua formazione filosofico-umanistica. Se l'Autobiografia, contenuta nelle *Opera Posthuma*, è senz'altro l'opus maximum per conoscere il grande medico, un gradevole omaggio, offerto ad una coppia di sposi, portò alla luce, nel 1902, anche un breve profilo manoscritto, conservato nella biblioteca univarsitaria di Bologna,² nel quale l'autore trasmette ai posteri un ritratto di se stesso come ricercatore e come uomo. Anche a questo breve scritto di richiamerà la presente ricerca nel tratteggiare la figura di Malpighi

uomo. Il grande medico, che la tradizione bolognese annovera tra le glorie del suo Studio, in realtà nacque a Crevalcore, vicino al capoluogo dell'Emilia Romagna, nel 1628. La sua giovinezza passò tra studio e ricerca, funestata purtroppo da lutti che lo privarono in brevissimo tempo, nel 1649, dei genitori e della nonna, nonché da problemi di salute.³ Dopo un'intensa applicazione per realizzare importanti approfondimenti filosofici (e nessuno studioso di filosofia poteva trascurare Aristotele) e teologico-tomistici, passò per un certo periodo a Mantova a studiare teologia,⁴ per poi tornare a Bologna, dove fu avviato da Francesco Natali allo studio della Medicina, in cui ebbe maestro fondamentale Bartolomeo Massari,⁵ sotto la cui guida frequentò il *Coro Anatomico*, coltivando studi di tipo sperimentale, fondati sull'*osservatio*. Si laureò nel 1653, ottenne un insegnamento dal Senato accademico bolognese nel 1656, ma, ricevuta nello stesso anno una chiamata

¹ Cfr. M. Malpighi, *Opera posthuma*, Londini, 1697, pp. 1-102.

² Cfr. cfr. M. Malpighi, *Memorie di me Marcello Malpighi a i miei posteri fatte in villa l'anno 1689*, Bologna, 1902.

³ Queste notizie sono ben dettagliate nelle *Memorie*, cit.

⁴ Questa notizia ci viene fornita non dall'Autobiografia, ma dalle *Memorie*, cit.

⁵ Per questo Maestro si richiama l'*iscrizione, che si trova nell'Archiginnasio*: cfr. Le iscrizioni dell'Archiginnasio a cura di G. G. Forni e G. B. Pighi, Bologna, 1962, pag. 143.

allo studio pisano, accettò l'invito a divenire professore di Medicina teorica. Qui restò alcuni anni per poi tornare nella sua città, dalla quale sarebbe ripartito alla volta di Messina, dove soggiornò altri anni, dopo i quali riprese l'insegnamento nell'università di Bologna. Questi per sommi capi i dati biografici di M. Malpighi. Per meglio conoscerne l'opera e l'importanza, è bene inserire il suo studio nella situazione della cultura bolognese del XVII secolo.⁶ All'Archiginnasio, sede dell'Università, si impartivano insegnamenti filosofico-scientifici basati sui testi della classicità, in particolare, per la preparazione medica, di Galeno.⁷ Il metodo era ancora rigorosamente deduttivo, mentre nelle Accademie⁸ e negli ospedali gli studiosi cercavano di leggere i segreti della natura⁹ con mente disponibile alla scoperta e con *observatio* squisitamente sperimentale, rifiutando un apprendimento unicamente verbale e filosofico: "*Excussa interea verbalis philosophiae, vulgarisque medicinae caligine, quibus sola nomina inculcantur, experientorum seriem tentabam...*".¹⁰ E proprio vicino all'Archiginnasio si trovavano i due grandi ospedali che la pietà delle Confraternite¹¹ del Medio Evo aveva trasmesso ai secoli successivi: S. Maria della Vita e S. Maria della Morte. Questi sono i luoghi privi-

legiati della ricerca del Malpighi, del suo studio del corpo umano, sia come struttura, sia come portatore di difficoltà patologiche. Ne consegue un'analisi minutissima, sostenuta anche, per quanto riguarda frammenti di tessuti, dall'aiuto del microscopio, di recente invenzione. Da queste osservazioni matura un medico esperto non solo nell'anatomia, ma anche nella fisiologia e nella patologia, addirittura nell'anatomia patologica, visto che il Malpighi si pone sempre il problema dell'interrelazione tra struttura e funzione e tra struttura compromessa e funzione compromessa, con un intento anche di ricerca eziologica. Ma l'analisi dello studioso non si ferma al campo umano: il confronto con le strutture animali, e persino vegetali, lo porta ad indagini sull'infinitamente piccolo, in particolare nel campo della genetica, in cui, sulla base dello studio dell'uovo, non solo confuta la teoria della generazione spontanea,¹² ma nel preformismo che egli sostiene anticipa la più moderne affermazioni dell'esistenza di un patrimonio genetico, nonché del valore vitale e della specificità dello zigote fin dal primo momento del concepimento.¹³ In questa breve relazione non ci soffermeremo sui vari aspetti sin qui presentati, ma si darà uno sguardo più analitico solo ad alcuni punti, come la ricerca

⁶ Cfr. per un più ampio panorama dell'argomento cfr. R.A. Bernabeo, *L'ambiente culturale in cui si formò Marcello Malpighi in Bollettino delle scienze mediche*, a.153, fasc. 3-4, 1981; *Marcello Malpighi in Scienziati del Seicento* a cura di M.L. Altieri Biagi e B.Basile, Milano-Napoli, 1980; R.Bernabeo-C. Pallotti, *Marcello Malpighi, scienziato universale*, Bologna, 1995.

⁷ Cfr. Simeoni, *Storia dell'Università di Bologna*, Bologna, 1940, vol. II, pp. 109-114.

⁸ Sull'importanza delle Accademie nel '600, ed anche sul Coro Anatomico, cfr. M. Cavazza, *Accademie scientifiche a Bologna - Dal "Coro anatomico" agli "Inquieti"*, in *Quaderni storici*, 48, 1981. Qui l'Autrice richiama le *Memorie* del Malpighi.

⁹ Cfr. G. Cingoli, *Natura sagax, provida, mirabilis* in *Rivista di storia della Medicina*, anno XIV NS (XXXV), fasc. 1-2, Gennaio-Dicembre 2004, pagg. 1-12.

¹⁰ Cfr. Malpighi, *Opera*, cit, pag. 2.

¹¹ Cfr. G. Cingoli, *Su alcune fondazioni ospitaliere nel basso Medioevo in Emilia Romagna* in *Rivista di Storia della Medicina*, anno XIV, NS (XXXV), fasc. 1-2, pagg. 63-77.

¹² Cfr. Malpighi, *Opera*, cit., pagg. 80-81.

¹³ Cfr. Malpighi, *Opera*, cit., pagg. 81-82.

sulla struttura alveolare e funzione dei polmoni, per poi insistere ancora sul metodo usato dallo scienziato e sulle polemiche che seguirono, polemiche che ebbero risvolti dolorosi, ma che pure ci rivelano la grande valenza umanistica della sua formazione professionale. I luoghi del grande apprendimento metodologico furono, per Malpighi, Bologna e Pisa. Nella città emiliana l'insegnamento del Massari, con l'esperienza del Coro Anatomico, poi, dopo la sua morte, di Andrea Mariani, gli diedero il gusto della ricerca sperimentale e la capacità di seguire valide linee terapeutiche nella cura delle malattie, cui si applicò con vero spirito di dedizione. A Pisa l'ambito delle collaborazioni dello scienziato si allarga: grande amicizia stringe con Alfonso Borelli, ma non meno importanti sono gli incontri con Lorenzo Megalotti e Valerio Chimentelli. Al Borelli "*placuit... summa cun humanitate me in libera philosophia erudire, & si unquam profeci in hac, id tamquam humanissimo praeceptorum debere me fateor... Eius domi frequenter anatomicas molibar sectiones...*"¹⁴ E fu proprio nel corso di uno di questi esami anatomici che Malpighi scoprì l'andamento a spirale delle fibre cardiache, osservazione, questa, che fu opera del nostro Autore, anche se l'amico lo fece passare come semplice testimone: "*spiralis ipsarum (i.e. fibrarum cordis) tractus occurrit, quem ipsi primo ostendi, licet in suo postumo libro me exaratae observationi testem tantum enunciet*".¹⁵ Dopo tre anni l'Autore tornò a Bologna, "*insalubritatem aeris meturns*".¹⁶ Qui Malpighi proseguiva le sue

ricerche insieme al Fracassati, finchè, nel 1660, studiando la circolazione del sangue, si accorse della struttura *membranosa* dei polmoni: "*inquirrens sanguinis motum, & praecordiorum structuram visus sum in pulmonibus alienam ab evulgata ab Anatomicis substantia detexisse compagem, pulmonesque solis membranis in vesiculas, & cellulas conformatis componi*",¹⁷ ipotesi, questa, non accolta, in un primo momento, dal Fracassati, ma successivamente condivisa anche da questo collega bolognese.¹⁸ Altro grande scienziato che si pone in dialogo col Malpighi sulla struttura, e quindi anche sulla funzione, dei polmoni è il Borelli, l'amico conosciuto a Pisa, col quale, su tale tema, il testo dell'Autobiografia riporta un simpatico scambio epistolare, in cui l'autore pisano incita il medico bolognese a pubblicare le sue osservazioni. Il Malpighi fa quanto gli è stato consigliato: si scatena allora la sequenza delle opposizioni e dei consensi. Non ci soffermeremo in questa sede ad analizzare tutte le obiezioni, per indugiare — anche se brevemente — su quelle del collega medico e docente bolognese Paolo Mini. Manifesti sono i consensi del Truon e positivo lo scambio epistolare con l'Oldenburg, la cui risposta fu stilata dal Malpighi il 20.II.1671 ed è riferita nel testo.¹⁹ E' qui che Malpighi si diffonde nel presentare la funzione, oltre che la struttura, delle fibre muscolari, per la cui osservazione il mondo animale fornì all'Autore cospicuo materiale. Ciò che sorprende a questo punto è l'opposizione del Borelli,²⁰ ma è in certo senso assai utile, perchè costringe il nostro studioso a presentare

¹⁴ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 2.

¹⁵ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 2; cfr. anche *Memorie...*, cit. pag. 13.

¹⁶ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 4.

¹⁷ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 4.

¹⁸ Malpighi, *Opera*, cit., pagg. 4-6.

¹⁹ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 9.

²⁰ Malpighi, *Opera*, cit., pagg. 11-12.

minutamente la profondità delle sue osservazioni circa la funzione dei polmoni e soprattutto sul ruolo che essi svolgono nel fornire al sangue elementi nuovi coi quali ritorna poi al cuore ricco della necessaria sostanza, acquisita proprio nell'apparato respiratorio. Lo scritto del Malpighi è assai dettagliato nella descrizione dei fenomeni e delle strutture che li sostengono. Non è possibile qui presentarne minutamente le linee. Se ne seguiranno le affermazioni fondamentali desunte dalle lettere da lui inviate agli studiosi o dalle sue stesse descrizioni inserite nel racconto della sua vita. Così si esprime il Malpighi nel dialogo con l'Oldenburg: "*Mirabilis hic musculus non tantum esteriorem pulmonum ambit regionem, sed interius quascumque vesiculas, & sinus circumdat, ita ut suo motu singulas pulmonis partes comprimendo expirationem promoveat. Haec eadem structura in pulmonibus perfectorum animalium proportionaliter observatur, & in agnorum extremis praecipue lobulis, aere turgidis, & adhuc mollibus, patet*". Qui il movimento espiratorio, sostenuto dall'azione meccanica del *reticularis musculus* che circonda tutta la struttura polmonare, comprese le *vesiculae* viene minutamente descritto per vedere la funzione in rapporto con la struttura.²¹ Tale struttura vescicolare, ricca di vascolarizzazione e del sistema di fibre per la compressione, non è tipico solo degli uomini, ma anche degli altri esseri viventi: "*Ex his itaque patet, non putaticios, sed germanos ranarum, testudinum, lacertorum, serpentum, & similium veros esse pulmones; omnibus enim integrantur partibus, quibus hominis, & perfectorum sangui-*

neorum compaginantur pulmones; hi namque, approbante etiam ipso Entio, constant tracheae trunco, qui in ramos subdividitur, a quibus elongata membrana sinus efformantur, qui postremo in cellulas & et vesiculas desinunt. Haec autem omnia peculiari sanguineorum vasorum ramis in rete implicitis irrigantur, & fibrarum carnearum nexibus firmantur, ita ut tota pulmonum moles aeris externi ingressu, & egressu expirationem, & inspirationem celebret".²² L'azione dei polmoni non è staccata dal resto delle altre strutture, ma è collegata, grazie alla circolazione del sangue, in modo particolare al cuore, che provvede alla distribuzione del sangue, opportunamente rinnovato, a tutta la compagine corporea: "*In nobis autem jam luci editis cor gemino potens ventriculo, dextro videlicet sanguinem recipit, quem immediate in contiguos pulmones expellit, a quibus in cor refluus, altero ventriculo in totum corpus propagatur... nam cor perpetuo receptum sanguinem propellit, pulmines vero aliquid sanguini communicant, vel ejus compagem immutant variis in locis, prout viventium oeconomiae magis commodum expedit*"...²³

Quanto il Malpighi afferma non è frutto di intuizione personale o di ipotesi indimostrata: egli ha cura di sottolineare, nel corso dell'analisi che lo porta a ribadire le sue posizioni di fronte alle obiezioni del Borelli, che "*opportunitum erit a sensatis exordium sumere*".²⁴ E frutto di osservazioni sono le considerazioni che contraddistinguono la risposta al Borelli; questo vale sia per la forma dei corpuscoli che sono nel sangue, sia per il rapporto che essi instaurano con la corrente ematica. Il microscopio è,

²¹ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 9.

²² Malpighi, *Opera*, cit., pag. 10.

²³ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 10.

²⁴ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 12.

infatti a tal fine di grande aiuto: “*His addamus figuram corporum componentium sanguinem, ut microscopio patet, angulares esse, pyramidales, cubicas, &c & quae rotundae sunt, appendices quasi radios habere, quae omnia a rotundo, membranosoque tubulo praestari non possunt in fluido celeriter moto*”.²⁵ Così anche la funzione dei corpuscoli immersi nel fluido ematico è ben chiara nell'esposizione dell'Autore: “...*turbativum principium ab aere perpetuo separatur media membrana pulmonum substantia, & pertranseunt sanguini ubique miscetur, & affunditur... probabile est quid latitans in aere, & aqua etiam, summe mobile, & activum separari quod fortasse luminis naturam sapit*”.²⁶ La dimostrazione prodotta per risposta alle obiezioni del Borelli contiene una specie di trattato sulla respirazione e sul rapporto cuore-polmoni, nonché sull'ossigeno, il *principium activum*, che dall'aria entra nel flusso ematico per il mantenimento della vita. Ma le obiezioni più aspre sono quelle del collega del Malpighi, Paolo Mini, per le quali si pone la necessità di un esame più attento.

Se le osservazioni e i contrasti scientifici con gli altri studiosi sono chiamati dal Malpighi *Objectiones*, quelle che gli vengono nell'ambito bolognese sono dette *injuriae*: “*Vindicata pulmonum a me exposita substantia, & usu ab Exterorum objectionibus, fas est domesticas etiam propulsare injurias. Nonnulli per plura lustra in theatro nostro anatomico, me praesente, ita in mea debacchati sunt, ut deliramenta, & nugas esse dixerint. Quoniam tamen experimento consona, & Anatomicorum omnium consensu firmata temporis progressu viderunt, ideo supervacanea, nullius usus in medicina, & hinc inde furata, publicis lec-*

tionibus & thesibus evulgarunt. Ita excellentissimi Viri Anatomiae Publici Professores, nonnulique juniores eorum Asseclae, continuata sollicitudine, ne dicam rabie, circa haec insudarunt. Inter hos prae reliquis exarsit Dominus Paulus Minus, qui meus fuit auditor, eumque prius in arte medica institui per annos, licet postea, obliato Hippocratis praecepto, de decenti ornatu sapientiam ad medicinam non transtulerit, unde spretis naturae, & amicitiae legibus, me, meaque dictis, & scriptis prosternere, ut utar ejus verbo, tentaverit”.²⁷ Con amara ironia, come ben si nota dalla terminologia malpighiana (*debacchati sunt, insudarunt*), l'Autore mette in luce quanto il Mini si sia dato da fare per accusarlo di qualcosa che fosse professionalmente illecito, definendo frutto di plagio (*furata*) le sue stesse teorie, ormai approvate dal consenso universale degli studiosi; non solo: nella lezione del 9 Aprile 1689, tenuta nel teatro anatomico, lo stesso Mini cercò di distogliere i giovani dallo studio dell'anatomia come inutile²⁸ e dichiarò veri autori delle teorie malpighiane, relative agli organi interni, Eustachio, Wepfer e Casserio. Quest'ultimo, in particolare, viene da lui considerato il primo scopritore del tessuto da polmonare.

Malpighi non si dà per vinto: esamina una per una le opere degli autori citati, per giungere, in particolare per quanto riguarda i polmoni, alla conclusione che quanto afferma Casserio è ben lungi dalla sua teoria.

Infatti per prima cosa ribadisce i risultati delle sue osservazioni: “*Mea igitur positio in hoc consistit, pulmones hominis, reliquorumque perfectorum animalium, quae sanguinea dicuntur, loco carnis, seu parenchymatis integrari*

²⁵ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 14.

²⁶ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 16.

²⁷ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 17.

²⁸ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 17.

membranis tenuissimis a trachea propagatis, & in sinus & cellulas laxatis, extensisque, ita ut patens sit aditus subeunti, & egredienti aeri. In Caserio autem ne verbum quidem de hac peculiari structura exaratorum pulmonum reperitur, cum materiam hanc non ex professo tractet, solumque sollicitè quaerat laryngis structuram, veluti vocis peculiare organum, de qua erat Auctoris exercitatio".²⁹ Prosegue confutando, con precise citazioni, l' accusa del Mini e mettendo in luce le differenze tra la teoria sua e quella del Casserio: "...patet Caserium cum Antiquis firmiter credidisse substantiam pulmonum spongiosam esse, & ideo partim mollem, partim duram. Quae non sunt eadem, nec conveniunt cum membranosa natura in vesiculas, & sinus extensa, quod si novisset Caserius, facilius tollere potuisset instantiam".³⁰

Prosegue l'Autore dimostrando ampiamente quanto ha ora affermato per passare ad una più ampia contestazione del Mini, il quale ha pure composto in proposito un libro intitolato *Medicus igne non cultro necessario anatomicus*, in cui cerca di demolire tutta la competenza anatomica del maestro "cuncta mea de viscerum structura, & praecipue, quae de pulmonum usu habui, evertere tentat".³¹ Non manca la risposta del Malpighi, il quale, richiamando la sua osservazione, conclude che "Ab aere autem mediis pulmonibus aliquid summe activum communicari, quod fluiditatem, & fermentationem in sanguine excitet, duodecim annis ante ipsum exposueram in tractatu de polypto cordis..."³²

In sintonia con le sue dimostrazioni sempre assai circostanziate, anche in questo contesto

Malpighi ricorda per lunghe pagine, a verifica di quanto affermato, i suoi studi sulle piante, su varie specie animali, ma, cionostante, la polemica dergli avversari dello Studio è feroce.

Pare allora necessario a questo punto rileggere, sempre desumendo le affermazioni del Malpighi dalla sua Autobiografia, i termini culturali della controversia, legati a metodi e prospettive filosofiche di notevole interesse nel corso del secolo XVII e nei successivi. Per conoscere il metodo di lavoro del nostro Studioso, squisitamente sperimentale, è illuminante quanto egli afferma, in risposta alle obiezioni di un oppositore legato al metodo deduttivo, nelle pagine che trattano della formazione dell'embrione: "*Pauca haec pro vindicanda veritate ...habui monitus ab Hippocrate lib. de praecep. Fallacem, & ad errorem proclivem esse affirmationem, quae fit cum garrulitate; & cum Natura non hominum studia pervolventibus, sed ipsam immediate indagantibus pateat, spero Praeclarissimum Virum, relictis auctorum placitis, longa observationum tentamina instituturum, & inspecta veritate satius ducturum sibi aliquid generose detrudere, quam versis omnibus in dubium, veram philosophandi methodum labefactare*".³³ E tale osservazione implica che non solo si deve rifuggire dalle affermazioni, ritenute incontestabili, degli antichi, ma si devono utilizzare i moderni mezzi che l'ottica ha messo a disposizione per meglio conoscere la struttura della materia, in particolare il microscopio. Né vale il monito di chi esorta l'Autore a non lasciarsi ingannare da questa novità: "...ob monitum quo me, reliquosque micro-

²⁹ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 17.

³⁰ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 17.

³¹ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 18.

³² Malpighi, *Opera*, cit., pag. 18.

³³ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 81.

scopiis utentes admonet, ne horum usu decipiamus (decipiamur); putat enim centrum visionis esse minutissimum, colorem microscopio variari, & ebjectum, quod interpolatis vicibus lustratur, discretum, & seiunctum in partes apparere, quod revera continuum est. Si autem debita methodo microscopiis utamur, nulla profecto succedit deceptio".³⁴ Analoga obiezione sulla non validità dell'analisi condotta col microscopio viene al Malpighi dal Mini, al quale lo studioso risponde invitandolo a provarne il tanto deprecato uso: "Si Dominus Minus, relictis inanibus speculationibus, aliquid temporis impendisset lustrando salium, & fossilium figuras, eo usque procedendo acutissimis microscopiis, quoad sensu attingi potest, unam perpetuamque in his figuram observasset, ut aliis curiosis contingit".³⁵

Ma alla tenacia del Malpighi nel condurre l'analisi microscopica e nell'applicare il metodo sperimentale fa riscontro altrettanta tenacia, di segno contrario, del Mini, il quale, pubblica, dopo altre varie obiezioni, nel 1689, delle *Publicae Theses*, nelle quali il Malpighi riconosce un attacco diretto al suo lavoro. Infatti il tenace oppositore, partendo dal presupposto che nessuno può negare che il corpo è un "mirabile Domicilium" preparato per l'anima, sostiene che l'anatomia non può recare nessun giovamento: "anatomiam nullo vivo medico parere utilitatem".³⁶ Prosegue, nei quattro punti che costituiscono le *Theses*, contrastando altri studi del Malpighi, senza peraltro nominarlo diret-

tamente, ma con chiarissime allusioni alle sue affermazioni.

Per il nostro Autore l'attacco fu doloroso e veemente, tanto che la stessa autorità ecclesiastica dovette intervenire a favore del nostro studioso: "Evulgatis hujusmodi conclusionibus ingens rumor in Urbe, & in aula ipsa, ubi adversariorum Patroni aderant, excitatus est; quapropter Eminentissimus Cardinalis Jo. Franciscus Negronus, tunc temporis de latere legatus, accitum ad se Dom. Minum hortatus est, ut relicto contentioso studio alios, & me praecipue, turbare in posterum non auderet".³⁷

Ne scaturì una forte polemica, cui seguì la pubblicazione di un libretto anonimo (*absque auctoris nomine et furtim pressus*) dal titolo "De Recentiorum Medicorum studio *Dissertatio epistolaris ad Amicum*", in cui l'autore cerca di condannare, come inutili, le esercitazioni anatomiche fatte con l'aiuto del microscopio.³⁸

Le discussioni continuarono, amareggiando la vita del Malpighi, il quale però ebbe l'onore, nel 1691, di essere chiamato come archiatra pontificio a Roma: "Anno 1691 placuit summo Pontifici Innocentio XII humanissimis iussibus me Romam accire propriae custodiendi salutem gratia...".³⁹ Qui egli morì, come comunica una piccola nota inserita in margine all'Autobiografia: "Anno 1694. Novemb. 29. Annoque aetatis 67, Apoplexia correptus Auctor Summo omnium maerore Romae Palatio Quirinali moritur".⁴⁰ La sua tomba a Bologna, nella Chiesa

³⁴ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 31.

³⁵ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 40.

³⁶ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 101.

³⁷ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 102.

³⁸ Per la discussione sui temi indicati cfr. Malpighi, *Opera*, cit., pag. 102.

³⁹ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 102.

⁴⁰ Malpighi, *Opera*, cit., pag. 102.

dei Ss. Gregorio e Siro, è ancor oggi visibile quale solenne monumento che ricorda l'opera del grande scienziato: anatomico, fisiologo, patologo, nonché deciso sostenitore delle sue teorie, che egli difende di fronte ai suoi oppositori, senza peraltro travalicare mai i limiti di un corretto dibattito culturale, ma, nelle *Memorie*, chiamando garbatamente *emuli*⁴¹ coloro che contrastavano tanto aspramente le sue ricerche. Anzi la sua sofferenza era dovuta più alla carenza di un vero aggiornamento cultu-

rale che al proprio danno; infatti così si esprime in una sua lettera riferendosi alle critiche dei Galenisti: "...non creda, che io ne provi passione, e senso alcuno; mi spiace che la nostra Università si scredita, e la gioventù si instrada male".⁴²

Nella moderazione delle risposte pacate ai veementi attacchi e nella dedizione ad un impegno culturale autentico, volto alla crescita della società tutta, stanno indici di una vera umanità.

BIBLIOGRAFIA

Oltre agli studi citati nelle note, cfr. anche i seguenti.

L. Castiglioni, *Storia della Medicina*, Milano, 1927.

M. Fanti, *Le sepolture: La tomba di Marcello Malpighi in La chiesa dei Santi Gregorio e Siro in Bologna*, Bologna, 2004, pagg. 95-105.

⁴¹ Cfr. *Memorie...*, cit., pagg. 8; 9; 11; per un esame della personalità e della vita dell'Autore cfr. anche E. Toffoletto, *Discorso sul Malpighi*, Bologna, 1965, studio offerto ai parrocchiani della chiesa che custodisce la tomba del Malpighi, in occasione dell'inaugurazione del monumento a lui dedicato.

⁴² Cfr. lettera del 17 Agosto 1689 in G.G.Forni, *Marcello Malpighi sperimentatore, biologo, medico* in *Dissertationes historicae de Universitate Studiorum Bononiensi*, Bologna, 1954, N.S. 1, pag. 443.

LUIGI CALORI E L'INSEGNAMENTO DELL'ANATOMIA UMANA A BOLOGNA NELL'OTTOCENTO

Nicolò Nicoli Aldini, Luca Pontoni, Alessandro Ruggeri

Museo delle Cere Anatomiche "Luigi Cattaneo",
Università degli Studi di Bologna

Il secondo centenario della nascita di Luigi Calori, in questo anno 2007, rappresenta una occasione per riportare l'attenzione sulla sua figura di medico, di scienziato e di umanista. In effetti pochi sono stati fino ad oggi gli studi critici dedicati alla sua lunghissima attività di docente ed all'opera scientifica ricca di oltre cento pubblicazioni.

Le biografie del Ceri (1) e del Martinotti (2), stampate la prima Calori ancora vivente, la seconda dopo la sua morte in forma di commemorazione, ne hanno proposto un profilo sufficientemente completo, seppure non indenne dai toni formalmente celebrativi propri di questo tipo di scritture.

Un volume di recentissima edizione (3), apparso per l'occasione di questo centenario, offre invece, attraverso alcune relazioni sui singoli aspetti dell'attività scientifica dell'anatomico bolognese, spunti di originale approfondimento che permettono di delinearne la ricca personalità di studioso.

Questo contributo si propone a sua volta come traccia per ripercorrere in modo sintetico la vicenda umana ed accademica di uno scienziato che attraverso un lungo periodo storico seppe arricchire la medicina con una personale impronta nella ricerca e nell'insegnamento.

CENNO BIOGRAFICO

Luigi Calori nasce a San Pietro in Casale, presso Bologna, l'8 febbraio 1807 da Teresa Gibelli e da Francesco, medico. Compie i primi studi a Ferrara nelle scuole rette dai padri Gesuiti; trasferitosi a Bologna completa qui la propria formazione prima di iscriversi alla Facoltà di Medicina.

Durante il corso di studi medici ha come maestri, fra gli altri, Antonio Alessandrini (1786-1861) professore di Anatomia Comparata e Francesco Mondini (1786-1844), professore di Anatomia Umana. Conseguita la laurea nel 1829, diviene nel 1830 Prodissetto e nel 1831 Dissetto Principale Stabile. Nel 1833 è supplente alla cattedra di Anatomia Umana. Dal 1835 ricopre la cattedra di Anatomia Pittorica nell'Accademia di Belle Arti, che manterrà per un decennio. Nel 1844 vince il concorso per la cattedra di Anatomia Umana, che sarà chiamato a ricoprire succedendo a Francesco Mondini. Il Ceri ha riportato il titolo della tesi discussa davanti agli esaminatori: "De axe cerebro spinali" e le domande di questi al Calori: "De methodus anathome tradenda", "De structura cordis", "De Oculo"(1). Calori manterrà la cattedra per 52 anni, e cioè

fino al giorno della sua morte avvenuta il 19 dicembre 1896.

Molte le cariche accademiche e scientifiche ricoperte in questa lunghissima carriera: Preside della Facoltà medica negli anni 1869-1872 e 1882-1885; Magnifico Rettore dell'Università negli anni 1876 e 1877; socio onorario dell'Accademia delle Scienze dal 1836; Accademico Benedettino dal 1844; Presidente dell'Accademia delle Scienze negli anni 1863-1871, 1880-1881 e 1884-1888; Presidente della Società Medica Chirurgica nel 1856 e nel 1888.

Sappiamo dal Ceri che Calori “esercitò la medicina con plauso e fortuna per anni non ispiantando le famiglie”(1). Tuttavia non vi è dubbio che il suo impegno maggiore fu dedicato all' insegnamento ed alla ricerca, cui dedicò l' intera esistenza. Come osserva il Martinotti “Gli acciacchi dell' età avanzata gli impedirono negli ultimi anni di dare l' insegnamento, ma non di rivolgere la sua operosità tuttora gagliarda agli studi anatomici”(2).

L'OPEROSITÀ SCIENTIFICA DI LUIGI CALORI

L' attività del Calori si articola secondo quattro indirizzi principali: Anatomia Umana Normale, Anatomia Comparata, Anatomia Patologica e Teratologia, Antropologia e Craniologia.

Esamineremo ora ciascuno di questi settori cogliendone per brevità solo gli aspetti di maggiore significato documentati dalle numerose pubblicazioni elencate in un catalogo pubblicato nel 1884 nelle Memorie della Regia Accademia delle Scienze di Bologna (4), completato poi per gli anni successivi nella biografia del Martinotti (2).

Anatomia Umana Normale

In primo luogo si deve osservare che il Calori fu abilissimo ed accurato nella dissezione, e che raggiunse particolare perizia nell'iniezione dei vasi sanguigni e linfatici. Da qui il grande numero di preparati anatomici ancora oggi conservati nel Museo dell'Istituto di Anatomia, che costituirono la base per la splendida iconografia che completa i suoi studi, e per la realizzazione di due volumi di tavole anatomiche e di numerosi modelli in cera, di cui si dirà più oltre.

I contributi originali di Calori riguardano particolarmente l'apparato muscolo-scheletrico (5,6,7,8), la corteccia cerebrale (9), i nervi cranici (10,11), l' apparato visivo (12,13), la struttura della milza (14).

Nelle moderne edizioni del trattato di Anatomia Umana del Testut (15) il nome di Calori viene legato alla descrizione di due piccole borse sierose interposte fra l'arco dell'aorta, la trachea ed il bronco di sinistra (16) ed a due rigonfiamenti della vena cava ascendente, l' uno sopra lo sbocco delle vene renali (seno renale di Calori), l'altro allo sbocco delle vene epatiche (seno epatico di Calori).

Martinotti, nella sua biografia, ha ritenuto di dover riconoscere in Calori una scarsa propensione per gli studi di istologia ed anatomia microscopica, che proprio nel suo tempo, grazie al grande progresso tecnico della microscopia, si ponevano come indirizzi di punta nel campo delle discipline morfologiche. Questa asserzione del Martinotti è stata recentemente criticata da Scarani e Ruggeri, i quali hanno invece messo in evidenza, esaminandone l'opera nel campo dell' anatomia comparata, come Calori usasse sistematicamente il microscopio almeno per alcune delle proprie ricerche (17).

Dai verbali della Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna (18) durante la presidenza di Calori risulta comunque come nel 1883 un corso di anatomia microscopica venisse già svolto al secondo anno come corso libero, e come proprio in quell'anno venisse conferita la nomina ministeriale al dott. Giuseppe Bellonci come straordinario di Anatomia Umana Microscopica, che diventava insegnamento obbligatorio.

Anatomia Comparata

Le indagini di anatomia comparata occupano un lungo periodo nell'attività di Calori, in un momento in cui gli studi di anatomia umana si allargavano alla morfologia di tutte le specie animali. Interessanti in questo campo per la loro originalità, le ricerche sull'axolotl (forma larvale dell'anfibio messicano *Ambystoma mexicanum*, appartenente all'ordine dei caudati o urodeli) che costituiva allora un oggetto di studio molto difficile. Esso era già da tempo stato osservato negli specchi d'acqua dolce messicani e fu a lungo considerato un pesce, finché lo scienziato naturalista Georges Leopold Cuvier (1769-1832) non stabilì che si trattava di un anfibio della sottoclasse degli urodeli. Con il proprio studio morfologico estremamente accurato Calori dimostra nei vari apparati dell'axolotl le caratteristiche di una salamandra immatura confermando così le osservazioni di Cuvier (19).

Anatomia Patologica e Teratologia

L'attività del Calori nel campo dell'Anatomia Patologica, e particolarmente della teratologia, è documentata da numerosi preparati entrati a far parte del Museo di Anatomia Patologica

dell'Università di Bologna dopo l'istituzione della cattedra nel 1863. Fra i suoi studi più significativi, quelli sui feti malformati denominati acardici e sulla sirenomielia. (20,21) Esiste una stretta corrispondenza fra le preparazioni ed i modelli in cera dei casi studiati da Calori, e l'iconografia contenuta nelle pubblicazioni riferite agli stessi casi. Cesare Taruffi (1821-1902), primo professore di Anatomia Patologica a Bologna ed autore di una monumentale "Storia della Teratologia" (22) scrive in proposito: "Chi superò tutti per l'operosità e l'accuratezza fu il Calori che in 40 anni pubblicò 40 memorie, in ognuna delle quali si rinviene un ordine rigoroso, un completo esame di tutte le particolarità anatomiche, e, ciò che più monta, quella maturità di giudizio che è tanto rara in tutti i tempi".

Antropologia e craniologia

Calori compie numerose ricerche in campo antropologia, ponendosi nel suo tempo fra i maggiori cultori di questa disciplina. Fra queste merita di essere ricordato uno studio sistematico sulla distribuzione nelle regioni italiane del tipo di cranio brachicefalo o dolicocefalo. Eseguì a questo scopo sistematiche misurazioni sui crani della propria ricchissima collezione e di altri istituti anatomici d'Italia, giungendo ad una prima conclusione che il tipo brachicefalo è predominante ed è proprio dell'Italia settentrionale e centrale, mentre il dolicocefalo prevale nelle regioni del sud (23).

Una raccolta di oltre duemila crani classificati dal Calori in base alla provenienza geografica e ad altri parametri di rilevanza antropologica è ancora oggi collocata all'ingresso dell'Istituto di Anatomia Umana dell'Università di Bologna.

SPIEGARE CON LE IMMAGINI LA FABBRICA DEL CORPO UMANO

Testimonianza duratura dell'impegno profuso da Calori nell'insegnamento sono i due volumi delle Tavole Anatomiche pubblicati fra il 1850 ed il 1855 (24) ed i modelli in cera che occupano ancora oggi una parte rilevante nelle collezioni del museo "Luigi Cattaneo".

"Questa è una scienza che più si apprende e ritiene vedendo e toccando che udendone favellare, o spendendo molte ore in letture", scrive Calori nell'introduzione alle Tavole Anatomiche, il cui scopo era di rendere disponibile agli studiosi un'opera che unisse alla completezza della documentazione iconografica una maggiore accessibilità, in termini di costo, rispetto ad altre analoghe pubblicazioni. Come osserva il Ruggi, professore di Clinica Chirurgica a Bologna dal 1906 al 1919 e che di Calori fu allievo, essendo studente a Bologna dal 1862 al 1868: "Per dare forma a queste tavole [...] deve essere ricordata la somma di lavoro fatto dallo stesso Calori per eseguire un numero infinito di preparati anatomici. In dette tavole si deve ammirare ancora la precisione e la nitidezza del disegno con cui furono eseguite da un modesto disegnatore, il Nannini, meritevole d'esser considerato artista classico per detta opera" (25).

Con la collaborazione di due valenti ceroplasti, Giuseppe Astorri (1785-1852) e Cesare Bettini (1801-1885) il Calori realizzò poi numerosi modelli in cera a scopo didattico. Fra questi di particolare rilievo sono le tavole sul sistema nervoso e gli organi di senso modellate dal Bettini con dimensioni notevolmente superiori al naturale per meglio rendere evidenti le particolarità morfologiche.

CALORI UMANISTA E STORICO

Se l'indirizzo eminentemente morfologico di tutta l'opera scientifica di Calori lo porta a collegare nel proprio spazio di interesse studi di anatomia normale e comparata ed ancora di carattere patologico e teratologico, la dimensione antropologica va inevitabilmente a raccordarsi alle indagini di carattere storico. Ne è conferma l'accuratissimo saggio storico-antropologico *Sulla stirpe che ha popolata l'antica necropoli della Certosa di Bologna* nel quale sulla base di accurati riscontri giunge alla conclusione che questa necropoli fosse felsineo-etrusca. (26). Si apre qui lo scenario su un'altra dimensione della personalità di Calori, scienziato umanista, e come tale capace di collocare in una più ampia prospettiva le proprie ricerche, anatomiche o antropologiche che fossero.

Amante degli studi letterari, socio della R. Commissione per i testi di lingua delle Province dell'Emilia, Calori scrisse alcune composizioni in rima, alcuni testi in prosa di carattere narrativo e curò l'edizione di opere storiche (27). L'intersezione fra ricerca storico-biografica e dimensione medico-biologica si rende particolarmente evidente nel saggio sul ruolo avuto dal Malpigli nello studio delle ghiandole linfatiche (28) e nello scritto sulla vita del maestro Antonio Alessandrini (29).

UN MAESTRO GELOSO DELLA PROPRIA ATTIVITÀ

Poche notizie ci rimangono del temperamento umano di Luigi Calori. Il Ceri lo descrive "di carattere molto focoso; ma il suo fuoco tempera colla ragione"(1). Qualche spunto ci viene dai ricordi di Giuseppe Ruggi, che ne parla a proposito della sua frequenza come studente

presso la sala anatomica: “Il Calori era oltremodo geloso. Per avere la possibilità di fare e di vedere io l'avevo pregato di accettarmi come volontario nel laboratorio, ma non mi permise mai di fare preparati; solo nel trasportare il materiale dal Museo nella Scuola lasciava che di sfuggita guardassi i preparati. Messi questi in iscuola, dovevo ritirarmi. Io poi prendevo uno dei posti migliori per poter osservare meglio alcune particolarità anatomiche indicate dal Maestro”.

Non dobbiamo pensare, del resto, che la lunga vicenda accademica del Calori fosse priva di controversie. Nella seduta di Facoltà del 26 gennaio 1844 il Calori stesso, ancora preside, difende la salubrità dei propri laboratori di anatomia contro il parere del Rettore, e si oppone al loro trasferimento, ed a quello del Museo Anatomico, dal Palazzo Centrale dell'Università (Palazzo Poggi). La Facoltà tuttavia votava un ordine del giorno secondo cui “I professori approvano i miglioramenti e le proposte di fare nuovi laboratori” salvo discuterne le modalità quando il Ministero avesse concesso i fondi. Questi pochi elementi non ci permettono di meglio conoscere i contorni di un dibattito che evidentemente colpiva l'attività svolta dal Calori; tuttavia dobbiamo rilevare come nella successiva seduta del 25 aprile, la Facoltà prendesse atto delle sue dimissioni da Preside (18).

SCIENZIATO FINO ALL'ULTIMO GIORNO

Se si analizza la bibliografia del Calori, negli oltre cento titoli che la compongono (30) e se ne osserva la distribuzione nel tempo in base alla datazione delle pubblicazioni (Tab.1), si può effettivamente osservare come un numero rilevante di lavori sia stato prodotto quando lo scienziato aveva già oltrepassato il settantesimo anno di età e come la sua attività si sia prolungata fino al termine dei suoi giorni. Scrive il Martinotti che “pochi giorni avanti di morire egli faceva leggere all'Accademia delle Scienze un breve lavoro di osteologia, mostrando di avere conservato fino agli ultimi istanti un vigore ed una lucidità di mente del tutto eccezionali” (2).

Completamente indirizzata allo studio morfologico, la sua attività ha saputo spaziare dall'anatomia normale alle discipline ad essa collegate, che nel secolo in cui visse andavano assumendo una più precisa connotazione scientifica: l'anatomia comparata, l'anatomia patologica, l'antropologia. In questo senso il suo lavoro mostra il costante sforzo interdisciplinare del suo pensiero, evidenziando una personalità di scienziato che alla tradizione classica dell'anatomico ha saputo congiungere la ricerca di nuovi campi da percorrere con il contributo di proprie originali osservazioni.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ceri G. Biografia del commendatore Luigi Calori anatomico. Tip. Monti, Bologna, 1884.
- 2) Martinotti G. Luigi Calori. Tip. Monti, Bologna, 1898.
- 3) Ruggeri A. (a cura di) Luigi Calori, una vita dedicata alla scienza. Medimond ed., Bologna, 2007.
- 4) Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, 1884 (6): 16.
- 5) Calori L. intorno alle suture soprannumerarie del cranio umano, e su quelle specialmente delle ossa parietali.

- 6) Calori L. Intorno ad alcune varietà incontrate nella muscolatura degli arti superiori Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1866 (6): 157.
- 7) Calori L. Intorno agli usi del muscolo pronatore quadrato ed a un muscolo soprannumerario cubito-radio-carpeo nell' uomo Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1871 (10): 647.
- 8) Calori L. Su varie particolarità osteologiche della base del cranio umano Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1892 (2): 287.
- 9) Calori L. Sulle apparenze di sostanza grigia, prodotte dall' azione prolungata di una satura soluzione di bicromato di potassa, in varie parti della bianca del cervello Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1872 (3): 3
- 10) Calori L. Annotationes anatomicae de origine et connexionibus nervi accessorii Willis cum posticis nervorum cervicalium superiorum radicibus, et cum nervo vago Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1849 (9): 301.
- 11) Calori L. Sulla corda del timpano, Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1852 (4): 429.
- 12) Calori L. Annotazioni storico-critiche sull' origine dei nervi ottici Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1871 (1): 513.
- 13) Calori L. De' resultamenti ottenuti iniettando i canali di Fontana e di Petit e la camera anteriore dell' occhio umano di alcuni mammiferi domestici Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1874 (5): 341.
- 14) Calori L. Sui rapporti esistenti fra le più cospicue diramazioni arteriose e venose, diramate per la milza nell' uomo e nei mammiferi domestici. Ricerche storiche ed osservazioni anatomiche Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1848 (1): 563.
- 15) Testut L., Latarjet A. Anatomia umana. UTET, Torino, 1972.
- 16) Calori L. Di alcune borse mucose corrispondenti alla trachea e alla laringe e ad alcune delle parti adiacenti Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1874 (4): 265.
- 17) Scarani P., Ruggeri A. Luigi Calori anatomista comparato in: Ruggeri A. (a cura di) Luigi Calori, una vita dedicata alla scienza. Medimond ed., Bologna, 2007, pag. 103.
- 18) D' Antuono G., Bernabeo R.A. La Scuola Medica di Bologna dai processi verbali di facoltà: 1883-1968 Editrice CLUEB, Bologna, 1992.
- 19) Calori L. Sull'anatomia dell'axolotl. Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1851 (3): 269.
- 20) Calori L. Sul sistema vascolare d'un mostro umano acardio e anadenolinfemico Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, 1869 (9): 267.

- 21) Calori L. Di un mostro umano acardio e della ipotesi più probabile intorno alle cagioni della mancanza del cuore Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1885 (6): 567.
- 22) Taruffi C. Storia della teratologia (8 voll.) Bologna, Regia Tipografia 1881-96.
- 23) Calori L. Del tipo brachicefalo negli italiani odierni Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1868, (8): 205.
- 24) Calori L. Tavole anatomiche rappresentanti la struttura del corpo umano. Tipografia Sassi nelle Spaderie, Bologna, 1850-55.
- 25) Ruggi G. Ricordi della mia vita. L. Cappelli editore, 1924.
- 26) Calori L. Della stirpe che ha popolato l' antica necropoli alla Certosa di Bologna, e delle genti affini. Discorso storico-antropologico. Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1872, (2): 453.
- 27) Calori L. Volgarizzamento della Istoria delle Guerre Giudaiche di Iosefo Ebreo cognominato Flavio (1879).
- 28) Calori L. Sulla parte dovuta al Malpighi nello scoprimento della struttura delle ghiandole linfatiche, su l' inviluppo venoso e la rete venosa collegante di esse. Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1891, (5): 567.
- 29) Calori L. Vita di Antonio Alessandrini Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, 1864 (4): 91.
- 30) Panicola A. Luigi Calori, vita e opere. In: Ruggieri A. (a cura di) Luigi Calori, una vita dedicata alla scienza. Medimond ed., Bologna, 2007, pag. 115.

ALESSANDRO VOLTA IN VIAGGIO CON L'EUDIOMETRO ATTRAVERSO LA SVIZZERA (1777)

Giuseppe Armocida, Gaetana Silvia Rigo

Società Italiana di Storia della Medicina

Quando si affrontano personalità scientifiche come quella di Alessandro Volta, è necessario perlustrare con attenzione e prudenza campi già ben lavorati e spianati da molti studi, anche nel sondare le piccole increspature eventualmente rimaste tra le pieghe della storia. Conosciamo bene Volta e non c'è bisogno qui di ripercorrerne il profilo biografico e scientifico, ma rivolgiamo la nostra attenzione a quegli esperimenti di natura fisico-chimica che interessarono l'aria e le sue caratteristiche qualitative in relazione alla diversa attitudine ad essere respirata. Pochi fino ad ora hanno ricordato il viaggio compiuto da Volta nell'autunno dell'anno 1777 quando, trentaduenne, partito da Como, raggiunse la Svizzera attraverso il San Gottardo, saggiando e misurando l'aria lungo tutta la strada con lo speciale strumento chiamato *eudiometro*.

Prima di esaminare l'uso fiducioso che Volta fece allora di quell'attrezzo e di indagare la sua successiva rapida svalutazione, ci sembra opportuno richiamare alcuni dei concetti che nel XVIII secolo guidarono l'attività di ricerca dei fisici, dei chimici e dei naturalisti, influenzando con le nuove visioni anche gli orientamenti del pensiero e dell'azione dei medici. Per buona parte del Settecento il *flogisto* fu al

centro di numerose e feconde teorie chimiche e pneumatiche, trovando molti sostenitori tra i medici, convinti che anche il polmone fosse un organo coinvolto nella "perspiratio insensibilis" di una entità impalpabile ed invisibile, capace di cambiare i gradi di "contrazione" dell'aria e le sue proprietà di "nitrosa" e di "fissa". La teoria del flogisto si può far discendere dalle ricerche intorno al fenomeno della combustione e della calcinazione condotte quasi cento anni prima da J.J. Becher (1635-1682). Il vero fondatore, però, di quella dottrina è considerato G.E. Stahl (1660-1734), secondo il quale il flogisto era una sostanza imponderabile che caratterizzava il carbone ed i metalli, da cui si separava per riscaldamento lasciando come residuo una calce, cioè l'ossido. Questi fenomeni, infatti, corrispondono alle reazioni che noi conosciamo con i nomi di ossidazione e di riduzione. Stahl, medico e chimico, restituì forza e valore all'insegnamento vitalistico e animistico da cui derivava il metodo qualitativo della tradizione greca, aggirando le difficoltà incontrate dal meccanicismo. I suoi seguaci, partendo da ipotesi che in fondo trovavano ragionevole collocazione, conseguirono notevoli risultati per aver studiato un vasto campo di indagine con una sostanziale unità di vedute, nutrendo

il robusto filone della scienze naturali. Nel 1727 S. Hales (1677-1761) riferiva di un “vapore elastico” che, mescolato con l’aria comune, la diminuiva, ma solo nel 1772 J. Priestley (1733-1804) rinominò quel fluido “aria nitrosa”, mettendolo in relazione con la tendenza che hanno le differenti arie ad essere respirate. Erede del sistema stahlian, in quello stesso anno Priestley inventò l’eudiometro per misurare la qualità dell’aria in base anche alla frazione disciolta di flogisto ma, trascorso appena un lustro, A.L. Lavoiser (1743-1794) dimostrò che l’aria era una miscela di vari gas, essenzialmente ossigeno ed azoto, sgombrando presto i gabinetti da certi strumenti e segnando l’inizio di una scienza quantitativa di livello formale fisico-matematico. In quel periodo F. Fontana (1730-1805), da alcuni riconosciuto come il fondatore della “gasometria”, eseguì notevoli ricerche avvalendosi di un proprio eudiometro modificato, con cui scoprì il gas dell’acqua e studiò l’ossido di azoto. Fontana illustrò ben otto diversi strumenti idonei a testare la bontà dell’aria, con importanti riflessi nel campo medico. I dati ricavabili dall’eudiometro, opportunamente elaborati in riferimento al contesto geografico e socio-demografico, potevano mettere in chiara evidenza le corrispondenze tra gli aspetti legati all’ambiente ed i quadri medico-statistici. Si sapeva che alcune località erano più salubri di altre, magari meno favorite dalla corografia e addirittura nella stessa zona si distinguevano luoghi diversamente colpiti dalle malattie, avanzando ipotesi sulla responsabilità dei fattori climatici e segnatamente dell’aria nell’insorgenza delle patologie. Dunque, i grafici e le tabelle tracciate dall’eudiometro si potevano sovrapporre alle mappe delle malattie, sostanziando dal punto di vista scientifico e sperimentale la nuova dottrina della geografia medica, rivolta allo studio dei

morbi in relazione alle caratteristiche del luogo dove si manifestavano con maggior frequenza. Volta, seppur ispirato in prima istanza dalle problematiche chimico-fisiche, non trascurò l’analisi dell’aria, considerando pure certe questioni di igiene pubblica che ruotavano intorno all’argomento. Nelle *Ricerche fisiche intorno alla salubrità dell’aria* anche M. Landriani (1751-1815) scrisse che “la chimica dell’aria per le molte importanti scoperte che in essa giornalmente si fanno, oramai diventa l’occupazione di tutti i Fisici dell’Europa”. Questo scienziato milanese vedeva necessario affidare alle competenze dei chimici la “diagnostica delle stagioni”, che fino ad allora era stata una sfera di investigazione quasi esclusivamente di un pensiero naturalistico-filosofico. Esaminò l’aria di luoghi differenti per condizioni geologiche e climatiche, dimostrando per esempio che quella dei prati non era tanto carica di flogisto quanto quella delle risaie, a dispetto di quello che si sarebbe potuto immaginare, in ragione soprattutto della differente percentuale di umidità. Si interessò pure agli ambienti confinati, modificando le condizioni all’interno di uno spazio chiuso e misurando in tempi successivi i cambiamenti qualitativi e quantitativi dell’aria. Si ricorda l’esperimento per il quale, ristretto in una stanza, assumendo cibo a sazietà e muovendosi continuamente per quasi un’ora, misurò un incremento di circa un terzo di flogisto. Valeva allora il consiglio di “non chiudersi immediatamente dopo aver pranzato nella carrozza quando si viaggia senza tener abbassati i cristalli”. Anche P. Moscati (1739-1824) si era applicato a questo tipo di prove scientifiche, esaminando e confrontando la qualità dell’aria di differenti quartieri di Milano ed in particolare quella del Teatro, considerata particolarmente malsana, addirittura “infetta quanto quella dei Sepolcri”.

L'eudiometro, almeno agli inizi, sembrava soddisfare le istanze della nuova chimica, sorta nel rinnovamento della rivoluzione scientifica di metà Settecento, dalla quale si attendeva la risoluzione di questo o di quel problema pratico, raccogliendo, studiando e interpretando fatti vecchi e nuovi. In questo senso, le ricerche sullo stato dell'aria, indipendentemente dal loro reale valore scientifico, ebbero una grande importanza perché rispondevano bene ai fini applicativi e filantropici che l'Illuminismo aveva affidato alle scienze. Volta si accorse presto del valore igienico-sanitario degli studi fatti con l'eudiometro ma, a differenza degli altri autori, sostenne che esso non misurava la "salubrità" bensì la "respirabilità" dell'aria o, come diremmo oggi, il suo contenuto in ossigeno. Sono note le ricerche sulla aerologia chimica o pneumatica-chimica che egli aveva già condotto, anche prima di conoscere ed usare l'eudiometro. Nell'autunno del 1776, "rimestando" il fondo dei terreni paludosi sulle sponde del lago Maggiore, scoprì una nuova aria infiammabile, il metano. L'anno dopo, nel 1777, informò il Marchese Francesco Castelli di aver costruito una pistola ad aria infiammabile, fatta per i 2/3 di aria infiammabile e 1/3 di aria deflogisticata che, accesa con l'elettricità, generava una miscela "tuonante". Nella stessa lettera fornì qualche informazione su un nuovo eudiometro da lui stesso approntato e che si basava sulla combustione dell'idrogeno, anziché sull'aria "nitrosa" adoperata da Fontana e da Landriani. Tra i corrispondenti del Volta si trova J. Senebier (1742-1809) che scrisse poi "sulle modificazioni apportate all'eudiometro ad aria infiammabile e sulle esperienze compiute col medesimo". Secondo Volta l'eudiometro ad aria infiammabile era "ben più che Eudiometro: è un Apparato universale per tutte le sperienze e ricerche sull'infiammazione

delle differenti arie, che immaginare si possano, eccetto quelle soltanto che richiedono d'essere fatte molto in grande". Iniziò una serie di esperimenti in recipienti chiusi per dimostrare che l'aria infiammabile scompare quando è bruciata in giuste proporzioni con aria deflogisticata, partendo dal presupposto che l'aria infiammabile, sottoposta a combustione, cede il suo flogisto all'aria comune, che si trasforma perciò in aria flogisticata, cioè azoto. Volta considerò la combustione di idrogeno e ossigeno un processo del tutto simile alla diminuzione volumetrica che si osservava nelle combinazioni di aria nitrosa e aria comune, senza accorgersi dell'acqua prodotta nel suo eudiometro. Il mancato isolamento dell'acqua dipese, allora, da un limite teorico e non da motivi sperimentali, spiegando ancora il mutamento chimico della materia con il principio del flogisto.

Già Luigi Belloni aveva esplorato il capitolo dell'eudiometro milanese costruito da Landriani nel 1775, ma senza intrattenersi sull'uso che Volta ne aveva fatto due anni dopo durante il suo "viaggio letterario". Di quel viaggio ci parla direttamente il protagonista attraverso le pagine di una piacevole e ricca relazione scritta nel 1779 al Conte Firmian, ma purtroppo interrotta al momento in cui Volta si trovava a Zurigo. Il 3 settembre 1777 Volta partì, "per genio non meno che per insinuazione" del Conte di Firmian, per un viaggio di istruzione in compagnia dell'abate Francesco Venini e del nobile scienziato Francesco Visconti, che lo seguirono ed aiutarono nei suoi esperimenti da Lugano a Zurigo; da Como a Lugano ed infine da Zurigo fino al ritorno a casa fu con l'amico Giovanni Battista Giovio, che a sua volta tenne un diario degli spostamenti quotidiani. Nel viaggio di andata percorse la strada del San Gottardo, "più alta insieme e più battuta", mentre al ritorno passò dalla Savoia, per il Moncenisio

e Torino. Lo scritto di Volta contiene non solo precise considerazioni scientifiche sui problemi geologici delle Alpi, ma anche una bella ed ispirata descrizione di quel valico e del gruppo montano. Forse in ragione proprio dei suggestivi ritratti paesaggistici, la relazione fu pubblicata nel 1827 in una sede certamente non scientifica, come “libro per nozze”, volumetto offerto da Carlo Zardetti all'amico Antonio Rèina, che si sposava ed aveva programmato un viaggio in Svizzera. Volta racconta che dovendo procedere a cavallo fu costretto a portare solo un certo numero di strumenti: “due barometri portatili perfettissimi /.../ co' quali barometri ci proponevamo di misurare le altezze a cui saremmo saliti”; “un eudiometro dell'invenzione di codesto professore don Marsilio Landriani /.../ col quale stromento intendevamo far saggio dei gradi di salubrità dell'aria delle diverse stazioni”; “un piccolo apparato per far l'aria infiammabile e le esperienze colla pistola ad aria infiammabile di mia invenzione”, insieme a poche altre cose. In quella circostanza non trascurò certo l'interesse per la “geografia fisica” o geologia, dando però un peso maggiore alle rilevazioni barometriche che vennero prese esattamente ogni tre ore dal momento della partenza fino al giorno 10 settembre, quando giunsero al Lago di Lucerna. Le determinazioni dei dislivelli fra le varie località via via raggiunte furono eseguite con grande scrupolo, applicando ripetutamente il metodo delle misurazioni simultanee di pressione tra due stazioni a differenti altitudini e confrontando poi i suoi rilevamenti con quelli che altri fisici e matematici avevano osservato prima di lui. Al passo del San Gottardo fu controllata la qualità dell'aria e si ebbe la dimostrazione del flogisto fortemente presente anche a quell'altezza: “quello però che potemmo raccogliere dai diversi tentativi, è che la salubrità dell'aria

a quelle grandi altezze non è gran fatto men carica di flogisto, che nelle stazioni inferiori, come aspettato ci saremmo; anzi ci parve, più d'una volta, che lo fosse alquanto di più”. Sembrava proprio che “in riguardo al vizio di flogisticamento non è già peggiore l'aria della bassa pianura da quella sulle cime dei monti; che anzi talvolta è questa più carica di flogisto che quella”. Volta fu sorpreso di trovare sul fondo dei laghetti del San Gottardo gli stessi fenomeni legati alla presenza di aria infiammabile che aveva visto e studiato sulle rive del lago Maggiore. Al termine del viaggio, nel novembre 1777, Volta volle far subito sapere a Landriani che il suo eudiometro non funzionava come avrebbe dovuto e che era sostanzialmente trascurato nei paesi attraversati: “a Ginevra, né altrove non ho veduto alcuno de' vostri Eudimetri. Il sig. Senebier se n'è costruito uno, ma diverso dal vostro /.../ il vostro pure si considera di assai difficile costruzione, e molto imbarazzante, tutti convengono che sia assai meglio prender l'aria dei diversi siti in alcune caraffe, e farne poscia il saggio a casa alla maniera di Priestley. /.../ Io temo perciò che tal vostro stromento non farà molta fortuna”. Per superare i difetti dello strumento di Landriani, Volta costruì un proprio eudiometro basato su principi differenti ed iniziò allora una comprensibile schermaglia tra i due scienziati.

L'anno seguente, nel 1778, Volta si diede ad esaminare l'aria dell'alto lago di Como e si soffermò su quella della insalubre piana di Colico, “riconosciuta e per fama e per fatale esperienza de' vicini abitatori la più triste e morbosa che v'abbia”, confrontandola con quella delle montagne sovrastanti, notoriamente ritenuta più pura, senza che il suo eudiometro rilevasse qualche differenza. Perciò la teoria che faceva dipendere la salubrità dell'aria dalla saturazione di flogisto vacillava di fronte a queste

ulteriori osservazioni: “vi hanno senza dubbio indipendentemente dal flogisto altri elementi che influiscono sulla bontà dell'aria e sulla salute dei viventi che la respirano; e il decantato strumento, cui si è dato troppo generosamente il nome di eudiometro, sarà sempre inabile da sé solo ad iscoprirci le arie che sono veramente infette e morbose: esso varrà soltanto ad iscoprirci quelle che sono mofetiche, o che partecipano più o meno alla natura delle mofette”. Si transitava allora dalla definizione di carattere qualitativo di “mefitico”, legata all'idea delle infezioni portate dall'aria viziata, ad una diversa di “mofetico”, ossia di aria resa pesante e velenosa dall'anidride carbonica. La rivoluzione chimica di quegli anni segnò inevitabilmente il pensiero di Volta e nelle voci da lui compilate per il “Dizionario di Chimica” di P.J. Macquer (1718-1784), tradotto dallo Scopoli ed edito a Pavia negli anni 1783-1784, scorgiamo una riflessione matura sulle congetture elaborate fino a poco tempo prima. Nel vasto ambito delle arie venivano distinte tante e tante sottospecie differenti, descritte da Volta, una per una, nei loro tratti essenziali. Egli aveva steso pure per lo stesso Dizionario la voce “Eudiometro”, così chiamato da Landriani, delineandone l'evoluzione a cominciare dal suo inventore Priestley. Fontana aveva preferito chiamare il suo congegno, peraltro non molto diverso dagli altri, “Evaerometro”. Secondo Volta, però, entrambi i termini erano inappropriati perché quegli strumenti misuravano solamente la maggiore o minore attitudine dell'aria ad essere respirata, senza mettere in evidenza corruzioni e vizi cui poteva andare soggetta: “fate prova coll'Eudiometro sopra l'aria malissimo sana in vicinanza di grandi marassi, e di vaste paludi, e sopra l'aria saluberrima di un bel sito montuoso; poca o nessuna differenza vi scorgerete; eppure la prima è pessima, rispetto

alla seconda, testimonia le febbri intermittenti, le ostruzioni, e gli altri morbi, che si guadagnano da chi abita que' luoghi infesti, e fino da chi vi dorme sol poche ore d'estate, massime all'aperto. Coll'istesso Eudiometro fate ora saggio dell'aria di una stanza chiusa, ove sono congregate più persone, dove ardon fuochi, o fumano vivande, dell'aria di un teatro affollato, di una stufa non ventilata, i gradi di vizio marcati dal detto strumento saranno maggiori, e forse vi spaventeranno: scacciate però ogni timore ed apprensione; la speranza prova, che il dormire anche le molte ore, e le molte notti in quell'aria cotanto dannata dall'Eudiometro, non suol cagionare quelle febbri, ed altri sconosciuti malori, cui l'altr'aria dà siti paludosi a giudizio dello stesso Eudiometro men cattiva, ingenera ed alimenta. Che più? Dormendo in una stanza a finestre aperte, tutti sanno, che si corre molto maggior pericolo di contrarre simili malattie, e che anzi il rischio è inevitabile né siti infami per aria cattiva; laddove tenendosi ben chiusi si possono scansare. /.../ Or chi più spererà col solo Eudiometro rivenire i luoghi d'aria migliore per piantarvi le abitazioni; di poter presagire col giudizio di quello morbi, epidemie, pestilenze, com'è venuto in testa a persone, cui l'ardore di correr dietro ad alcune apparenze, e una specie di fanatismo ha portato ad esagerare cotanto i vantaggi di un tale strumento?”. In una lettera al Landriani, Volta tornò sulla distanza che esisteva tra i concetti di “irrespirabilità” e di “insalubrità”, “né perciò che l'eudiometro sia giudice fedele si dell'una che dell'altra”, non potendo “finora assegnare alcuna vera malattia, che generata venga dalle arie corrotte soltanto per conto della respirabilità, ossia per il flogisticamento e le arie fisse o alcaline, che sono vizj unicamente indicati dall'eudiometro”. L'eudiometro, infatti, non segnalava la presenza di altri importanti

fattori nocivi, come l'umidità "che influisce a render l'aria malsana tuttoché l'eudiometro non possa misurarla" o gli odori che "rendono l'aria offensiva". Volta, consapevole dei difetti e dei limiti intrinseci al metodo, abbandonò presto l'uso dell'eudiometro, abortendo specialmente le deduzioni di carattere medico, dal valore troppo approssimativo e generale.

Un piccolo capitolo che coinvolge un grande scienziato ci serve a ricordare come l'aria, da sempre presente nei discorsi della medicina, sia entrata a fine Settecento in una diversa prospettiva incardinata agli apporti della nuova chimica. Ci potremmo intrattenere ancora per parecchie pagine sul dibattito scientifico intorno all'uso dell'eudiometro, che conobbe per la verità una vita breve all'interno della sfera fisico-chimica, lambendo pure quella medica. L'argomento si presta ad essere affrontato sia sotto il profilo della storia della tecnica sia negli aspetti che interessano i

rapporti tra lo studio dell'aria e l'avanzamento delle conoscenze nel campo fisiologico e biochimico. È importante leggere i primi tentativi, anche se a volte infruttuosi, della chimica che veniva in soccorso alla medicina, preparando il terreno alle conquiste che avrebbero trasformato e forse sconvolto il modo di essere e di fare il medico nel secolo seguente. Memorie ed epistolari ci hanno permesso oggi di intrattenerci sulla vicenda di un Alessandro Volta interessato all'aria ed alle sue relazioni con la medicina. Egli fu capace certamente di cogliere le contraddizioni scientifiche dell'eudiometro, ma legato alle dottrine in cui si era formata la sua visione della fisica e della chimica, sul finire degli anni Settanta non se ne poteva ancora staccare completamente. Di lì a poco ne denunciò la scarsa affidabilità, quando sullo sfondo apparivano già le proposte che in pochi anni cambiarono le idee della chimica.

BIBLIOGRAFIA

M. LANDRIANI, *Ricerche fisiche intorno alla salubrità dell'aria*, nella Stamperia di Giuseppe Marelli, Milano 1775.

A. VOLTA, *Lettere del Signor Don Alessandro Volta /.../ Sull'aria infiammabile nativa delle paludi*, nella Stamperia di Giuseppe Marelli, Milano 1777.

Dizionario di chimica nel quale si contiene la teoria, e la pratica di questa scienza, la sua applicazione alla fisica, alla storia naturale, alla medicina, e alle arti dipendenti dalla chimica di Pietro Giuseppe Macquer Dottore in medicina, Socio dell'Accademia delle Scienze, della Società Reale di Medicina di Parigi, Professore di Chimica al giardino del Re &c. Nuova traduzione italiana, secondo la novella edizione francese dall'Autore riveduta, e considerabilmente accresciuta; alla quale si aggiungono le note, e i nuovi articoli di Giovanni Antonio Scopoli /.../ con altre note, e con altri nuovi articoli di Giuseppe Vairo, Dottore in medicina, professore primario nella cattedra di Chimica della Regia Università di Napoli, e Botanica nell'I.R. Università di Pavia, e Socio di varie Accademie, Presso Giuseppe Maria Porcelli, Napoli 1784.

A. VOLTA, *Relazione del professore Alessandro Volta di un suo viaggio letterario nella Svizzera ora per la prima volta pubblicata in occasione delle faustissime nozze Stabilini-Rèina*, Dalla società tipografica dei classici italiani, Milano 1827.

- E. SCOLARI, *Il primo viaggio di Volta nella Svizzera. Pagine del Volta sul San Gottardo e un diario inedito di G.B. Gioivo*, Como 1935.
- G. POLVANI, *Alessandro Volta*, "Studi di Storia delle Scienze Fisiche e Matematiche I", Lischi e Figli, Pisa 1942.
- L. BELLONI (a cura di), *Pietro Moscati. Dei vantaggi della educazione filosofica nello studio della chimica; Marsilio Landriani. Relazione sopra Basilea, Arau e Bienne*, per il cinquantenario della CIBA Industria Chimica, Milano 1961.
- F. ABBRI, *Le terre, l'acqua, le arie. La rivoluzione chimica del Settecento*, Il Mulino, Bologna 1984.
- A. G. BERZOLARI, *Alessandro Volta e la cultura scientifica e tecnologica tra '700 e '800*, Cisalpino Istituto Editoriale Universitario, Milano 1993.
- F. ABBRI, *Origini e sviluppi della chimica*, in "Storia delle Scienze, dal mondo antico al secolo XVIII" (diretta da Evandro Agazzi), città nuova editrice, Roma 1984, vol. I, pp. 339-364.

DON BARZIZA FRA CROCE ROSSA E APOSTOLATO

Paolo Vanni,* R. Ottaviani, M.G. Baccolo, D. Vanni

* Ufficio Storico della CRI Comitato Reg.Toscana

Don Barziza non è un'anima che nasce fuori del suo tempo (1). Egli è figlio della Chiesa, inserito nello spirito di carità che Essa insegna ed ha sempre insegnato, p.es. la parabola del "buon samaritano".

Nel 1991 a Ginevra c'è stato un grande congresso sui "pionieri e predecessori della Croce Rossa. E' stato citato insieme a tanti altri anche Don Barziza. Dagli Atti di quel Congresso risulta che ci sono stati numerosi precursori dell'Idea umanitaria

laica della Croce Rossa

OSPITALIERI

SAN C. DE LELLIS LE

VINCENZIANE

Infine bisogna anche ricordare che accanto a queste nobili figure c'erano anche i barbari cialtroni che depredavano i morti e finivano i poveri feriti totalmente abbandonati alla loro sorte.

Per rendersi conto dell'importanza della Croce Rossa bisogna tener presente un fatto fondamentale: distinguere l'assistenza umanitaria dalla istituzionalizzazione dei diritti del sofferente a livello internazionale politico e sociale.

GLI OSPITALIERI

Gli ospitalieri (2) sono il primo dei grandi ordini di monaci guerrieri (1071) con motto "Miseri-

cordia in Pauperos"; la loro attività era diretta a tutti gli uomini di tutte le razze e di tutte le religioni. Praticavano il soccorso ai feriti sia sui campi di battaglia che nelle catastrofi. Questa sensibilità era solo degli spiriti superiori!

Il grande Saladino dopo la battaglia dei corni di Hattin permise a 10 ospitalieri di seguire a curare cristiani e mussulmani.

Il tornado napoleonico spazzò via tutto; ma in seguito, nel 1834, si ricostituì a Roma il ramo cattolico dei Cavalieri detti prima di Cipro, poi di Rodi e poi di Malta, mentre Guglielmo IV rifondò un ramo protestante in Prussia il 15 ottobre del 1852.

L'accoglienza a Dunant in Prussia fu infatti favorevolissima, Bismark e Von Molke sono cavalieri ospitalieri.

Tuttavia pur sostenendo sempre la Croix Rouge i Cavalieri di San Giovanni o di Malta non hanno solo un interesse umanitario, ma anche spirituale; le otto punte della loro croce bianca in campo nero simboleggiano le otto beatitudini cristiane, quindi un servizio sotto la croce di Cristo!

I CAMILLIANI

La Chiesa cattolica ha anche molto da dire nella storia della infermieristica (3): Monna Tessa, san Giovanni di Dio, san Camillo e san Vincenzo de Paoli sono i primi veri infermieri della storia.

I Camilliani sono stati chiamati i primi crocerossini (4), qui siamo nel 1500-600. Essi parteciparono a tante guerre e in un centinaio erano presenti anche a Castiglione (Non se ne parla nel Souvenir e neanche nelle relazioni ufficiali francesi e piemontesi; si dice anzi che la sanità militare francese funzionò bene!) Tuttavia mai San Camillo pensò alla sua opera con i fini politici, diplomatici e giuridici propri della Croce Rossa!!

LE VINCENZIANE

Siamo nel 1642, San Vincenzo vuole una nuova congregazione, approvata poi a Parigi nel 1725, le "Figlie della Carità". Fu figlia della carità Santa Giovanna Antida Thouret (1765-1826) che, passato Napoleone, rifondò la Congregazione nel 1819. Questa insieme ad altre opere cattoliche (Santa Caterina Gerosa, 1784-1847, Santa Bartolomea Capitanio, 1807-1833, e S. Paola di Rosaa, 1813-1855) fu oggetto di studio e modello per la anglicana Florence Nightingale (5).

San Vincenzo sprona le "Figlie della Carità" ad andare là dove c'è bisogno del loro aiuto, suggerendo la neutralità. Furono in Crimea in Algeria poi anche nella guerra civile messicana del 1847. In quella civile americana avevano 117 ambulanze a Gettinsburg (6).

La Nighthingale, prima di imbarcarsi a Marsiglia per andare in Crimea, volle visitare la Casa madre di Rue du Bac.

Le Figlie della Carità furono presenti a Solferino: 40 nell'armata francese e 27 in quella piemontese; fu presente anche l'Abate Laine, elemosiere di Napoleone III, rappresentato in un quadro da A. Di Lorenzo, Si conobbero? Non c'è notizia, come non c'è notizia di un incontro Dunant-Barziza.

Gli articoli di *Historicus* (7, 8), apparsi sull'Osservatore Romano negli anni '50, tramite i quali venne risollevato il problema di Don Barziza come vero fondatore della Croce Rossa, sono sballati. Non è sbagliato invece ritenere che Castiglione delle Stiviere tenga, o dovrebbe tenere, in alta considerazione il suo figlio sacerdote che insegnò e praticò, come era già stato fatto da secoli nelle file della Chiesa, l'amore al sofferente.

Nel grande Convegno, tenuto a Ginevra nel 1991 sui preludi e pionieri della Croce Rossa, Felix Christ (9) partecipò con un breve intervento molto equilibrato su Don Barzizza; si riconobbe che Don Barzizza sicuramente assisté i feriti in maniera importante e che H.Dunant partecipò collaborando all'azione dei civili, dei religiosi e di Don Barzizza stesso nei soccorsi in Castiglione.

I dodici ospedali di Castiglione li organizzò Don Barzizza e non Dunant, tuttavia ci sembra giusto citare Felix Christ da quegli Atti (L.c.9 del Congresso di Ginevra), mentre l'articolo di A. Schraner (10) ci pare fuori luogo in quanto non ci risulta che Dunant conoscesse Don Bar-

zizza né che traesse ispirazione da lui. Scrive nel Souvenir (11): *Benchè ogni casa fosse diventata una infermeria e ogni famiglia avesse abbastanza da fare per curare gli ufficiali ospitati, ero tuttavia riuscito fin dalla domenica a riunire un certo numero di donne del popolo che fanno del loro meglio per assecondare l'opera di soccorso in favore dei feriti.*

E nelle Memorie (12) *Consideriamo stabilito il fatto che Dunant e coloro che si sono a lui uniti non hanno cercato nella storia le manifestazioni precedenti dell'idea, se non dopo l'assemblea del 1863.*

Potrebbe sembrare che quanto abbiamo scritto sia improntato ad una riduzione dell'importanza della figura di Don Barzizza, ma l'idea è errata. Guardando oltre, al tempo subito successivo, e poi anche a distanza di alcuni decenni dal suo operato del '59, si scopre il lato importante di questo uomo, vero sacerdote, ricco dell'amore del Cristo, militante anche in una schiera di religiosi, grandi patrioti che certo non ebbero vita facile nel momento storico in cui vissero nel quale era forte la tensione fra Stato della Chiesa e Regno Sabauda e che per questo spesso furono anime incomprese e sofferenti.

Non è forse strano che da Casa Savoia non venisse alcun riconoscimento per Don Barzizza mentre l'Imperatore dei Francesi gli aveva concesso la Legion D'Onore? Non è strano per tutte le considerazioni che seguiranno:

Primo perché i feriti di San Martino, i militari piemontesi, non passarono per Castiglione delle Stiviere, secondo perché dal 1860 in

poi le relazioni Savoia-Papato andarono viepiù peggiorando fino a che, con Porta Pia, cessarono tra le due istituzioni anche i tutti i rapporti diplomatici ufficiali.

Scriva Dunant (L.C.11): *i feriti dell'Esercito sardo, trasportati a Desenzano, Rivoltella, Lonato, Pozzolengo si trovarono in condizioni meno sfavorevoli che quelli di Castiglione .e quelli che vengono di là, vengono inviati a Brescia.*

Ben altri livelli di conoscenza abbiamo sugli ospedali di Milano e di Brescia (Fappani, (13) e Brixia(14)). In quest'ultima città il dr. Bartolomeo Gualla fu il direttore degli ospedali provvisori. Questa però è un'altra storia. Per quanto riguarda Don Barzizza possiamo andare a leggere quanto riportato dal Fappani sugli ospedali di Castiglione delle Stiviere. Sono una quindicina di pagine, dalla 31 alla 45, dalle quali sono state tratte molte informazioni riguardanti il giovane prete e riportate nel libretto "Castiglione cittadella ospedale", altro non è rimasto di scritto.

Sempre dal Fappani sappiamo che insieme a Don Barzizza la Legion D'Onore toccò ad altre quattro persone di queste una è un altro sacerdote: *l'bate Treccani amministratore dell'ospizio civile di Montechiaro (Montichiari). Esso è sconosciuto alla storia, ma è intrepido organizzatore di una assistenza di 700 letti.* E sua la lapide che davanti al cimitero commemorava i figli di Francia caduti.

Montichiari pagò duramente la sua generosità! Dal settembre del '59 si manifestò una terribile forma di tifo castrense che: *desolò il paese e gli tolse la migliore gioventù.*

DECORAZIONI DELLA LEGION D'NORE*

Abeni Giov.Batt.	Ragioniere Membro della Commissione di amministrazione generale degli Ospitali militari della Città.
Benedini Dr.Felice	Direttore e medico in capo dell'ospedale militare del Carmine.
Co.Diogene Vallotti	f.f. di Podestà
L'Abbate Treccani	amministratore dell'Ospizio civile di Montechiaro
L'Abbate Barzizza Lorenzo	Presidente della Commissione sopra gli ospitali di Castiglione

IL TEMPO SUCCESSIVO ALLA BATTAGLIA DI SOLFERINO

La fase patriottica di Don Barzizza finisce qui (1860), ma continua la sua attività di sacerdote e di curatore di anime impegnato nel sociale.

Tutto un carteggio, in mano ai discendenti e ritrovato nel corso di questa ricerca, dimostra una sua "consuetudine" con uomini importanti (vescovi, cardinali e Papa Sarto) della Chiesa cattolica. Non è nostro compito trattare tali aspetti, ma la posizione del sacerdote nel '48 e nel '59 nonché la sua "dipendenza" spirituale dai preti martiri di Belfiore: don Giovanni Grioli, don Enrico Tazzoli e don Bartolomeo Grazioli ci fanno collocare anche Don Lorenzo in quel gruppo di sacerdoti cattolici liberali patrioti, uomini di fede, profondamente credenti, mai ribelli alla Chiesa, ma contemporaneamente innamorati dell'Italia (15). Ce ne potremmo anche aggiungere altri, come per esempio don Giovanni Verità, morto senza servizio religioso, ma indubbiamente vero prete, garibaldino e patriota.

E importante inserire una nota di valorizzazione a favore di questi sacerdoti, che sicuramente hanno influenzato tante giovani menti di allievi ed amici consacrati che sono

andati poi a costituire la schiera eroica dei cappellani militari, di cui poco si sa e molto si discute e si critica.

Recentemente Castiglione ha inaugurato solennemente la sua nuova sede di Croce Rossa: bellissima! Ma bellissima anche perché, come disse nel suo intervento il prof. Paolo Vanni, quel Comitato di Croce Rossa c'era nel 1859 a Castiglione! Non lo sapevano, ma era il primo in Italia ed era diretto da don Barzizza (i giornali non l'hanno scritto). Sono i dodici ospedali organizzati da Lui!

La legione d'onore a Castiglione l'ha avuta solo don Barzizza (poi c'è quella dell'Abate di Montechiari); ma insieme a questi pretini Castiglione ebbe 10 medaglie di prima classe e undici di seconda classe e nell'elenco dei decorati quanti cognomi di castiglionesi! Molti di questi si ritrovano ancora oggi scorrendo l'elenco telefonico (6 Desenzani, 10 Cherubini, 10 Moratti, 6 Bianchi, 2 Barbera e così via.)

Don Barzizza ebbe sicuramente validi collaboratori.

Concludendo sentiamo di far nostre le parole di Felix Christ "L'attività di questo prete disinteressato deve essere riconosciuta tutta nel suo giusto valore".

* Come riportate dal giornale "La Sentinella" 24 e 27 marzo, a.II, 1860, n. 36-37.

E proprio dalla biografia di H. Dunant ad opera della stesso Christ che emerge poi quanto fatto dal ginevrino: non un aiuto spontaneo e disinteressato alle vittime di entrambe le parti combattenti nelle guerre, ma dei soccorsi organizzati a livello mondiale; un'opera basata su principi giuridici, contrassegnata universalmente da un simbolo, alla quale aderirono tutti gli stati.

In questo senso Don Barziza non è un precursore della Croce Rossa, ma lo è come uomo buono che come "buon samaritano" si comportò. Questo glielo avrebbe riconosciuto anche Dunant.

Allora i castiglionesi debbono essere tutti fieri di Lui. In un nostro recente articolo c'è un breve addendum dove parlano i discendenti di Don Barziza e rivendicano essenzialmente

questo (16)! Egli è la figura che rappresenta la cittadinanza di Castiglione nell'impegno di soccorrere i feriti della battaglia di San Martino e Solferino, è l'esempio di una organizzazione sanitaria per assistere e soccorrere i feriti di guerra, gli ammalati e tutti i bisognosi di assistenza sanitaria.

"L'idea di Croce Rossa", non la Croce Rossa ma la parte umanitaria dell'idea di Croce Rossa, diremmo, è propria, come abbiamo visto, anche di altre associazioni e persone!!

Allora questa gloria di Castiglione meriterebbe di essere riconosciuta accanto alla Croce Rossa che qui nacque! Perché non dedicarle un ricordo? Per esempio una stanza del Museo Internazionale con tutto ciò che ora si sa su don Barziza e con tutti i suoi ricordi.

BIBLIOGRAFIA

- P. VANNI, R. OTTAVIANI, M.G. BACCOLO, D. VANNI (2007) 'a questione Don Barziza in 'on Lorenzo Barziza a cura di C. Cipolla e S. Siliberti, Franco Angeli Ed. Milano.
- W.G. RODEL (1991) "Croix blanche et croix rouge" in *Preludes et Pionniers. Colloque des Precurseurs de la Croix Rouge*. Ed. R. Durand ed J. Meurant. Geneve. Soc. H. Dunant, pp. 331-333.
- SUOR DONATA (Chandy), P. VANNI et all. (2001) "Oblate ospitaliere a Firenze" *Riv. It. Storia della med.*, XXXII, fasc.2, numero speciale.
- C.C. MARTINDALE S.J. (1947) "San Camillo De Lellis" Ed. Longanesi. Milano.
- C. SIRONI (1991) "Storia dell'assistenza infermieristica" Nova It. Scientifica Ed., Roma.
- R. LELANDAI (1991) "Le Filles de la Charité sur les champs de bataille" vedi L.c.2, pp. 299-319.
- HISTORICUS (1954) "Le vere origini della Croce Rossa" *Osservatore Romano* 31 dicembre.
- HISTORICUS (1955) "San Martino, Solferino e Castiglione delle Stiviere" *Osservatore Romano* 19/20 settembre.
- F. CHRIST (1991) "Don Lorenzo Barzizza" v.L.c.2, pp. 248-251.
- A. SCHRANER (1988) "Der vergessene Priester, der die Idee des Roten Keuzes anregte" *Schweizerische Kirchenzeitung*, 29 settembre, p. 564.

H. DUNANT (1986) "Un ricordo di Solferino" CICR - Ginevra.

H. DUNANT (2005) "Memorie" 2ª edizione riveduta ed ampliata a cura di P. Vanni, M.G. Baccolo e R. Ottaviani. Sorbona Idelson Gnocchi ed. Napoli.

A. FAPPANI (1960) "L'assistenza ai feriti del '59 nel bresciano" Supplemento ai Commentari dell'Ateneo di Brescia per l'anno 1960. Tipolito F.lli Geraldini. Brescia.

T. BONIZZARDI (1882) "Brixia. Brescia ospitaliera". Stab. Tip. Lit. E. Apollonio. Brescia.

C. CIPOLLA (2003) "Curtatone: Idealità e volontà nel Risorgimento" F. Angeli Ed. Milano.

L. BARZIZA (1952) «Castiglione cittadella ospedale» proprietà riservata.

JESSIE MERITON WHITE MARIO: NURSE IN GARIBALDI'S EXPEDITIONS

Elizabeth M.C. Guerin, Iacopo Mannelli, Paolo Vanni

Ufficio Storico della C.R.I.

Jessie was born on 9th May 1832 at Old Portsmouth, Hampshire, an important port at the mouth of the entrance to Southampton in the south of England directly facing the Isle of Wight. Even her birth-place is significant given the importance of sea-ports in relation to the movement of people and goods, trade and expansion which in the context of this paper characterises the Victorian era.

FAMILY BACKGROUND

She was born into a well-to-do, international, non-conventional family. Her father, Thomas White, belonged to the White family originally from Broadstairs¹ (Kent), and as of 1802c. from Cowes on the Isle of Wight —a family that had been boat-builders for generations.

SHIPBUILDING AT WHITE'S THETIS YARD 1834²

Jessie was the fourth child of her father's second wife who died soon after the birth. Her

mother was Jane Teage Meriton of American origin, and from Gosport, close to Portsmouth. Her uncle was Thomas Harman, who owned much of the land on which New Orleans was built, and who freed all his slaves in the early 1820s because of his humanitarian beliefs. Jessie's second cousin Charlotte married the man who in 1887 was to become Lord Cheylesmore the great China-silk importer.

Jessie's father had moved to the mainland where, instead of continuing to build boats, he began building docks and warehouses. Hers was a family that was religiously strict. Jessie received a non-conformist education and went to London to complete her studies. She believed in freedom of thought and attended reform lectures given by some of the foremost thinkers of her day including George Dawson who influenced also Mr. Chamberlain. She was also a staunch believer in Stuart Mill's liberal ideas. This was unusual, to say the least, for a female in Victorian England. Indeed, in the period 1852-54, she went on to study philosophy at the Sorbonne under the renowned philosopher Hughes Felicité Robert de Lemennais. In Paris she

¹ Modern-day Broadstairs

² Isle of Wight Industrial Archaeology Society (2005) <http://www.iwias.org.uk> (<http://freespace.virgin.net/iw.history/cowes/crane.htm>)

also met Lamartine, Thierry, and Henri Martin amongst others.

It is not surprising that given her non-conformist education, and her commitment to freedom of speech and reform by the age of twenty-one she had become independent and maintained herself through teaching and writing. Her first publications appeared in *Eliza Cook's Journal* in 1853, as well as in the *Biographical Magazine*.

Her friendship with the artist Emma Roberts while in Paris led to Jessie travelling to Italy. En route, they stayed for some months in the *Maison Garibaldi* in Nice where they met Garibaldi³ and later went on to spend a month in the mountains of Sardinia. She also visited Florence where she became friendly with Elizabeth Barrett Browning. From the afore-mentioned travel and events, it is easy to understand how Jessie became interested and involved in the Italian cause.

In 1855 she returned to England where she also met Fabrizi, Garibaldi's physician friend, the recently escaped Orsini, and Mazzini. She became involved in propaganda and fundraising activities for the Italian cause in close cooperation with Mazzini in whom she greatly believed. In 1856, Garibaldi again visited England and was the honoured guest of Jessie's father in Portsmouth and of her in London. In the same year, she translated Orsini's *Le prigionie austriache d'Italia* into English. With regard to her role as nurse in Garibaldi's expeditions, In the *Birth of Modern Italy*⁴ Jessie relates the following:

"Certain of being summoned to fight against the Austrians or lead the Italians in revolution, Garibaldi had obtained my promise to be the nurse of his wounded, so, to fit myself for the task, I now resolved to secure the best medical education possible, Dr. Little and other eminent surgeons warmly encouraging and assisting me to carry me out my plan."

She continued her study of medicine at University College, as she relates further on⁵

"in the hope of being able to qualify for the full degree; but votes being numbered and not weighed, the authorities decided that the words "British subject" referred to males only, and I was debarred from obtaining equality of treatment."

In 1856 she returned to Genoa to help in organising the Pisacane expedition to Naples but soon returned to England where together with Aurelio Saffi began to lecture throughout England on the situation in Italy. Following the success of her series of articles "Italy for the Italians" in the *Daily Mail*, she was offered the unusual post as correspondent in Genoa by the then editor, which she quickly accepted aware of the events to unfold there. It was here she met Alberto Mario, Garibaldi's aide-de-camp, with whom she fell in love. In June 1857, Pisacane entrusted his political manifesto to Jessie. She was commanded to leave Genoa which she refused to do asking the Eng-

³ Garibaldi greatly respected Jessie and, later, entrusted his son Ricciotti to her care.

⁴ p. 253.

⁵ *Ibid.* p. 260.

lish Ambassador in Turin, a staunch supporter of Cavour, to guarantee her a fair trial. However, in July she was arrested and imprisoned in the S. Andrea prison with Alberto Mario and other patriots. She remained there until November. Following their release (Mario two months earlier than her), she married Mario on 19th. December 1857 at her home in England. In November 1858, she and Alberto were in New York, Washington, Philadelphia, and Baltimore on a lecture and fund-raising tour. In 1859 they leave for Italy and learn about the wars undertaken by Napoleon III against Austria. In the same year they went to Milan and joined Garibaldi with Alberto Mario in his corps of "Guides" and Jessie fulfilling her old promise and nursing his wounded in his expeditions. Following the publication, on Mazzini's advice of *Pensiero e Azione*, both Jessie and Alberto were arrested as "Austrian spies" by order of the Governor of Bologna (an agent of Napoleon III) and imprisoned in Ferrara and later "transported" across Lombardy to the Swiss border. This however, was not to deter them. Indeed, she and her husband sailed with the expedition that left Genoa for Sicily in 1860 and went to Naples. Again in 1866 she was in the Trentino to tend the wounded, as she was to do in 1867 during the 3rd. War of Independence at Monterotondo and Mentana. Later, in 1871 she nursed the needy in the Franco-Prussian campaign.

Last but not least, following the shot Garibaldi received to his ankle on the Aspromonte from Colonel Pallavicini's *bersaglieri*, whence he was taken prisoner, on his release from Varignano after the general amnesty on Oct. 5th. 1862, she also assisted him when Dr. Zanetti removed the lead ball.

In summarising her life and her work, Jessie White's politico-cultural ideology can be divided as follows:

- (a) political activities linked to the Risorgimento as briefly outlined above;
- (b) social studies which show the influence of Stuart Mill & Social Reform
 - Pellagra and peasants
 - the poor & living conditions – *La Miseria di Napoli*
 - Child Labour & Working Conditions in the Sulphur mines;
- (c) narrative and biographical writings which include the following writing activities:
 - Daily Mail
 - Morning Star
 - The Birth of Modern Italy (1909)
 As well as numerous biographies, including:
 - Garibaldi
 - Bertani;
- (d) educator, her final occupation being at the scuola magistralis in Florence up until her death;
- (e) nurse throughout Garibaldi's campaigns. The American journalist Margaret Fuller wrote frequently of the hospital work carried out both by Jessie White and by Cristina di Belgioioso during the fight for the freedom of Italy.

Jessie White died on 5th. March 1906 in Florence in Via Romana. On her instructions, her body was cremated and sent to be placed with her husband's in Lendinara. The house at Lendinara (Rovigo) bears witness to their presence and passing.

BIBLIOGRAPHY

- AMBROSE, M. (2003) Naples in the late nineteenth century in *Bulletin of the Society for Italian Studies*, 36, 5-16 (ed) Pizzi, K., Keen, C., Glynn, R., Canterbury (England).
- CERTINI, R. (1998) *Jessie White Mario una giornalista educatrice: tra liberalismo inglese e democrazia italiana*, Casa Editrice Le Lettere, Fi (Italy).
- STOWE, H.B. (1854) *Sunny Memories of Foreign Lands*.
- VANNI, P., BACCOLÒ, M.G., OTTAVIANI, R. (2001) *Henry Dunant Memorie del primo Premio Nobel per la pace*, Edizioni Sorbona, Gruppo editoriale Idelson-Gnocchi srl, Napoli (Italy).
- ULIVIERI, S. (1977) La donna nella scuola dall'Unità d'Italia ad oggi. Leggi, pregiudizi, lotte e prospettive, in "Nuova D.W.F.", n.2-4.
- WHITE Mario, J. (1909, posthumous) *The Birth of Modern Italy*.

EUGENIO GADDINI AND THE RED CROSS HOSPITAL IN FORTE AURELIA, 1945-1956

M. Francesca Vardeu¹

Pediatra. Docente I. di Storia della medicina pediatrica in Sardegna.
Dipartimento di Scienze Pediatriche e Medicina Clinica "Giuseppe
Macciotta", Azienda Ospedaliero Universitaria, Cagliari.

Summary

Eugenio Gaddini (1916-1975) was a Red Cross volunteer physician and a psychoanalyst. In the 1943 he distinguish himself for the profound humanity during his service in a hospital of war near Venice. In 1946, he was appointed as hospital manager at Forte Aurelia Red Cross Hospital. The hospital replaced and expanded a Red Cross Emergency Room established in 1944 to treat refugees from Rome.

The Red Cross was also involved in the delivery of first aid cure to civilians and military in the Hospital n. 26 in Perugia and in the Cesare Battisti and Leonino hospitals in Rome, in which in 1945 were admitted 2.862 patients and performed 300 surgeries. The civilians nearby the Capital, were treated in the small hospitals of Sabaudia and Terracina. Other first aid posts were placed in the main railway stations equipped with infirmaries for short stay where, from October to December 1945, the Red Cross performed 93.593 examinations and wounds treatments, of which 70.194 were delivered in the Termini and Prenestina stations. Others first aid posts were located in the Red Cross infirmary at the Casa Centrale di Assistenza and the First Aid Posts for political victims. In the same period of time the hospital in Cinecitta' gave assistance to 26.000 refugees, performing 16.440 pediatric examinations. The Forte Aurelia staff in April 1945 included: a physician officer as manager, two physicians officers, an officer inspector, two volunteer nurses, three second officers and ten soldiers. The command was given to Captain physician Francesco Tamiotti, who was also in charge for the organization and the installation of the Operative Unit. The refugees morbidity in Forte Aurelia was estimated by the commander to be ten times higher than the mortality in the regular population in Rome. In Forte Aurelia, Gaddini treated thousand of children in poor physical and psychological conditions. He distinguished himself for his great humanity since the beginning of his work. Among his first guidelines, the decision to perform a complete medical examination on all the children in the camp to know their number and physical conditions in order to start a disease prevention program. Gaddini established advanced methods for the care of children nutrition and reorganized the infrastructures with the aim of facilitating their firsts social interactions and relationships.

¹ Questo lavoro costituisce la prima comunicazione ed è parte di una ricerca effettuata nel 2005 presso l'Archivio Storico Centrale della CRI, Roma.

In the following years the personnel strong dedication and the high expertise achieved in the medical service made Forte Aurelia a reference model for refugees coming from many others transit camps. Forte Aurelia closed in 1956.

ROMA 1943. PROFUGHI E SFOLLATI. L'INTERVENTO DELLA CRI

Nei primi mesi del 1943 lo spazio del Campo Trincerato di Forte Aurelia fu destinato a raccogliere e indirizzare le migliaia di profughi provenienti dalle zone limitrofe del Lazio, da altre regioni italiane o dall'estero, costretti alla fuga dalle loro abitazioni e dai loro paesi a causa della guerra in corso. Tra essi numerosi le donne e i bambini. A Forte Aurelia un Posto di Soccorso, allestito dalla CRI nel 1944, fu dotato di un ambulatorio medico per l'assistenza. La direzione dell'Unità fu affidata al Capitano medico Pietro Magli, incaricato del servizio di assistenza con la collaborazione dell'UNRRA. L'amministrazione del Campo al IX Centro di Mobilitazione CRI, diretto dal Capitano Medico Gennaro Gentile. Dal maggio al dicembre del 1945 il numero di sfollati assistiti e ricoverati a Forte Aurelia, che fu trasformato in Ospedale con cinquanta letti, raggiunse quasi le seimila unità. L'assistenza ai civili nella città di Roma e nelle vicinanze della capitale fu praticata dalla CRI nei piccoli ospedali allestiti al Cesare Battisti e Leonino a Roma e a Sabaudia e Terracina e nei Posti di Soccorso Ferroviario dislocati presso le principali stazioni della città, dotati di infermeria per il ricovero temporaneo. In questi ultimi da ottobre a dicembre del 1945

furono effettuate 93.593 visite mediche e medicazioni, di queste 70.194 solo nelle Stazioni di Termini e Prenestina. Altri Posti di Soccorso furono l'infermeria CRI presso la Casa Centrale di Assistenza, i Posti di Soccorso pro vittime politiche. Nello stesso periodo l'ospedale allestito a Cinecittà assisteva 26.000 sfollati, 16.440 le visite pediatriche.² L'organico di Forte Aurelia comprese, nell'aprile 1945, un ufficiale medico direttore, due ufficiali o ausiliari medici, un ufficiale commissario, due infermiere volontarie, tre sottufficiali e dieci militari di truppa. La direzione dell'Ospedale fu affidata al capitano medico Francesco Tamiotti, cui fu affidato il compito anche dell'organizzazione e dell'impianto dell'Unità Operativa.³

La morbilità dei profughi residenti a Forte Aurelia fu stimata dal direttore come dieci volte superiore a quella della popolazione di Roma. Dal primo febbraio 1947 Forte Aurelia divenne un ospedale convenzionato. Dal luglio del 1948 il servizio di Assistenza post Bellica e la Sanità Pubblica per disposizione del Comitato Interministeriale di revisione e controllo, poterono ricoverare a loro spese a Forte Aurelia civili affetti da TBC o altra patologia, anche se non compresi tra le vittime civili della guerra o tra i reduci. Dal 1948 l'efficienza e l'abnegazione mostrata dal personale in servizio al Centro Profughi e all'Ospedale di Forte Aurelia favori

² Archivio Storico Centrale della CRI, Roma (CRIASC) RM/Arch, T, 7: Attività svolta dalle Unità dipendenti del IX Centro di Mobilitazione CRI per l'anno 1945.

³ CRIASC R/M arch, G949, T, 7: Lettera circolare 21 apr. 1945: *Trasformazione posto soccorso di Forte Aurelia in ospedale da cinquanta letti per l'assistenza ai profughi di guerra.*

l'arrivo di pazienti da tutti i Centri Profughi di Roma, a questi si aggiunsero i profughi da tutti i Centri della Provincia e di altre parti d'Italia. In seguito si aggiunsero i profughi assistiti dal Ministero dell'Africa Italiana o inviati direttamente dalla Direzione Generale per l'aiuto ai profughi, o trasferiti da altri ospedali, tra questi alcuni molto lontani come quello di Asmara. Anche l'O.N.I.G ricoverò i suoi assistiti a Forte Aurelia, con le modalità previste dalle disposizioni di legge vigenti. Nel 1952 Forte Aurelia fu classificato a tutti gli effetti dall'Alto Commissariato per l'Igiene e Sanità come Ospedale di 3° Categoria.⁴

Nel luglio del 1952 accolse i profughi Giuliani.

EUGENIO GADDINI E RENATA DE BENEDETTI VOLONTARI A FORTE AURELIA

Nell'ottobre del 1943 Eugenio Gaddini raggiunse a Roma Renata De Benedetti *venendo quasi a piedi*, ricorda Renata.⁵ Gaddini durante la guerra aveva prestato servizio presso l'ospedale militare di Mirano Veneto dove si era distinto nella cura prodigata ai ricoverati.⁶ I due giovani medici si recarono all'ospedale di Forte Aurelia e fornirono volontariamente il loro aiuto, collaborando entrambi con il personale medico ai turni di guardia e al lavoro dei reparti.⁷

Nei primi mesi del 1945 Gaddini fu nominato direttore dell'Ospedale.

EUGENIO GADDINI DIRETTORE DELL'OSPEDALE DI FORTE AURELIA

L'umanità e il rispetto per l'infanzia si manifestarono sin dai primi mesi del suo servizio. In questa sede Gaddini ebbe modo di avvicinare le migliaia di bambini che si affollavano alla struttura in condizioni fisiche e psicologiche precarie, affetti da malaria cronica, iponutrizione e altre gravi patologie. Tra le prime disposizioni l'obbligo di una visita medica a tutti i bambini del campo allo scopo di conoscerne il numero e le condizioni di salute e prevenirne le malattie. L'inchiesta sulle condizioni di salute dei bambini, effettuata nel novembre 1946 in collaborazione con la Direzione del Campo, mostrò che le malattie più frequenti nei bambini erano tubercolosi, malaria e cardiopatie. Su trecentoventisette visitati solo venticinque bambini furono trovati sani. Le malattie più frequenti: tubercolosi, malaria cronica con anemia ed splenomegalia, cardiopatie secondarie ad endocarditi e miocarditi post infettive. Iponutrizione era presente nel 44%, dei bambini e in tutti i lattanti. I disturbi della nutrizione si accompagnavano a stomatiti, gengiviti, gravi quadri di rachitismo. Alcuni dei lattanti si trovavano in condizioni di salute definite nella relazione "molto gravi". Dato l'alto numero di patologie tubercolari riscontrate anche tra gli adulti e l'elevata possibilità di contagio per i bambini Gaddini propose l'allestimento di un convalescenziario, struttura già allestita dalla CRI per gli sfollati di Cinecittà.⁸ Il padiglione isolato

⁴ CRIASC R/M arch, G949, T, 7, Lettera della Presidenza del Consiglio dei Ministri oggetto: *L'alto Commissario per l'igiene e sanità*, 7 febbraio 1952. L'attribuzione fu riferita come alle norme sanitarie contenute nel RD 30 settembre 1938, n.1631, articoli 9 e 95.

⁵ Conversazione con Andrea Gaddini e Renata De Benedetti Gaddini, Roma, 11 maggio 2005.

⁶ Gaddini A, 2005, *Eugenio Gaddini. Note biografiche*, www.isitutoricci.it/note_biografiche.htm, p. 2.

⁷ Conversazione, cit.

⁸ CRIASC R/M arch, G949, T, 7, Relazione di Gaddini: *Stato di salute dei bambini del Centro*, 30 novembre 1946.

per il primo ricovero dei pazienti affetti da tubercolosi polmonare in forme aperte e contagiose, divenne ben presto, a causa della difficoltà del trasferimento dei pazienti negli Ospedali Sanatoriali, un vero e proprio reparto che ben presto fu in grado di effettuare interventi medici e chirurgici. Un'ispezione effettuata nel Campo nel dicembre dello stesso anno verificò le precarie condizioni dell'ospedale, impiantato in locali fatiscenti e di fortuna, sovraffollato e in condizioni igieniche precarie, attribuita dagli ispettori alla tipologia dei pazienti ricoverati e alla ristrettezza dei locali ricavati ai lati di un corridoio centrale posto all'interno di un lungo padiglione in muratura, parte della antica fortificazione. Parole di elogio furono riservate alla buona organizzazione dei reparti e dei servizi. Il Direttore Eugenio Gaddini fu descritto come un *giovane e di ottima cultura medica e generale e dotato di spiccatissime doti organizzative*, che si occupava dell'organizzazione e dei pazienti *con zelo e passione*. Il reparto dei bambini, la maternità e la piccola chirurgia erano seguite dal dott. Buonocore e dal dott. Valeri, definiti *ottimi elementi*. Una buona organizzazione era presente negli altri reparti. Il personale in corsia e in cucina era svolto *diligentemente* da sei suore, coadiuvato da undici donne *di fatica*. Il personale militare era composto da quattordici militari della CRI, un graduato e due sottufficiali che svolgevano servizio di assistenza negli ambulatori, di piantone e di collaborazione negli uffici. Al momento dell'ispezione era da poco assegnato all'Ospedale un Capellano.⁹ Dato l'alto numero dei bambini malati presenti a Forte Aurelia la

Direzione Tecnica suggerì al IX Centro di Mobilitazione l'assunzione di un altro pediatra, in aiuto al dott. Buonocore, il cui impegno e dedizione nella cura dei piccoli pazienti furono sottolineate da Gaddini, in risposta alla lettera di elogio che seguì l'ispezione.

Gaddini curò in modo particolare e moderno l'alimentazione dei bambini, favorendo l'allattamento al seno e organizzando un centro per la raccolta e la distribuzione del latte materno per quelli che non potevano riceverlo dalle loro madri, denominato Lactarium, dimostrando una grande e avanzata conoscenza nell'organizzazione di moderne strutture che potessero favorire i primi processi della loro vita di relazione. L'organizzazione del Lactarium, un equivalente delle moderne banche del latte materno, effettuata in collaborazione con l'ONMI comportò una ricerca presso l'efficiente Oeuvre Nazionale di Bruxelles sulla cui esperienza e consulenza il giovane medico si orientò per istituire il servizio.¹⁰ La raccolta del latte materno, pastorizzato e conservato, fu preceduta da una lettera alle donatrici di latte che anticipava la visita di un'assistente sanitaria visitatrice. La distribuzione del latte avveniva a Forte Aurelia, oppure era recapitato a casa con un trasporto in bicicletta. Una lettera fu preparata per le madri che non potevano allattare per sollecitarne la presenza a Forte Aurelia e ritirare il latte per il proprio bambino. Per bambino e nutrice furono preparate e conservate le cartelle personali. Il bimbo fu pesato prima e dopo la cura di latte materno.

Gaddini si occupò della ristrutturazione del vecchio edificio, dell'organizzazione e funziona-

⁹ CRIASC R/M arch, Lettera della Direzione Tecnica dei Servizi Sanitari al Comando del IX Centro di Mobilitazione CRI, oggetto: *Ispezione Ospedale Forte Aurelia*, Roma 21. 12. 1946.

¹⁰ CRIASC R/M arch, G995, T. 7, H.3: *Le lactarium de Bruxelles, rouage de l'Oeuvre Nationale de l'enfance par le Dr. Joseph VAN ESPEN*, Bruxelles, 22 maggio 1948.

lità di altri servizi istituiti nel piccolo ospedale: l'ambulatorio per i civili, il servizio di elettrocardiografia, la sala chirurgica, la radiologia, il laboratorio e altri servizi che si aggiunsero.

L'attività di assistenza dell' Ospedale della CRI di Forte Aurelia in quei primi anni di attività appare frenetica. Il registro delle visite dell'Ambulatorio Profughi è scritto in modo concitato, irregolare. Frequenti e gravissime le patologie riscontrate: polmoniti, scompensi cardiaci, iperpiressia, cardiopatie.

Nel 1946 Il numero totale delle prestazioni sanitarie degli ambulatori e dei due Ospedali CRI Cinecittà e Forte Aurelia fu di 76.902, 441 ricoveri furono effettuati nell'Ospedale di Forte Aurelia. Il due gennaio del 1947 Gaddini rispose con un breve messaggio agli auguri ricevuti per il suo onomastico, festeggiato al lavoro il trenta dicembre dell'anno appena trascorso: *“Commosso dalla calda dimostrazione di simpatia tributami in occasione del mio onomastico, ringrazio individualmente le suore, i ricoverati dei vari reparti, nonché i componenti del personale civile, i profughi e la CRI e auguro a tutti un anno migliore”*. Nel 1947 le visite nell'ambulatorio pediatrico di Forte Aurelia furono 1568, 13.775 nell'Ospedale della CRI G. Costanzi. Il numero dei decessi a Forte Aurelia appare elevato, 14 su 501 ricoverati, 19 su 1874 ricoveri nell'Ospedale G. Costanzi. Nello stesso anno l'allattamento materno esclusivo fu presente solo tra i bambini di Forte Aurelia.

Dal 1948 i medici di Forte Aurelia, dott. Fortunato Buonocore, dott. Valesi, dott.ssa Bestazzi il dott. Boccafurni, dott. Morelli e lo stesso Gaddini, si distribuirono gravosi turni di servizio nei reparti e un turno di guardia di 24 ore ogni settimana. Durante la guardia, i medici seguivano l'ambulatorio pomeridiano dalle 16 alle 18. Nell'aprile del 1948 iniziò l'attività chirurgica e dal settembre dello stesso anno

l'attività radiologica. Il servizio chirurgico fu affidato al dott. Anacleto Cirenei proveniente dalla Patologia Chirurgica di Roma e ad un consulente chirurgo della CRI e il servizio ambulatoriale specialistico fu svolto a cura di specialisti consulenti della CRI: otorino, odontoiatra oculista e dermatologo. Solo dal settembre del 1949 l'Ospedale dispose di un proprio Laboratorio di Analisi.

Forte Aurelia disponeva nel 1948 di 100 posti letto ed effettuava un servizio medico di assistenza ospedaliera per uomini donne e bambini, con uno speciale reparto per lattanti.

Nel primo semestre del 1948 il numero degli allattati al seno aumentò passando da 9 a 17. Aumentarono anche le visite generiche e le visite ambulatoriali pediatriche, che da 904 nel primo semestre, triplicarono alla fine del 1948. La tubercolosi infantile si andò riducendo al 6% della popolazione pediatrica, nel 1948 fu segnalato un solo un caso di cardiopatia infettiva.

Il servizio ambulatoriale per i profughi fu molto attivo. Numerose le gestanti ricoverate in stadio avanzato di parto. Nel dicembre del 1948 Gaddini preoccupato dalla mole di lavoro che gravava sul personale in attività, che a suo parere rischiava con il tempo di compromettere *l'esito e il rendimento dei servizi* richiese con *inderogabile urgenza* un aumento dell'organico.

L'adeguamento richiesto fu parzialmente concesso nel febbraio del 1949 dal Comitato Interministeriale di Revisione e controllo per le Unità Ospedaliere Convenzionate, che nella stessa occasione incrementò il numero dei posti letto. Dal gennaio del 1949 tra i piccoli ricoverati si ridussero drammaticamente le cardiopatie e le distrofie ma predominarono ancora, sebbene in numero ridotto, le forme tubercolari.

Tutte le manifestazioni tubercolari dei bambini furono diagnosticate come adenopatie

ilari, a dimostrare l'alto livello di contagio ancora presente nell'ambiente familiare dei bambini del campo. La cura dedicata alla loro alimentazione portò alla scomparsa delle distrofie così frequenti nei lattanti, rari gli episodi di gastroenterite. Nello stesso anno la richiesta di stufe elettriche. Delle sei stufe inviate tre furono utilizzate per riscaldare la sala maternità, la sala parto e il reparto lattanti. Si autorizzò la ripulitura e recinzione dell'Ospedale, fu abbattuto un piccolo padiglione usato come latrina in previsione del suo adattamento ad Ambulatorio. Dal 1950 i medici in servizio passarono da cinque a sei. Dal 1949 al 1950 con il ridursi dell'emergenza si ridussero anche il numero delle prestazioni ambulatoriali e quello dei ricoveri.¹¹

L'AMBULATORIO PER LA POPOLAZIONE CIVILE, 1950

Nel febbraio del 1950 Gaddini segnalò l'esistenza di pressioni da parte della popolazione civile, divenuta attorno a Forte Aurelia una comunità di circa 50.000 persone, tutte particolarmente indigenti, volta ad accedere ai servizi ambulatoriali e specialistici dell'Ospedale.

Secondo Gaddini l'allestimento di un ambulatorio dotato di pronto soccorso per civili oltre che costituire un aiuto umanitario, data l'assenza di altre strutture simili nelle vicinanze dei campi, poteva diventare una fonte di sostentamento economico per lo stesso Ospedale. La maggior parte delle visite dei civili, sottolinea Gaddini, furono visite pediatriche. Il Poliambu-

latorio, che comprendeva prestazioni sanitarie generiche e specialistiche rivolte a profughi e popolazione civile in orari separati, continuò la sua attività e fu aperto tutti i giorni.¹²

IL PROBLEMA DEI CRONICI

In seguito alla chiusura dell'Ospedale CRI di Cinecittà una parte dei malati cronici furono trasportati e ricoverati a Forte Aurelia, altri se ne aggiunsero negli anni successivi, gravando negativamente sull'organizzazione dell'assistenza e occupando lo scarso numero di letti a disposizione a Forte Aurelia. Organizzarne il trasferimento in idonei istituti che li potessero accogliere, nonostante l'interessamento dell'ospedale e a causa delle precarie condizioni di salute di alcuni di essi, fu un problema che impegnò a lungo la direzione e il loro trasferimento fu risolto nel corso di alcuni anni. Il trasferimento dei cronici fu sollecitato ancora a Gaddini nel 1951.¹³

I BAMBINI FIGLI DI MADRE AFFETTA DA TBC: INTERROGAZIONE PARLAMENTARE, 1951

Per i nati in ospedale figli di madri affette da TBC, allo scopo di prevenirne il contagio, in Italia fu previsto, dopo la prima metà degli anni '20, l'allontanamento immediato del neonato dalla famiglia. Alimentati con latte artificiale o affidati a baliatico esterno difficilmente

¹¹ CRIASC R/M arch, G989, T, 7, *Trasmissione dati riguardante l'attività dell'Ospedale* relativi ai mesi da gennaio a dicembre dei due anni 1949 e 1950.

¹² CRIASC R/M arch, *Ambulatorio per la popolazione civile*, Relazione interlocutoria di Gaddini alla Direzione dei Servizi Amministrativi e alla Direzione dei Servizi Sanitari del CC della CRI di Roma, 5 febbraio 1950.

¹³ CRIASC R/M arch, *Trasferimento degenti cronici in appositi istituti*, 14 marzo 1951

controllabile, la loro mortalità era particolarmente elevata. Dopo una lunga permanenza nei reparti talvolta erano inviati presso i Brefotrofi. Il provvedimento si dimostrò di difficile e discontinua applicazione su gran parte del territorio nazionale.¹⁴ Nella documentazione consultata nell'Archivio Storico Centrale non ho trovato riferimenti a vaccinazioni con BCG nei bambini ricoverati a Forte Aurelia.

Nel gennaio del 1951 una preoccupata interrogazione parlamentare fu posta al Ministro dell'Interno Mario Scelba in merito alle voci che circolavano relative alla presenza a Forte Aurelia di "centinaia di tubercolotici tra bimbi degli ospitati" volta alla disposizione di provvedimenti qualora le voci riscontrate rispondessero a realtà. Il Ministro escluse tra i bambini di Forte Aurelia la presenza di forme tubercolari contagiose e precisò che i bambini residenti o pervenuti a Forte Aurelia effettuavano periodicamente visite preventive nell'ambulatorio o nel reparto pediatrico, quelli predisposti alla tubercolosi erano inviati ai preventori della CRI e i malati con forme tubercolari in fase attiva al Consorzio Antitubercolare di Roma, forniti di cartella clinica. A cura del Consorzio Antitubercolare il successivo controllo radiologico semestrale e la corresponsione di sussidi alimentari ed economici alle famiglie secondo le disposizioni vigenti. Nel 1951 la sistemazione della Sala Operatoria, ancora posta in locali scarsamente igienici e poco adatti alla funzione. La riduzione dell'emergenza profughi portò il IX Centro di Mobilitazione nell'anno successivo alla decisione di limitare l'attività sanitaria gratuita solo ai bisognosi e ai profughi, assorbire

l'attività del Poliambulatorio nella gestione dell'ospedale, limitare l'organico e le spese farmaceutiche e radiografiche. Dal 1952 due Ufficiali Medici prestarono servizio nei reparti di Pediatria e Ginecologia ed Ostetricia, il pediatra Tenente Medico Remo Splendore e il ginecologo Tenente Medico Giovanni Brignone.

Chiarimenti furono richiesti al Ministero dell'Interno, nell'agosto del 1955, dalla Direzione dei Servizi di Mobilitazione, in merito alla ipotesi di chiusura dell'attività di assistenza ai profughi di Forte Aurelia e dello stesso Ospedale. La Direzione dei Servizi si premurò di indicare che l'attività dell'Ospedale era in buona efficienza, tanto da corrispondere ai suoi *periodi di massima attività*. Il trasferimento di due centri profughi contigui, dei quali anche il Centro presente a Forte Aurelia, avvenuti nell'agosto 1955 ad altra sede, non avevano ridotto il numero dei ricoveri o delle prestazioni specialistiche. Negli ultimi mesi del 1955 fu interrotta l'attività degli ambulatori specialistici. Nella riunione dell'otto giugno 1956 il Comitato Interministeriale di Revisione e Controllo delle Unità CRI stabilì la cessazione dell'attività dell'Ospedale di Forte Aurelia con decorrenza trenta giugno dello stesso anno. Le operazioni di chiusura e i verbali di consegna portano la data del luglio 1956.

Dal 1946, fino alla sua scomparsa avvenuta nel 1975, Eugenio Gaddini condusse studi psicoanalitici, nel 1967 fu eletto Vice presidente della Società Italiana Psicoanalitica, ne fu presidente nel 1978, partecipò attivamente al lavoro dell'Associazione psicoanalitica internazionale e a quello della Federazione psicoanalitica europea.

¹⁴ La diffusione della tubercolosi tra i lattanti, bambini e adolescenti in Italia non era nota con precisione. Prima del 1968 l'ISTAT non dispose di dati analitici per regione su diffusione o mortalità per TBC in età pediatrica (Vardeu 2005 e 2007).

RINGRAZIAMENTI

Alla Direzione e il personale dell'Archivio Storico Centrale della CRI, che hanno permesso la ricostruzione e la collocazione storica della documentazione archivistica attinente l'attività umanitaria e di assistenza svolta da Eugenio

Gaddini i medici e il personale del corpo militare CRI nell'Ospedale di Forte Aurelia, negli anni dal 1945 al 1956.

Ad Andrea Gaddini e Renata De Benedetti Gaddini per le testimonianze e i ricordi.

Traduzione a cura di Ombretta Detratti.

RIFERIMENTI ARCHIVISTICI E BIBLIOGRAFICI

1. CRI Archivio Storico Centrale, Roma.
2. Atti Parlamentari Camera dei Deputati, Discussioni: *Alliata di Montereale al Ministro Mario Scelba*, Seduta del 26 gennaio 1951, 25687.
3. E. SERVADIO, 1989, *Ricordo di Eugenio Gaddini*, in M.L Mascagni, A. Gaddini, R. De Benedetti Gaddini (a cura di) *Eugenio Gaddini Scritti 1953-1985*, Cortina, Milano.
4. MF VARDEU, 2005, Presentazione degli Atti del Convegno: *"L'Ospedale e il suo territorio in Sardegna, storia del presidio Fratelli Crobu di Iglesias"* (Iglesias, 8 ottobre 2005), Iglesias, 2005.
5. M.F VARDEU, 2007, *L'ONMI dal 1925 al 1945. Necessità storica ed etica nella cura dell'infanzia in Italia negli anni del regime fascista*, in M. Breschi, L.Pozzi (a cura di): *Salute Malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Forum, Udine

PIETRO PAGELLO (1807-1898): UN GALANTUOMO TRA CHIRURGIA E ROMANTICISMO FRANCESE

Aldo Prinzivalli

Già primario chirurgo-ortopedico ospedaliero.

Résumé

Disciple de l'École du professeur Antonio Scarpa, d'abord à l'Université de Pavie, puis auprès de l'Hôpital de Venise, Pietro Pagello exerça sa profession de chirurgien pendant cinq ans à Venise, élève du célèbre Tommaso Rima.

“Chirurgien Majeur” et “Maître Obstétrical”, dans la charge de médecin municipal auprès de la Mairie et du District de la ville de Bellune, Pagello occupera aussi, successivement, la charge de “Chirurgien-chef” de l'Hôpital de la ville. Il maintint les deux charges jusqu'à l'âge avancé.

Ce fut entre les premiers chirurgiens en Italie et à l'étranger, à exécuter avec succès, en 1839, la correction chirurgicale moderne du pied bot congénital, au moyen de la ténotomie “a minima” du tendon d'Achille, suivie de la correction graduelle, avec l'appareil projecté par lui-même, des déformités complexes, et en époque où la méthodique même était très controversée.

Pietro Pagello acquiert donc, bientôt, une notoriété dans le monde scientifique, outre le territoire de la Vénétie, et la maintint, dans les années successives, au moyen de ses interventions chirurgicales, en utilisant fréquemment des instruments chirurgicaux d'avant-garde pour l'époque, et surtout avec ses résultats, en particulier en Obstétrique, désormais destinée à nouvelle branche de la chirurgie. Tout cela, dans une “période chirurgicale”, pas tout à fait favorable, “pré-listerienne”, époque envahie de théories controversées et mal acceptées, de la plupart des chirurgiens.

Humile, modeste et réservé, Pietro Pagello exerça en plein son caractère lorsqu'il vécut l'intense et brève liaison sentimentale, en 1834, à Venise, avec la romancière française George Sand, qui la rivalisa au poète Alfred de Musset, avec un succès immédiat, ce qui lui vaudra pourtant des humiliations et des opprobres. Une liaison destinée à le faire connaître au monde entier, et à le faire entrer, dans le bien et dans le mal, dans l'Histoire de la Littérature.

Summary

Disciple of Antonio Scarpa's School, before on Pavia University, after in Venice's Hospital, Pietro Pagello practise his surgeon's profession for five years in the city of Venice, pupil of the famous surgeon, Tommaso Rima.

From 1837, Pietro Pagello carry on his function of “Major Surgeon” and “Obstetrical Master”, on the Country District of the Commune, in the city of Belluno. Afterwards, he associated the function of “Surgeon Chief”, in the hospital of the same city, and keep both functions, later in old age.

He was among the very first surgeons at home, in Italy and abroad, to perform with success, on the year 1839, the modern correction of congenital club-foot, through minimum tenotomy of Achille’s tendon, followed with gradual correction, of the complex deformities, using an apparatus dressed by himself. And all that, in a period whose the efficient action of surgery, in club-foot, was still discussed.

Pietro Pagello in younger age was well known in scientific world, further Venetia’s borders, and preserved his notoriety for decennium, with his operations, using often surgical’s new instruments, and mostly with his professional’s results, specially in Obstetrics, drawing toward a specialized acknowledged branch in surgery. All this, in a “surgical period” not very propitious, in former times on Lister’s theory, pervaded with controversial and badly accepted theories, by most of surgeons.

Humble, modest, shy and reserved person, Pietro Pagello explicated utmost his character, in his short and intense affair, on 1834, in Venice, with french authoress George Sand, contended to the poet Alfred de Musset, with immediately success by Pagello, and with later mortifications and infamies. An affair going to be in world-wide notoriety, and by means of right and wrong deads, Pietro Pagello entered after all, in the History of Literature.

Key words: 1) Pietro Pagello surgeon in Venice and in Belluno 2) Surgical treatment of congenital club-foot 3) French Romanticism in George Sand and in Alfred de Musset.

Superare la spessa coltre di scritti letterari che avviluppa in modo tenace e definitivo l’uomo Pietro Pagello, per scoprirne alfine anche il chirurgo, non è cosa apparsa facile, almeno fino ad oggi. E questo tanto pur consci che nel parlare di Pietro Pagello, non ci si possa, né ci si debba esimere dal considerare anche quel momento letterario e passionale che ha contribuito, alla formazione professionale del chirurgo Pagello.

Nello scrivere della vita e della professione di Pietro Pagello, è inevitabile quindi il passare attraverso quella malinconica “Musa romantica” che ha caratterizzato la letteratura francese della prima metà del XIX secolo.

Nel Novecento i liceali di Francia aspiranti al diploma *Baccalauréat* avevano modo, attraverso i loro testi, di conoscere *le docteur Pagello*, il medico italiano che intrecciò, in maniera del tutto fortuita, una relazione sentimentale con la scrittrice George Sand (1804-1876), in occasione del suo viaggio a Venezia (1834), durante il quale si accompagnò al poeta Alfred de Musset (1810-1857).

Fu un breve intreccio di due idilli, destinati a incidere sulla produzione letteraria di entrambi i due “grandi” della letteratura francese, e che diventò argomento di cronache, romanzi e scritti vari, fino ai nostri giorni.

L'episodio influì anche sulla vita dei tre protagonisti, e in modo alquanto diverso per ciascuno.¹

Per il chirurgo Pagello —“una mente lucida, ragionevole ...aureolato di quella avventura giovanile, e associato per un istante a un destino luminoso”(Maurois)—, è il momento di lasciare definitivamente Venezia, per la tranquilla e appartata Belluno, ove eserciterà la sua impegnativa professione, e ad alti livelli.

Accadde nel 1837, tre anni dopo la sua relazione sentimentale con George Sand.

LA BIOGRAFIA DI PIETRO PAGELLO (PRIMA PARTE: 1807-1834)

Pietro Pagello nasce a Castelfranco Veneto il 15 giugno 1807, da una famiglia benestante della borghesia. A Venezia, i genitori aprirono le porte ad un vivace salotto letterario, non facendovi mancare la presenza del figlio stesso, fin dalla sua tenera età. Tra gli assidui frequentatori vi era anche il poeta veneziano Luigi Carrer (1801-1850), linguista e “*mio maestro di italiane lettere*” (Pagello). Dai genitori e dal poeta, Pietro Pagello erediterà una delicata vena poetica, che lo accompagnerà per tutta la sua lunga vita.

Terminati gli studi secondari, Pagello si iscrive all'Università di Padova, nelle discipline

mediche. Avvertendo fino dal primo momento, un vivo interesse per le materie chirurgiche, egli si trasferisce ben presto presso l'Università di Pavia, ivi attratto dalla presenza di Antonio Scarpa (1752-1832).

Quando Pagello giunse nell'Ateneo pavese, circolava da poco (1825) il primo volume dell'importante opera dello Scarpa, l'*Opuscoli De Chirurgia*, raccolta di una serie di lavori su vari argomenti chirurgici, affrontati dall'insigne chirurgo-anatomista, tra i quali quello sull'anatomia patologica del piede torto congenito.²

Terminati gli studi a Pavia, Pagello si reca nel 1829 a Milano, per il suo primo impegno di lavoro ospedaliero. Per desiderio della madre —che tuttavia morirà quarantaseienne nel 1833—, egli rientra ben presto a Venezia, dove viene assunto presso l'Ospedale dei Santi Giovanni e Paolo, in qualità di assistente del rinomato chirurgo Tommaso Rima, anch'egli nutrito nello Studio dello Scarpa.³ E' il periodo della sua formazione professionale, che lo vede attivo anche nella pratica chirurgica, e nei confronti di una clientela privata in rapido crescendo.

Questa è la situazione quando avviene il casuale incontro di Pagello con la coppia Sand-Musset.⁴ E' il mese di gennaio del 1834. Racconterà più avanti negli anni il Pagello, nelle sue note *Memorie*, a lungo rimaste inedite, di aver praticato un salasso con esito positivo, al

¹ Scrisse, nel 1958, la sandista Annarosa Poli: “Fu uno dei processi più clamorosi che la storia letteraria ricordi. Questa complicata vicenda, illuminata da sprazzi di follia, oscurata da opache visioni d'incubo, d'incoscienza e talvolta ridente di amena comicità resta coperta da un velo di discrezione, grazie alla delicatezza dell'ottimo medico veneto”.

² Antonio Scarpa aveva già pubblicato a Pavia, nel 1803, il suo lavoro *Sui piedi torti congeniti dei fanciulli e sulle maniere di correggere questa deformità*, nel quale dettagliò tutte le complesse alterazioni anatomico-funzionali della deformità, indicando nella correzione graduale, mediante l'uso di due presidi meccanici, il trattamento di elezione.

³ Di Tommaso Rima (1775-1843) erano noti gli studi sul trattamento chirurgico delle varici e sulle resezioni parziali delle ossa facciali (Chiminelli). Rima fu il primo chirurgo a praticare la legatura della vena safena per il trattamento delle varici (Premuda).

⁴ La coppia di scrittori francesi raggiunge Venezia dalla Francia, il 31 dicembre 1833. Quivi alloggiano presso l'albergo Reale (oggi *Danieli*).

seguito di un attacco acuto di emicrania sofferto dalla Sand.⁵ Dopo una ventina di giorni, il chirurgo venne richiamato dalla Sand, questa volta al capezzale del delirante poeta Musset.⁶ Pagello visitava quotidianamente il paziente e spesso lo vegliava di notte, assieme alla Sand.⁷

Dopo qualche giorno, George Sand compose alla presenza di Pagello, di getto, in un'ora, nella stanza attigua al capezzale di Musset, la sua infiammata dedica-dichiarazione al medico: *"En Morée"* (In Morea). Mezzo secolo più tardi, quando *"En Morée"* verrà reso pubblico, lo si definirà un poema puro, la più straordinaria dichiarazione d'amore scritta per mano di donna.

Pagello rimase soggiogato dall'appassionato e sfrenato lirismo e dall'audacia che sprigionavano dalle frasi scritte della Sand.⁸ Quando Alfred de Musset lascia all'improvviso l'Italia, la Sand lo accompagna fino a Mestre e poi rientra a Venezia. Andrà ad alloggiare a Cà Mezzani (Ramo Minelli), in Campo San Fantin, nei pressi del teatro *La Fenice*, laddove abitano i fratelli Pagello. Inizia così la vita in comune dei due amanti, che durerà quattro mesi, fino alla partenza di ambedue per Parigi, il 26 luglio

1834. Fu un periodo molto fertile nella produzione letteraria della Sand, la quale portò a termine romanzi e novelle. Anche Pietro Pagello compose per la Sand la sua nota *Barcarola* che verrà pubblicata, ma solo a fine secolo (1881), a Milano, nel *Corriere della Sera*.

Il giorno dopo la partenza di Musset —il 30 marzo—, la coppia intraprende un viaggio nelle amene colline venete —Bassano, Possagno, Crespano, Asolo e i suoi lirici colli—,⁹ passando per Castelfranco, ove il medico presenterà la Sand al padre.

Presi ambedue dalle ristrettezze economiche, la Sand sollecita l'invio di denaro dai suoi editori di Parigi, e anticipa la sua partenza al 26 luglio 1834. Pagello *"raccolge un po' di dinaro"* e l'accompagna, ma comprende perfettamente che la loro relazione volge al termine. Giunti a Milano, scrive al padre.¹⁰

I due raggiungono Parigi il 14 agosto, e la scrittrice prosegue per la sua tenuta di Nohant con i due figli.

Nella capitale Pietro Pagello si dedica a vari interessi,¹¹ e lascia Parigi il 25 ottobre, diretto a Marsiglia con sosta a Lione, e con una deviazione a Montpellier.

⁵ *"Una donna giovine d'una fisionomia melanconica, con capegli nerissimi e due occhi d'una espressione decisa e virile".* E' la prima descrizione della Sand, da parte di Pagello, attratto dal viso della sconosciuta.

⁶ La diagnosi di "febbre cerebrale", celava in realtà un grave stato delirante da alcoolismo acuto.

⁷ Scrive il Pagello nelle sue Memorie: *"...Queste veglie non erano mute, e le grazie, lo spirito elevato, e la dolce confidenza che mi dava la Sand m'incatenavano a lei ogni giorno, ogni ora, ogni momento di più..."*.

⁸ Verso la fine del secolo, il figlio chirurgo di Pietro Pagello, Giusto (1860-1924) dirà: *"Mio padre amò la giovane straniera per il suo genio, la sua bontà, ne era fortemente innamorato. George Sand, stanca dei strani vizi di Alfred de Musset, si era data senza riserbo a mio padre"*.

⁹ Il breve viaggio verrà descritto, con struggente lirismo, nella prima delle tre veneziane *Lettres d'un voyageur* della Sand.

¹⁰ Accorato, Pagello così si esprime: *"...Sono all'ultimo stadio della mia follia e devo correre anche questo ad occhi chiusi come corsi gli altri. Dimani parto per Parigi dove lascerò la Sand, e tornerò ad abbracciarti degno di te. Son giovine e potrò rifare la mia carriera. Tu non cessare di amarmi, e scrivimi a Parigi!"*.

¹¹ Nella capitale francese, Pagello non si limitò a seguire i chirurghi nelle loro mansioni ospedaliere e private (su diretto interessamento della Sand, che gli fece ottenere un "permesso di pratica" per tutti gli ospedali di Parigi), ma conobbe anche poeti, scrittori e pittori, i quali furono pronti a criticare "il medico italiano ignorante" nelle loro materie letterarie ed artistiche, reo oltretutto di essere entrato nelle grazie di una George Sand (cotanto ardire... non verrà mai perdonato, al Nostro, dall'élite intellettuale francese dell'epoca).

Un affranto Pagello, rivedrà la Sand solo al momento della sua partenza, e poi mai più.

LA PRESENZA DI PIETRO PAGELLO NEGLI OSPEDALI DI FRANCIA

Nella prima metà dell'Ottocento, lo scettro della chirurgia si sposta dalla Inghilterra dei fratelli scozzesi William (1718-1783) e John (1728-1793) Hunter, e dei discepoli di John, alla Francia degli allievi di Pierre-Joseph Desault (1738-1795), grazie alla notevole abilità di singoli chirurghi.¹²

Si continuò a operare anche fuori le mura ospedaliere, presso i domicili dei pazienti, o presso strutture quali Conventi e Congregazioni, con risultati spesso migliori.¹³

Se si escludono alcuni grandi centri europei, la chirurgia addominale, continuerà a rimanere “la grande assente del XIX secolo”. Bisogna attendere gli ultimi anni del secolo per vedere esplodere —con la generale (e lenta) accettazione dell'asepsi—, anche questo campo.

In Francia, Pietro Pagello in possesso, del suo speciale “*permis de pratique*”, ha modo di

visitare parecchi ospedali. Per più di due mesi egli fa la spola, a Parigi, tra i migliori Centri dell'epoca. In particolare, le sue mattinate le trascorre presso lo storico Hôtel-Dieu o alla Charité, i due ospedali più estesi e più importanti della città. Nelle sue *Memorie* sono citati i medici che l'hanno accolto nei loro reparti.¹⁴

Presso l'Hôtel-Dieu, Pagello segue l'attività dell'austero e freddo chirurgo primario, il barone Guillaume Dupuytren (1777-1835), tra i migliori chirurghi dell'epoca, in Europa. Qui incontra occasionalmente Claude Lallemand (1790-1853), uno dei più importanti allievi di Dupuytren, da tre lustri ormai chirurgo a Montpellier.¹⁵

Nelle mattinate trascorse alla Charité, Pietro Pagello segue l'attività del chirurgo Alfred Velpeau (1795-1867), e presso l'Ospedale La Pitié, del chirurgo Jacques Lisfranc (1790-1847), già allievo di Velpeau.

Non è dato sapere invece dove Pagello incontrò e seguì, nella sua attività professionale, il medico Jean Civiale (1792-1867). La sua influenza sulla formazione del chirurgo italiano fu comunque incisiva, in particolare per quanto concerne la metodica della litotrissia, tecnica

¹² A seguito di una intensa urbanizzazione avvenuta nei primi decenni del secolo XIX, Parigi contò allora una trentina d'ospedali e una ventina di ospizi, con una capacità ricettiva di circa ventimila degenti (Ackerknecht). Gli studenti iscritti alla facoltà medica, erano all'incirca cinquemila e disponevano sia di casistica clinica, che di materiale autoptico: “*E' il clima scientifico più consono all'applicazione del metodo anatomico-clinico su larga scala*”, scrive lo storico della medicina, Loris Premuda.

¹³ Nelle strutture ospedaliere, nonostante tutte le innovazioni collegate al pensiero post-illuministico e post-rivoluzionario, i risultati minori sono ancora dovuti alle cattive condizioni igieniche, alle degenze promiscue, nonché alla promiscuità tra le sale anatomiche e quelle operatorie. Spesso una stessa “sala operatoria”, funziona anche da sala anatomica in giorni diversi, o addirittura in momenti diversi della giornata (Rang). A questi comportamenti non sfuggirono neppure i più illustri chirurghi dell'epoca.

¹⁴ Pagello cita, in vari momenti, i seguenti chirurghi: Dupuytren, Lisfranc, Lallemand, Velpeau, Amussat, Civiale, Truval, Huet (quest'ultimo ha stretto amicizia con Pagello, e gli fa da guida nella capitale), oltre all'internista Broussais. Egli scrive: “...stimano molto la scuola di Scarpa alla quale dissi loro di essere stato allevato...”.

¹⁵ Dopo la tragica morte di Jacques Delpech (1777-1832), professore di chirurgia clinica, tra i celebri Maestri, di tutti i tempi, della Facoltà medica di Montpellier, considerato il padre della chirurgia ortopedica francese, deciso sostenitore dell'incisione del tendine di Achille nel piede torto congenito, ucciso da un suo paziente che aveva operato di varicocele, il suo successore alla cattedra, Lallemand, diventa il chirurgo più importante nel Sud della Francia.

che applicherà ripetutamente, a Belluno, una volta rientrato in Italia.

Anatomista approfondito, Jean Amussat (1796-1856) si dedicò allo studio delle vie biliari e dell'apparato urogenitale. Operò sempre al di fuori delle strutture ospedaliere.

La permanenza di Pagello a Montpellier dura otto giorni, durante i quali egli visita quotidianamente il rinomato Studio universitario e l'ospedale di quella città.

Questa assidua frequenza ospedaliera di Pagello a Montpellier —centro ortopedico per eccellenza nell'Europa di allora—, sarà decisiva per il futuro del chirurgo.

LA BIOGRAFIA DI PIETRO PAGELLO (SECONDA PARTE: 1835-1898)

Rientrato dalla Francia, verso la fine dell'anno 1834, Pietro Pagello si presentò al concorso di "Chirurgo Capo Comunale" presso la città di Belluno, dove fu eletto, nel 1837.

A partire dagli anni cinquanta (1852-1853), è documentata la presenza attiva di Pietro Pagello, in qualità di "Primario chirurgo", presso l'Ospedale di Belluno.

Dal Registro Protocollo di Sanità dell'Ottocento, depositato presso l'Archivio Storico di Belluno Feltre e Cadore, e dalle pubblicazioni scientifiche, risulta che il Pagello si dedicò ai vari campi della chirurgia: dall'urologia all'ostetricia, dalla chirurgia "generale" all'ortopedia (Luigi Zacchi).

Dalla lettura delle sue pubblicazioni, ne risulta inoltre un chirurgo dotato non solo di intuito diagnostico e di abilità tecnica, ma altresì aggiornato, specie in quel periodo oltremodo in evoluzione e premonitore di avvenimenti nuovi per la chirurgia, quale quello che decorse tra la metà e il penultimo decennio dell'Ottocento (1847-1887), al termine del quale un Pagello ottantenne, ridusse notevolmente la sua attività di chirurgo, pur mantenendo la carica fino al 1894.

Per quasi mezzo secolo, Pietro Pagello non parlò mai della sua relazione sentimentale avuta con George Sand.¹⁶ Solo dopo la morte della scrittrice, avvenuta nel 1876, l'ormai quasi settantenne chirurgo si vide costretto, nell'anno 1881, a rompere il silenzio e a parlarne in pubblico. La morte della Sand provocò infatti un naturale risveglio, sia in Francia che in Italia, dell'interesse nei confronti delle opere, e soprattutto della anticonformista vita della scrittrice.

Quando si scoperse che il Pagello era ancora in vita, dall'Italia e dalla Francia, fu un susseguirsi, per anni, di scambi di lettere e di viaggi nella città di Belluno, da parte di personaggi vari, del mondo letterario e giornalistico, di storici, di bibliofili e di collezionisti di documenti, e anche di medici, nella speranza di venire a conoscenza dell'esistenza o meno di documenti inediti, posseduti ancora dal Pagello.

Il risoluto e duraturo silenzio di Pietro Pagello si guadagnò tuttavia l'elogio di molti dei suddetti personaggi, anche all'estero.¹⁷

¹⁶ Ascoltatore paziente, nonostante le accuse anche infamanti che gli addebitarono, Pagello preferì il riserbo assoluto alla mischia delle polemiche letterarie provenienti dalla capitale francese. La figura che ne viene fuori attraverso gli studi del Novecento, è quella di un uomo sì attento alla sua reputazione, ma tuttavia generoso e leale (Poli, Maggioni).

¹⁷ Uno per tutti, l'accademico di Francia André Maurois (1885-1967), saggista e romanziere, autore di una biografia su George Sand (Lélia) scrisse, con sagacia, nel 1952: "...*Felici coloro che, associati per un istante a qualche destino luminoso, ne fuoriescono presto dal fascio pericoloso dei proiettori*".

Dopo aver vissuto per oltre sessant'anni a Belluno, Pagello muore serenamente il 24 febbraio 1898, sulla soglia dei novantuno anni. In Francia, a Parigi, negli irrequieti e pettegoli saloni letterari della città, ci sarà ancora spazio per delle feroci critiche, rivolte al chirurgo, nelle loro *Oraisons funèbres*. Tra le tante, scegliamo, non la più crudele, né la più irrispettosa nei confronti del Nostro, ma piuttosto, la più indicativa del persistente rancore portato dai *français*, nei confronti dell' *italien*: “Quant à l'heureux Pagello, qu' il dorme en paix! Il n'aura serré dans ses bras que le fantôme de George Sand et Musset aura aimé l'autre”.¹⁸

L'attività chirurgica di Pietro Pagello

L'attività del chirurgo Pagello si espletò, in particolar modo e per lunghi anni, nel campo dell'ostetricia e dell'urologia, le due “specialità” ove venne maggiormente citato.

Alfonso Corradi, dell'Ateneo pavese, autore della monumentale opera del 1874, *Dell'Ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente*, cita il Pagello a più riprese. Lo stesso autore lo riporta, in diversi casi clinici, nell'altra sua ponderosa opera *Della Chirurgia in Italia dagli ultimi anni del secolo scorso fino al presente*, edita nel 1871.¹⁹

Tuttavia, la immediata notorietà di Pagello (1839), che superò i confini del Regno Lombardo-Veneto, gli pervenne dall'aver attuato, tra i primi in Europa, la tenotomia del tendine di Achille, in una bambina bellunese di undici

anni, affetta da grave piede torto congenito. La tecnica fu quella “a minima” del chirurgo parigino Vincent Duval (1796-1876). Il gesto chirurgico fu seguito dall'applicazione di una correzione meccanica graduale mediante apparecchio semplificato (rispetto alle metediche francesi), costruito da un meccanico di Belluno, dietro idea del Pagello. Il risultato funzionale, ottenuto nell'arco di due mesi, fu notevole e, nota rilevante per allora, senza complicità alcuna.

Era così compiuta, nello spazio di appena cinque anni, la “rivincita” di Pietro Pagello, specie nel mondo accademico veneziano, che lo definì, da allora, “giovane e valente chirurgo”.

* * *

Ammiratrice appassionata e grande studiosa, sia di George Sand che di Pietro Pagello, la francesista Annarosa Poli, ama definire il chirurgo “un *revenant*”, “un redivivo”, una scoperta letteraria tardiva, tenuto conto del lunghissimo silenzio e riserbo, al quale si è rigorosamente attenuto il nostro protagonista.

Attraverso le sue lunghe ed estenuanti ricerche di anni, le sue scoperte di numerosi documenti inediti, dopo aver fatto uscire l'uomo Pagello dalla leggenda, la Poli ce lo presenta infine quale egli era: “*bon, doux, vibrant et équilibré*”: buono, dolce, vibrante ed equilibrato.

Benedetto Croce (1866-1952), nel 1922, in un suo saggio dedicato a George Sand, definisce Pietro Pagello “*Un galantuomo*”.

¹⁸ “Quanto al felice Pagello, che dorma in pace! Egli non avrà stretto tra le sue braccia che il fantasma di George Sand e Musset avrà amato l'altra”.

¹⁹ Alfonso Corradi (1833-1892), bolognese, medico, rettore dell'Università di Pavia (1876), ricercatore e studioso in Materia medica, terapeutica e farmacologia sperimentale, fu soprattutto uno storico della medicina, che si dedicò alla ricerca bibliografica, esaltando i rapporti tra la medicina, le lettere e la storia.

Dopo aver infine analizzato anche il chirurgo Pagello, noi lo abbiamo qui ricordato anche nei momenti difficili della sua lungamente esercitata professione quando, da giovane e non più tale, egli si aggirava, notte-tempo, per i bui ed impervi sentieri del territorio bellunese, preso soprattutto dal pensiero, qualche volta dall'ansia e dall'angoscia, di risolvere, quasi sempre in solitudine, il caso clinico del momento.

RIASSUNTO

Discepolo della Scuola di Antonio Scarpa, dapprima nello Studio di Pavia, poi presso l'Ospedale di Venezia, Pietro Pagello esplicò la sua professione di chirurgo per cinque anni a Venezia, allievo del celebre Tommaso Rima.

Dal 1837 Pietro Pagello fu "Chirurgo Maggiore" e "Maestro in Ostetricia", nella Condotta del Comune e del Distretto di Belluno. Divenne successivamente "Chirurgo Primario" dell'ospedale di quella città, mantenendo fino a tarda età le due funzioni.

Fu tra i primi chirurghi in Italia e all'estero, ad eseguire con pieno successo, nel 1839, la moderna correzione chirurgica di un piede torto congenito, mediante la tenotomia "a

minima" del tendine d' Achille, seguita dalla correzione graduale, con mezzi meccanici di sua ideazione, della complessa deformità. E questo tanto, quando ancora si discuteva nel mondo scientifico, della validità o meno, della metodica.

Pietro Pagello acquisì quindi, fin da giovane, una notorietà nel mondo scientifico, oltre i confini del Veneto, e la mantenne, nei decenni successivi, con i suoi interventi chirurgici, utilizzando spesso strumenti chirurgici all'avanguardia per l'epoca, e soprattutto con i suoi risultati, in particolar modo nel campo dell'Ostetricia, avviata ormai decisamente al riconoscimento di branca specialistica. E questo tanto, in un "periodo chirurgico", ancora non favorevole, "pre-listeriano", pervaso di teorie controverse e mal accettate, dai più.

Umile, modesto, schivo e molto riservato, Pietro Pagello esplicò al massimo il suo carattere nella, intensa quanto breve, relazione sentimentale vissuta, nel 1834, a Venezia, con la scrittrice francese George Sand, che la contese al poeta Alfred de Musset, e con un immediato successo, che costò al giovane Pagello, successive umiliazioni e ignominie. Una relazione destinata alla notorietà mondiale, e mediante la quale, nel bene e nel male, Pietro Pagello entrò definitivamente nella Storia della Letteratura.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERKNECHT E.H., "Medicine at the Paris Hospital 1794-1848". The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1967.
- CHIMINELLI L., "Importanza e nobiltà della Chirurgia", Tesi di laurea in Medicina - Padova, Tip. Gaetano Longo, Este, 1840.
- CORRADI A., "Della Chirurgia in Italia dagli ultimi anni del secolo scorso fino al presente", Edit. Gamberini e Parmeggiani, Bologna, 1871.

- CORRADI A., "Dell'Ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente", Edit. Gamberini e Parmeggiani, Bologna, 1874.
- DUVAL É., "Traité pratique et philosophique du pied bot", J.- B. Baillière & Fils, Paris, 1890.
- FONTANA V., CHITARIN A., VINANTI F., ZACCHI L., "Trigesimo della morte di Pietro Pagello", Tip. Cavessago, Belluno, 1898, I.S.B.R.E.C. & Bibl. Civica, Belluno; Bibl. Univ., Padova; Bibl. Marciana, Venezia.
- MAGGIONI G., "Il dottor Pietro Pagello (1807-1898) tra Storia e Letteratura", *Archivio Storico di Belluno, Feltre e Cadore*, anni LXIII-LXIV, NN. 280/283, 1992/1993. Padova, 2007.
- PAGELLO P., *Album, Da Parigi a Genova* (manoscritto di P. Pagello), Venezia, 1835, Ms. It. n° 487, Bibl. Marciana, Venezia; copia id. con "prefazioncella" (1887) autografa del Pagello, Ms. 1329, Bibl. Comunale, Treviso; copia digit., Bibl. Civica, Belluno.
- PAGELLO P., "Processo della chirurgica operazione e della cura adoperata dal dottore Pietro Pagello in Novella Moech", Stamperia Deliberati, 1839, Belluno, ST. 235, Bibl. Civica, Belluno; Bibl. Univ., Padova; Bibl. Semin. Vescovile, Padova. "Della recisione del tendine d'Achille praticata felicemente per la cura del piede torto" in *Memoriale della Medicina contemporanea*, vol. II, Fasc. II e III, Tip. G.B. Merlo, Venezia, 1839; Bibl. Univ., Padova.
- PAGELLO P., *Album inedito di memorie* (album autografo di P. Pagello), Belluno, 1856, Ms. It. n° 486, Bibl. Marciana, Venezia; album di poesie e prosa: *Alle mie figlie, avvisi particolari*, Belluno, 1856, Ms. n° 903, Bibl. Civica, Belluno.
- POLI A., "L'ITALIE dans la vie et dans l'œuvre de GEORGE SAND", Armand Colin Edit., Paris, 1960 ; Rist. con aggiornam., "Études" 57, ISBN 88-7760-057-8, C.I.R.V.I., Moncalieri (TO), 2000.
- POLI A., "De Paris a Gênes, album de mémoires de Pietro Pagello" da *Présence de George Sand, Le Journal de Pagello*, N° 28, pp. 4-41, mars 1987, Sassenage (Isère).
- PREMUDA L., *Il metodo anatomo-clinico: il malato nella Scuola parigina* da "Metodo e Conoscenza da Ippocrate ai nostri giorni", CEDAM, Padova, 1971.
- ZANOBIO B., ARMOCIDA G., *CORRADI Alfonso*, Diz. Biogr. degli Italiani, vol. XXIX, Ist. Encicl. Ital. Treccani, Roma, 1983.

LA MEDICINA DI SANTA MARIA NOVA: L'AVVENTO DI PIETRO BETTI (1784-1863)

R. Ottaviani, D. Vanni, P. Vanni

Ufficio storico CRI, Regione toscana, Firenze

Dalla raccolta delle riviste di Storia delle Scienze mediche e naturali, in particolare degli scritti del dr. Angiolo Filippi a cura del figlio Eduardo, possiamo risalire alla storia dell'ospedale e della scuola medica fiorentina di Santa Maria Nuova (1).

Nel giugno del 1288, Folco di Ricovero Portinari di parte ghibellina, riabilitato per la pace del 1280 fra Guelfi e Ghibellini, poté ritornare dall'esilio; fu allora che acquistò un'area di terreno nel quartiere di San Giovanni dove sorse poi anche il San Matteo nel 1385 edificato da Lemmo Balducci (2); su quel terreno fabbricò un ospedale per l'assistenza dei poveri malati. Con la costruzione dell'ospedale, Folco Portinari, senza rendersene conto, diede origine anche alla scuola medica fiorentina perché dall'inizio il suo interesse e il suo intento si estesero alla costituzione di un personale scelto, che potesse dare continuità nel tempo all'opera dei predecessori in modo preparato e idoneo ad assolvere una così delicata missione. In particolare, volle che il personale fosse così composto: da un infermiere (Infirmarius) di tre giovani medici (Adstantes) sempre presenti nell'ospedale e di altri sei medici scelti fra i più eccellenti della città. Questi ultimi la mattina avevano il compito di fare un giro di visite

accompagnati dagli Astantes per esaminare i caratteri delle malattie e i sintomi dei ricoverati e dovevano prescrivere le diverse terapie che venivano trascritte in un libro da una persona apposta, l'Aromatarius ossia lo Speziale. Il Portinari volle anche una medicheria per i pazienti esterni, non ricoverati, provenienti dalla città o dalla campagna (Medicinarium). Qui dovevano prestare la loro opera medici e chirurghi di fama con tre servi aggiunti che imparassero l'arte chirurgica. Inoltre, i Cerusici assistiti dai tre praticanti dovevano essere presenti anche nell'ospedale due ore la mattina e due ore la sera. Così ebbe inizio in Firenze l'insegnamento teorico e pratico della Medicina e della Chirurgia.

Vi era anche la Taberna officina aromatarium, ossia una Farmacia in embrione con un mastro stipendiato e quattro praticanti convittori. La Farmacia con il suo insegnamento fu fondata nel 1588.

Crescendo nel tempo l'attività dell'ospedale, aumentò di conseguenza il numero dei maestri e degli allievi.

Gli insegnanti venivano remunerati, ma anche gli allievi erano in qualche modo aiutati.

Dai documenti risulta che l'Opera Pia corrispondeva annualmente ai Maestri di turno

venti staia di grano, dodici barili di vino di quel di Maiano, mentre gli allievi avevano diritto al vitto giornaliero, all'alloggio e alla biancheria, più alcuni doni durante le solennità. Quindi, con la fondazione dell'ospedale, risultò naturale che si stabilissero in loco anche allievi interni, i futuri medici e chirurghi la cui preparazione era a carico dei maestri di turno. Questi arrivarono ben presto al numero di 44, numero troppo alto per una remunerazione generale. Infatti, solo 14 erano retribuiti, gli altri erano tutti volontari che prestavano la loro opera mossi da un sentimento di carità.

I nomi di medici conosciuti fecero salire il prestigio dell'ospedale e della scuola: Guido Guidi il vecchio, il chirurgo Francesco Tanucci, Antonio Benivieni. Alcuni erano allievi di Taddeo Alderotti, medico fiorentino che aveva fondato a Bologna l'insegnamento clinico della medicina. Durante il XVI secolo, nell'Arcispedale fiorentino si insegnava l'Anatomia, la Medicina, la Chirurgia, la Terapia Medica.

Antonio Benivieni (1443-1502) filosofo e letterato nacque a Firenze; fu maestro chirurgo litotomista per le donne, fu il primo ad "operare la pietra senza taglio, ma rompendo la pietra per l'uretra".

Scrisse un libretto che il fratello pubblicò postumo e fu tradotto poi dal Burci nel 1842 "De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis" contenenti 158 osservazioni cliniche corredate in 28 casi dal controllo autoptico. Con lui è la prima volta in Medicina che ci si pone il problema della causa della malattia e della morte e si ricerca la spiegazione nei visceri del cadavere.

Nel 1588 furono introdotti "i giovani interni praticanti". All'inizio, coloro che si dedicavano all'assistenza materiale dei malati si chiamavano "Commessi oblati" e si insegnava loro le norme di un'assistenza chirurgica.

Poi si formò un gruppo di Convittori interni e un gruppo di Praticanti esterni. Ai primi si corrispondeva vitto e alloggio, ai secondi l'insegnamento della professione medica e chirurgica gratuito grazie al ricco materiale clinico che offriva l'ospedale.

Nel 1660 furono costruite le infermerie per le donne che così vennero trasferite dal San Matteo a Santa Maria Nuova. Gli allievi furono divisi in conversi, servi e convittori.

I regolamenti dell'ospedale e dell'insegnamento medico risalgono ad un Motuproprio del 1661 e ad un Regolamento speciale del 1747 con cui si regolarizzavano il servizio per la medicina esterna, gli uffici dei Maestri di turno in medicina e chirurgia, i doveri dei giovani interni.

In quell'epoca, i giovani addetti allo Spedale erano 52: otto chirurghi astanti in medicheria, aiuti immediati dei Maestri del turno chirurgico, una cinquantina i giovani di guardia che, divisi in cinque turni dovevano per sei ore continuative occuparsi delle ammissioni e dei movimenti dei ricoverati nell'ospedale, ossia seguire la distribuzione dei malati con "giusta proporzione e prudente giudizio" assecondando maestri e pazienti, accompagnare e assistere i maestri chirurghi durante la visita, eseguire le loro ordinazioni e prestarsi alla cura dei malati esterni in medicheria.

Secondo il regolamento del 1747, c'era l'obbligo di assistere alle lezioni cattedratiche e alle esercitazioni pratiche. Secondo il Motuproprio del 1756 i Maestri avevano il dovere di insegnare al letto del malato. I giovani di guardia dopo 5 anni di studio assiduo e proficuo, passavano nella prima classe, ossia tra gli otto della medicheria dove prestavano servizio per altri due anni; così il tirocinio per gli studi medici e chirurgici in Santa Maria Nuova era di sette anni in tutto. Nella terza classe dei Convittori erano compresi gli Spezialini o giovani di Farmacia

che, seguiti dal Maestro di Spezieria, erano adde-
tati alla preparazione dei medicamenti. Ave-
vano l'obbligo di seguire tutte le mattine con
il tabellino i curanti di turno per scrivere le
terapie. A questi l'ospedale corrispondeva vitto,
alloggio ed una veste, la gabbanella. Molti gio-
vani provenienti dalla campagna, erano attirati
dal lavoro in ospedale; in tal modo, il numero
crebbe e l'ospedale, per migliorare il sistema
organizzativo e l'insegnamento divise i giovani
in appartenenti al ruolo fisso e al ruolo sopran-
numerario. Questi ultimi dovevano pagare 2 o
4 scudi al mese a seconda delle proprie con-
dizioni economiche. Era un modo per limitare
l'affluenza giovanile nell'internato.

Dopo i sette anni di studio medico e chirur-
gico, il commissario pro tempore dell'Arcispe-
dale rilasciava un attestato in cui si attestava
l'assiduità e il profitto dello studente; con que-
sto documento l'interno veniva ammesso a
sostenere l'esame per la matricola chirurgica
conferibile dal collegio medico fiorentino.

Il corpo insegnante della Scuola Medica era
composto da medici e chirurghi scelti primari o
di turno e a loro si affidava l'istruzione cattedra-
tica a seconda delle rispettive attitudini. Si dava
loro il nome di Lettore. C'era un Lettore pub-
blico di Medicina addetto allo Studio fiorentino
(primo nucleo della futura università fiorentina
ai tempi della Repubblica). Questi una volta la
settimana doveva fare lezione o altro esercizio
su malattie particolari. Dovevano parteciparvi
gli otto astanti medici dell'Arcispedale ma era
un insegnamento pubblico per cui veniva per-
messa la partecipazione di chiunque. Lo stipen-
dio veniva corrisposto dallo Studio fiorentino.

I chirurghi erano nove, di cui tre Maestri:
uno di essi insegnava due volte la settimana e
gli altri due una sola volta: davano lezioni su
casi particolari o sui metodi dell'arte chirur-
gica. Uno era Litotomo e doveva avere uno o

due allievi che imparassero il taglio della pie-
tra. Un altro Maestro era Oculista ed Erniario e
Siringatore e doveva trasmettere queste prati-
che ad altrettanti tre studenti. Un terzo era chi-
rurgo per le donne e doveva quindi insegnare
l'Ostetricia.

L'Anatomia veniva insegnata da un Mae-
stro a parte che faceva lezione sul cadavere una
volta a settimana nel corso di tutto l'anno. Vi
era il Maestro di Farmacia da cui dipendevano
gli otto Spezialini; le sue lezioni erano pubbli-
che e frequenti. Il Lettore di Botanica si sce-
glieva tra i Chirurghi; doveva illustrare le piante
medicinali coltivate nell'orto dell'Arcispedale,
nell'area che oggi dà su via degli Alfani.

Famosi medici di questo periodo furono
Antonio Benevoli, che pubblicò nel 1747 le
"Osservazioni e dissertazioni sulle ernie",
fu maestro di Angelo Nannoni. Pacino Querci,
maestro primario chirurgo, Tommaso Puc-
cini, medico primario lettore di Anatomia,
Giorgio Alghisi padre e maestro di Tommaso
Alghisi, Giovanni Targioni Tozzetti lettore pub-
blico di Botanica...

Nel 1742, una commissione nominata da
Francesco I di Lorena, formata da Antonio
Cocchi, Sebastiano Franchi e Giuseppe Bertini
presentò al governo uno studio sulle riforme
da apportare all'insegnamento della Scuola
medica e chirurgica fiorentina. Si chiedevano
diverse innovazioni,

1. che si nominasse persona valente per un
corso regolare di insegnamento di tutte le
operazioni chirurgiche sul cadavere (tale
corso fu affidato poi allo stesso Antonio
Cocchi)
2. che un Maestro insegnasse ai giovani stu-
denti della medicheria i modi e gli "inge-
gnosi artifici del fasciare"

3. che altro professore insegnasse a “cavar sangue dalle varie vene e altre operazioni minori...”
4. che qualcuno si incaricasse di raccogliere in adatta stanza dell’Arcispedale saggi di materia medica e con questi insegnasse il “nuovo metodo facile e scientifico delle droghe stesse”.
5. che un altro insegnante accudisse all’orto botanico medico, in modo da poter esporre al pubblico ogni anno e sempre in modo diverso la stampa di 25 piante nel giorno di Sant’Egidio, festa dell’ospedale.
6. che altra persona qualificata leggesse “vera chemia” togliendo dalla mente dei giovani errori, mostrando il vero uso della scienza applicata alla fisica, medicina e all’arte.
7. che si dovesse stabilire nell’ospedale una Società o Accademia medica onoraria composta da dodici o venti persone dotte e cultrici della medicina, della chirurgia, della farmacia.. che si riunissero una volta al mese per comunicare tra di loro osservazioni, consigli e proporre pubblicazioni...

Le proposte furono tutte approvate meno l’ultima. Furono rese pubbliche con un Regolamento stampato in data 1 febbraio 1747, nucleo di quello del 1789 pubblicato dal senatore Marco Covoni e che prese il nome da Pietro Leopoldo I: “Regolamento Leopoldino”.

Con quest’ultimo regolamento si definirono le figure dell’organismo scolastico: un Presidente agli Studi, un Lettore di Medicina pratica, un Lettore di Anatomia e un Dissettore. Poi fu nominato un Lettore di Istituzioni chirurgiche, un lettore di casi pratici, un Lettore di operazioni chirurgiche sul cadavere, un Lettore di Ostetricia, un Lettore di Chimica farmaceutica, un Lettore di Botanica, e Materia

Medica. Numerosi studenti erano addetti alla stanza del taglio e alle dissezioni anatomiche. Per l’attività medica pratica venivano nominati 12 medici con stipendio, più altri 12 di nomina regia, 4 medici astanti a nomina del Commissario; per la chirurgia pratica, 8 Maestri di turno di cui due erano nominati dal Principe; erano i primi operatori per la pietra e per le stringature, gli altri sei, nominati dal Commissario si occupavano di tutte le altre operazioni chirurgiche. Dal 1767, Pietro Leopoldo aveva istituito un posto di Istoriografo per i casi chirurgici. Il primo ad assolvere questo ufficio fu il Maestro di chirurgia, Giuseppe Cavallini che pubblicò gli esperimenti eseguiti sulla cagna per cercare il metodo chirurgico migliore per l’asportazione dell’utero e degli annessi, aprendo l’addome. Inoltre raccolse fino al 1790, anno della sua morte, in tre volumi tutti i casi più importanti discussi e curati nell’ospedale fiorentino. Dopo di lui, il posto fu abolito. Fu ripristinato sotto i Borboni e occupato da un altro chirurgo, Luigi Giuntini. Anche Pietro Visconti fu autore di un volume di casi raccolti e pubblicati nel 1790: “Istorie delle malattie osservate e curate in Santa Maria Nuova”.

Fin dal 1300 le donne gravide “illegittime o pericolate” avevano trovato un sostegno nella beneficenza privata di Niccolò di Jacopo Alberti che abitava in via della Pergola al canto alla Catena (le case di sua proprietà portavano scolpita appunto una catena nell’arme). Niccolò fece costruire a sue spese il Conservatorio detto Orbatello forse da Albertorum tellus, con 12 letti per le vecchie povere. Il numero dei ricoveri andò crescendo al punto che nel 1704 le anziane erano 200 e in più si erano aggiunte 12 donne gravide pericolate provenienti dalla Congregazione del San Filippo Neri. Le donne che non trovavano posto all’Orbatello si inviavano al carcere correzionale con prevedibili

conseguenze nefaste per la loro salute morale e per il loro futuro.

Sotto Francesco II, si volle dotare l'Orbatello di un valente osterico; nel 1757 il dr. Giuseppe Vespa che dava buone speranze come chirurgo fu inviato a Parigi alla scuola del Laurent perché si perfezionasse nell'ostetricia. Dopo due anni, tornato da Parigi, fu nominato Insegnante di Ostetricia in Orbatello dove incominciarono ad affluire i giovani da Santa Maria Nuova e le levatrici. Così infatti ebbe inizio la "scuola" delle levatrici che consisteva in un corso teorico e in una pratica di tre anni sotto il controllo di una levatrice; successivamente potevano dare un esame davanti ad una Commissione composta dal Vespa e da due medici chirurghi.

Pietro Leopoldo I per primo pensò ad un'assistenza per le donne partorienti "legittime" a cui nessuno prestava attenzione; dapprima iniziò a far costruire un locale apposta vicino all'ospedale di Santa Maria Nuova, poi preferì istituire un'assistenza a domicilio, coordinando per ogni quartiere della città un servizio osterico, un'assistenza domiciliare che continuerà successivamente nell'organizzazione delle condotte ostetriche in funzione fino alla metà del XIX secolo. Dal 1772, fu adibita una sala (di San Filippo) in Santa Maria Nuova per le partorienti legittime malate. Con l'attivazione di questo nuovo locale si trasferì anche l'insegnamento ostetrico dall'Orbatello all'ospedale fiorentino. In questa nuova sede di 8 letti, operavano due vedove ostetriche e un medico chirurgo. Con il nuovo regolamento del 1774 (Motuproprio del 25 gennaio) si ampliò anche l'Orbatello: si formarono due sezioni, una di 54 letti per le vecchie povere e un'altra di 40 per le gravide occulte, affidandone la direzione (25 giugno 1795) al Commissario degli Innocenti. Si impose inoltre al Fisco di pagare un paolo al

giorno per il vitto di ogni ricoverata e due paoli per i primi 3 giorni di puerperio. Il Vespa pubblicò un Trattato di Ostetricia comprendente le istruzioni per l'insegnamento dell'ostetricia che si impartiva alle giovani leve. Con il Regolamento Leopoldino, la Scuola medico chirurgica farmaceutica fiorentina raggiunse un grande prestigio e costituì un modello d'insegnamento per altre scuole straniere.

La sua moderna organizzazione e la presenza di valide figure di medici e chirurghi, Francesco Redi, Lorenzo Bellini, Antonio Cocchi, il Benevoli, Angelo e Lorenzo Nannoni, Giuseppe Vespa, arricchirono culturalmente la scuola e resero il corso di studi medico chirurgico molto ambito.

Dopo la rivoluzione francese, si ebbe in Italia un periodo di decadenza delle istituzioni comprendenti anche quelle dell'ospedale e della scuola medico chirurgica in Santa Maria Nuova. Questo periodo di confusione politica e sociale vide la successione alterna dei governi e dei regnanti, da Ferdinando III, che fu cacciato dal Direttorio francese, alla repubblica, al governo borbonico, poi a quello imperiale di Elisa Bonaparte, poi finalmente nel 1814, al governo restaurato dei Lorena. Furono fatti notevoli tagli all'economia dell'ospedale, forse perché nel decennio della gestione del Commissario Covoni, si erano fatte troppe spese e l'ospedale e la scuola apparivano in deficit. Con il Motuproprio del 1795 si sopprimevano:

1. Il Presidente degli Studi e il Soprintendente delle infermerie, affidandone i compiti ai Lettori degli Studi e al soprintendente degli infermieri.
2. Il posto di soprintendente alla Farmacia, ripristinando l'antico impiego di Maestro di Farmacia e dei giovani che aspiravano alla matricola.

3. Il posto di Infermiere medico direttore di Bonifazio, affidandone le mansioni al chirurgo infermiere per tutte le sezioni, Invalidi, Incurabili, Cutanei e Dementi.
4. I giovani astanti retribuiti furono sostituiti dai giovani interni convittori i quali, oltre a lavorare come gli altri pagavano all'amministrazione 4 scudi a testa
5. Le Oblate venivano ridotte a serventi, non più direttrici e avevano la responsabilità della biancheria e dei bucati.
6. I serventi venivano ridotti a 12 e scelti tra bassi ufficiali invalidi pensionati.

Inoltre si aumentava la tassa di mantenimento dei Dementi e dei Militari.

La Scuola Insegnante veniva fortemente ridotta dalla Deputazione governativa, in cui figuravano un professore di Medicina Pratica di Pisa, Bicchierai e i medici Giannetti e Attilio Zuccagni Orlandini, con la motivazione che l'ospedale doveva occuparsi dei poveri bisognosi e non doveva sobbarcarsi le spese della Scuola Medico Chirurgica dal momento che non era un'Università. Sopravvivevano solo tre Cattedre, quella di Medicina Pratica (Bicchierai), quella di Chirurgia (Giannetti) quella di Ostetricia (Nannoni) dichiarando superfluo l'insegnamento di quest'ultima dal momento che i principi di quest'arte erano simili a quelli chirurgici.

Il governo borbonico ripristinò il vecchio regolamento, ma volle che gli stipendi dei professori fossero a carico solo dell'Università di Pisa, mentre in Santa Maria Nuova i lettori insegnassero d'obbligo, senza compenso.

Con il Motuproprio del 1801 si trasferì da Pisa il dr. Paolo Mascagni, insegnante di Anatomia e Fisiologia. Su sua richiesta, fu ripristinato il posto di Dissetto anatomo. Inoltre fu istituito l'insegnamento delle Malattie dei bambini

nell'Ospedale degli Innocenti. Il primo e ultimo insegnante fu il dr. Palloni che dopo poco fu trasferito come medico di Sanità a Livorno.

Piano piano si ripristinarono i vecchi insegnamenti e si aggiunsero le Malattie Mentali e cutanee con il prof. Giuseppe Chiarugi che ricusò lo stipendio.

Nel 1805, il Collegio Medico fiorentino propose la Cattedra di Storia filosofica della Medicina e il prof. Giuseppe Bertini come insegnante grazie ai suoi meriti di assistenza come Medico di Sanità a Livorno durante l'epidemia di febbre gialla. Fu ripristinata la Cattedra di Chimica perché indispensabile soprattutto ai farmacisti secondo il pensiero di Paolo Mascagni che si addossò anche questo insegnamento.

La risoluzione del 1806 della regina Maria Luisa nominava un bibliotecario in Santa Maria Nuova nella figura del dr. Pietro Mascagni. Tutti gli editori dello Stato dovevano depositare nella biblioteca fiorentina una copia di ogni opera d'argomento medico chirurgico; i matricolandi dovevano versare un contributo di 4 scudi per l'acquisto di nuovi libri; si raggiunse la cifra di 130 scudi.

Su proposta del dr. Chiarugi, l'insegnamento dell'ostetricia fu diviso in una sezione teorica con il dr. Valle e una sezione pratica con il dr. Galletti. Nel 1807 si istituì la Cattedra di Anatomia pittorica che fu affidata al dr. Mascagni.

Il governo Imperiale Napoleonico distruggeva tutte queste innovazioni con una legislazione che ordinava che solo le Università potessero rilasciare la matricola. La Scuola di Santa Maria Nuova non era un'Università, quindi non aveva più ragione di esistere secondo il regolamento Napoleonico.

Il Collegio dei professori fiorentini ricorse prima presso la Giunta, poi presso l'Imperatore stesso con una Memoria che ricordava le tra-

dizioni, la ricchezza dei materiali clinici e anatomici... non si ebbe alcuna concessione, così le Università di Pisa e Siena ebbero il sopravvento, il Collegio Medico si sciolse, rimaneva una Giuria di Medicina per dare gli esami e la matricola; per il dipartimento dell'Arno era composta dal dr. Giorgio Santi, Lorenzo Nannoni e dal dr. Visconti.

Unico vantaggio fu quello dell'Ospizio di Maternità sul modello della Casa delle partorienti di Parigi. Fu insediato nell'Ospedale degli Innocenti, diviso in tre sezioni: degli Esposti, delle Partorienti occulte e delle Levatrici. Caduto il governo francese, tutto fu sospeso e l'opera fu rifatta in dimensioni più modeste. Il governo di Gioacchino Murat che durò dal 4 gennaio al 1 maggio 1815, concesse nuovamente gli insegnamenti di Anatomia e Fisiologia, di Chirurgia di Clinica Interna.. con il compito di preparare i giovani provenienti dall'Università di Pisa ad ottenere la Matricola. Gli ordini arrivavano da Parma dove risiedeva il Murat; quando giungevano dal Prefetto a Firenze, rimanevano sospesi, per cui quando si riinsediò nel maggio 1814 la dinastia Lorenese, i regolamenti furono ripresi in visione e le riforme si conclusero alla fine del Granducato Lorenese nel 1859 quando Leopoldo II abbandonò la Toscana.

Ci fu anche un tentativo di revisione da parte di un gruppo qualificato di medici: Francesco Torrigiani, clinico medico e insegnante di Medicina pratica a Pisa, Pietro Paoli, soprintendente all'Istruzione pubblica in Toscana e Andrea Vaccà Berlinghieri, professore di Clinica Chirurgica a Pisa. Lo scopo era quello di integrare gli studi di Medicina con quelli di Chirurgia, in quanto non si poteva più permettere che l'insegnamento della chirurgia si prefiggesse solo di formare la mano dei medici, mentre i dottori in Medicina non sapessero nulla di chi-

urgia; era necessario che anche questi fossero in grado di eseguire alcuni interventi urgenti.

Il 1 ottobre 1839 fu bandito un Motu proprio con il quale si riorganizzavano le Università Toscane; principalmente si definivano gli insegnamenti in Pisa: Anatomia Umana, Anatomia Comparata, Fisiologia e Patologia Generale, Patologia Chirurgica, Ostetricia e Chirurgia minore, Materia Medica e Farmacologia, Terapia e Patologia Medica speciale e Clinica medica, Chirurgia Operativa e Clinica Chirurgica, Medicina pubblica comprendente l'Igiene e la medicina forense, Veterinaria, Storia della medicina; la Scuola di Firenze manteneva un ruolo di completamento degli Studi pisani, ma veniva così considerata una sezione dell'Università di Pisa. Inoltre gli ospedali di Arezzo e Pistoia perdevano il loro ruolo nell'insegnamento, dal momento che precedentemente ad Arezzo si poteva completare il triennio medico chirurgico poi proseguire per la Matricola a Firenze, mentre a Pistoia si potevano compiere tutti gli studi per conseguire la Matricola Chirurgica.

Gli studi dovevano durare cinque anni; ciascun professore doveva presentare il programma e il Provveditore doveva raccogliarli e sottoporli poi all'approvazione del Principe.

Fu compito del prof. Pietro Betti, soprintendente dell'Ospedale fiorentino, di portare a termine un progetto di riorganizzazione degli Studi in Santa Maria Nuova a completamento dei corsi di Pisa.

CENNO ALLA DIATRIBA TRA PIETRO BETTI E MAURIZIO BUFALINI.

Maurizio Bufalini, nato a Cesena il 4 giugno 1787, viene così descritto da Angiolo Filippi:

«...Aveva la scaltrezza romagnola, riflessivo, calcolatore, non sempre aperto, padrone di sé, tenacissimo nelle proprie opinioni.»

Nell'aprile del 1835, venne a Firenze da Osimo dove esercitava come medico condotto. Era stato chiamato per consenso unanime di alcuni medici fiorentini, Angiolo Nespoli, il Buzzi e lo stesso Pietro Betti che era allora il Soprintendente di Santa Maria Nuova e Priore del Collegio insegnante.

Pietro Betti nato a Mangona, piccolo paese del Mugello nel 1784, era energico, aperto, talvolta prepotente. Studiò nel seminario arcivescovile di Firenze scienze e matematica dopo essere stato allievo del parroco del suo villaggio. Non possedendo la vocazione ecclesiastica, passò all'Università di Pisa per lo studio della medicina e la chirurgia sotto il prof. Francesco Vaccà. A Firenze diventò amico di Vincenzo Chiarugi e Andrea Vaccà e nel 1824 entrò come chirurgo nell'Arcispedale di Firenze. Successe al prof. Andreini nell'insegnamento delle istituzioni chirurgiche, poi occupò la cattedra di Anatomia comparata fino a che il Granduca Leopoldo nel 1834 gli affidò la direzione sanitaria del porto di Livorno. Nel 1835 fu richiamato a Firenze per l'insegnamento, ma ripartì subito per la diffusione del colera in Livorno.

Nel 1840 fu incaricato di redigere nuove norme per l'insegnamento della Medicina in Santa Maria Nuova insieme al Cav. Scipione Bargagli Commissario, al Proposto del Collegio Medico, prof. Romanelli e al Provveditore dell'Università di Pisa, Cav. Gaetano Giorgini.

Il nuovo regolamento, inviato al sovrano il 5 luglio 1840, fu promulgato con Motuproprio del 3 ottobre 1840 con il nome di «Nuovo Ordinamento degli Studi di complemento e perfezionamento in Santa Maria Nuova». Con questo

regolamento si stabiliva che solo a Firenze gli aspiranti medici potevano conseguire la Matricola in Medicina e Chirurgia e si restituiva il primato degli studi medici a Firenze rispetto alle altre università toscane.

Ma in un convegno di professori il clinico medico di Santa Maria Nuova, prof. Maurizio Bufalini si pronunciava contro tale regolamento perché troppo oneroso per discenti e studenti e invocava provvedimenti anche nei confronti dell'appello che doveva essere obbligatorio per provare la presenza alle lezioni degli allievi.

La diatriba tra i due professori ebbe il suo massimo nell'occasione del colera del 1854. Nell'occasione, Maurizio Bufalini, convinto assertore della teoria epidemica del morbo contro la teoria del contagio, si allontanò da Firenze e chiuse temporaneamente la clinica dell'Arcispedale. Esauritasi l'epidemia, il Bufalini tornò a Firenze e, secondo il motto che la migliore difesa è l'attacco, tenne una lezione all'Accademia dei Georgofili a sostegno delle proprie teorie anticontagioniste e contro l'inefficienza del governo e del sistema sanitario toscano nei confronti dell'epidemia di colera. L'attacco, anche se il nome non venne mai pronunciato, era rivolto al prof. Betti che sostenne poco dopo un altro intervento a favore proprio e del governo sulle misure adottate e non solo in occasione dell'ultima epidemia ma anche delle precedenti fin dal 1835 quando il colera scoppiò a Livorno. Il discorso del prof. Betti merita di essere ricordato e citato, non per la diatriba in sé stessa che riduce i rapporti tra questi due insigni medici ad un insieme di scortesie e meschinità che non presentano nulla di professionale ma solo l'antagonismo e i pregiudizi di due ambiziosi che si contendevano il primato medico agli occhi del Granduca, ma per ricordare la prevenzione fatta. La difesa del Betti davanti all'Accademia dei Georgofili, è più

un insieme di precisazioni più che giustificate e di diritto; rappresenta un'occasione per elencare le misure adottate fin dal 1835 a Livorno nella lotta al colera.

Il Betti esordisce affermando che sarebbe «codardo» tacere sulle iniziative prese soprattutto da parte dell'autorità e del Granduca che si era prodigato ed era andato incontro a notevoli spese per il bene del suo popolo.

Prima di tutto ci fu la divisione dei compiti a salvaguardia dell'isolamento, ricovero e igiene dei colerosi: a Livorno nel 1835 la responsabilità era affidata al dot. Del Punta, a Firenze c'era invece una commissione formata dal prof. Nespoli, Zannetti, Taddei, Targioni e Capecchi; le misure igieniche che prevedevano diversi punti per risanare gli ambienti, gli scarichi, gli indumenti dei malati...l'isolamento, tutte misure che, dice il Betti, proposte successivamente passano per scoperte straniere importate, mentre in Toscana erano in funzione fin dall'inizio della prima epidemia di colera. Ma, anche dopo la fine del male, ci furono misure di risanamento di quartieri poveri sovraffollati, di fognature e delle sepolture, infatti, benché regolamentate dalla legge leopoldina sulle tumulazioni, accadeva che dal 1786 ancora molti paesi non avevano un cimitero; anche a Firenze la situazione non era molto diversa... ecco come la riporta, in maniera molto colorita e convincente, il Betti:

«...la misera città nostra era ridotta a bere nell'acqua dei suoi pozzi, gli avanzi dei suoi antenati e de' suoi congiunti in essa stemprati per le incessanti filtrazioni provenienti dai sepolcreti d'ogni urbana parrocchia...l'azione benemerita si deve alla Commissione sanitaria di Firenze per la prevenzione del colera... E così prosegue: «...che la più scrupolosa pulizia

si procuri sempre alle sale, alle persone, mai perdendo di mira che la più accertata pestilenza si nasconde nelle materie organiche che si corrompono.»(L.c.1)

Bisogna ricordare a questo punto che il prof Betti a proposito del colera era convinto della teoria del contagio, come d'altra parte molti medici tra cui anche il Pacini autore di alcune Memorie interessanti sull'argomento.

La prevenzione si allargò anche negli istituti di pena, in cui la promiscuità era maggiore, tra i carcerati, nel San Bonifazio, negli ospedali...

Forse proprio grazie a queste misure, il colera si ripresentava con intervalli di anni tra un'epidemia e l'altra: nel 1835, meno grave quella del 1836, nel 1837, nel 1849 a Marciana nell'isola D'Elba...

Tra le misure di prevenzione, il Betti cita anche il miglioramento delle condizioni fisiche scadenti e della promiscuità di molti cittadini poveri, dei carcerati e di altre categorie a rischio.

«Si aprirono il fabbricato di Castel Pulci a sgravio del manicomio; convertita in caserma per i militi nostri la villa del Poggio Imperiale, assegnata la succursale degli stabilimenti penali una parte della villa reale dell'Ambrogiana; cambiata ed ampliata l'ordinaria somministrazione dietetica in tutti i penitenziari del Granducato... più ripartito il lavoro ed alternato con meglio misurati riposi... All'avvicinarsi del morbo, nomina di commissioni sanitarie apposite composte dell'elemento governativo municipale e cittadino... investite di poteri straordinari... erezione di spedali nelle città e nelle campagne... disinfettazioni delle carrozze e dei vagoni inserienti alle vie ferrate...

All'apparire del colera, i malati venivano subito ricoverati in appositi lazzaretti, allontanati

dall'ambiente familiare come avvenne ad Antignano vicino a Livorno dove, così facendo, fu stroncata l'epidemia sul nascere. Per i pastori e le mandrie che migrando portavano

il male in Maremma furono istituite delle «quarantine» ambulanti. Quindi non fu tralasciato nulla, né per prevenire, né per curare. Questa é la conclusione del prof. Betti.

BIBLIOGRAFIA

- A.FILIPPI "La storia della Scuola Medico Chirurgica fiorentina" (opera postuma, pubblicata dal figlio Edoardo). *Rivista di Scienze Mediche e Naturali*.
Anno XIV 1923 – n° 1-2 gennaio febbraio, pp. 7-14
n° 3-4 marzo aprile, pp. 86-90
n° 9-10 settembre ottobre, pp. 257-267
Anno XV 1924- n° 1-2 gennaio febbraio, pp. 45-47
n° 7-8 luglio agosto, pp.215-224
n° 11-12 novembre dicembre, pp.369-373
Anno XVI 1925 n° 1-2 gennaio-febbraio, pp.18-25
n° 7-8 luglio-agosto, pp.217-224
n° 11-12 novembre-dicembre, pp.327-332
Anno XVII 1926 n° 5-6 maggio giugno, pp.145-151
n° 9-10 settembre ottobre, pp.234-259
n° 11-12 novembre dicembre, pp.274-287
- E.DIANA *San Matteo e San Giovanni di Dio, due ospedali nella storia fiorentina* 1999. Le Lettere Ed. Firenze.

THE DELEGITIMIZED LEGISLATOR: DARIO MAESTRINI HIS TRUE HISTORY AND THE LAW OF THE HEART

Massimo Pandolfi, Francesco De Tommasi

U.O. di Cardiologia Ospedale S. Maria
alla Gruccia Montevarchi (AR) Italy

The laws of physics and of the nature obey rules which are to be found in the natural world.

In the case of a discovery of one of these rules, it must be demonstrated an event that could take place independently by the action of the human.

The method of research starts from a set of hypothesis until the exact formulation of a theoretical model that earn the meaning of the theorem.

The scientific phenomenon and the demonstration of it, constitute the base for knowing the perceived phenomena.

It is necessary to observe, describe a certain phenomenon and to formulate an hypothesis that can explain it, foreseeing and verifying the consequences of that hypothesis and after all to conclude.

An honest evaluation supposes the validation or the confutation of the original hypothesis.

If consequences confirm the hypothesis, it is possible to talk about objectivity of the observations and to formulate a law. A set of laws leads to create a theory.

In the scientific and particularly in the medical world, the formulations of physiological laws give dignity at years of searches, of experimental verifications, and of disappointments.

The discovery of the truth, for these explorers of the mind, is often the crowning achievement of a whole life.

The association of their names to the phenomenon described is the apogee of a life giving the certainty to not have worked and studied in vain.

On these presuppositions, if Plutarch would have lived in our days, he would have compared Ernest Starling and Dario Maestrini's lives, placing them between Demosthenes and Cicero, between Alexander the Great and Julius Caesar.

Dario Maestrini was born at Corciano, a village near Perugia, in 1886.

Keen on research since a boy, studied veterinary sciences at the University of Perugia in 1905, where he learned elements of investigation on animals that would have been fundamental for his subsequent researches.

He was introduced to the mysteries of the physiology by the great David Anxefeld and he worked in his institute from 1908 since 1912 when he obtained his degree.

He went to Pisa attending the Institute of Physiology directed by Prof. Aducco obtaining the degree in Medicine and Surgery, in 1914 .

Those were the years in which he started to formulate his revolutionary theory regarding the “law of the heart”.

An ambitious and, clever man, Ernst Starling, was born in Bombay, 20 years before the birth of Maestrini; in a short time he became one of the more distinguished physiologists of his time, worthy heir of the illustrious scientists of Oxford.

For years he claimed the contrary of what Maestrini was affirming, ie: a dilated heart produces a less effective contraction.

This was what everybody used to think until when the Italian young physiologist wrote an article appeared for the first time in the magazine *Archivio di farmacologia e scienze affini* in 1915.

Maestrini, affirmed that the stretching of the myocardial fibres produces exactly an increase of the contraction of the same fibres strength.

In 1916 Maestrini taught Physiology and right away he left for the first world war.

When he got back Maestrini was invited by Silvestro Baglioni, heir of professor Luciani to attend the Physiology Institute at the University of Rome as teaching fellow

Living in Rome Maestrini discovered that Starling, with an unbelievable change of mind and modifying his original theories, in 1918, had published a book titled “The law of the heart”.

In this publication Starling takes back the experimental evidences that the young Umbrian physiologist had demonstrated by studying the heart of the snail, of the turtle and finally of the frog, thanks to Engelmann device.

Under the advice of his director, that however didn't do anything for helping him effectively, Maestrini wrote about his published

experiments to Starling claiming the discovery was his.

The English physiologist answered recognising the Italian as the one who first formulated the law. This recognition would have taken Maestrini to the Nobel price while Starling, who was considered for receiving the prestigious recognition, died suddenly on 2 May 1927, while he was cruising near Kingston, in Jamaica.

Then Maestrini's academic and university career started to decline because of his shyness and the envies of some of his colleagues.

The Fascist regime, to which he did never adhered, could have helped him in defending his discovery, even if England was occupying a predominant position in the scientific community of then.

However, for years, the law of the heart was called the Maestrini and Starling's law.

It was also associated the name of Otto Frank and in the American medical literature, also those of Straub, Wiggers and of others.

This until 1966, when in the monumental text of Friedberg called “The illnesses of the heart”, for the last time is mentioned Maestrini name as the eponymous of the law of the heart that will be subsequently called the Starling law.

Maestrini, left the pages of the cardiologic books and the academic world too.

He worked in Chioggia and Montelparo and from 1924 in Teramo, as head physician and director of the civil Hospital “Sant' Antonio.”

There he renewed the organization of the hospital and in few years increased the number of beds in the Medicine ward from 17 in 1924 to 236 .

He was occupied by the “fashionable” illness of that time: the tubercolosis.

Professor in medical Special Pathology and in Clinic of Tuberculosis introduced to Tera-mo the therapeutic technique called artificial pneumothorax, invented by Professor Carlo Forlanini.

Unfortunately an event interrupted the good doctor's quiet existence.

The sub-prefect Fascist Arcangelo Cim-meni was not pleased with the new Hospi-tal Director's political poor participation and took the chance to ratify it. The occasion for doing that was an embarrassing event that took place in Maestrini's Hospital.

A young doctor was found, having compro-mise attitude with a nurse.

The girl was poised, while the young man did not have relief sanctions. The responsibility of the event was attributed completely to Maes-trini who was sanctioned with the suspension of his task for three months and the revoca-tion of the title of Sanitary Director.

Maestrini recourse was accepted, but the event had so much embittered the scientist, that in 1934 he left the Hospital and moved to Gorizia where he became the Director of the Sanatorial Hospital.

There he met and married Mrs Caterina Bianchi who had been widow twice and who was mother of two children Fulvio Pezza and Luisa Gobbi.

After a while Dario Maestrini left Gorizia and with his new family moved to Arezzo, working at the Sanatorium Hospital Garbasso, where he would have spend the last years of his professional life. He collaborated with the resistance and was recruited in the Pio Borri's partisan brigade. The Arezzo Mayor Curina, ex partisan chief of the brigade, wanted him in his council as Assessor to the Public Hygiene.

Years after however Maestrini, not toler-ating any kind of political fanaticism, became estranged from the left council because of forbidding electioneering propaganda in his Hospital.

In 1951 he retired keeping on practicing both the medical profession and the research activity. This activity is well described in a book called: "Nuove vedute e realtà in Cardiologia 1911-1967" where he published also the letter signed by his antagonist, Ernst Starling.

On the 28 October 1975, at the age of 89 years, he reached his wife where every scien-tific theory is by now useless.

In Arezzo, only a Sanitary Charitable resi-dence is dedicated to him while his name does not appear anymore bound to the law that he first described, in the scientific literature almost an half a century ago.

SWITZERLAND, FEMINISM AND MEDICAL STUDIES

Albert Franceschetti

Foundation Prof. Franceschetti, Geneva, Switzerland

Summary

It is surprising that Switzerland, a very traditional country, played such an important role at the end of the 19th century in the appearance of female students in medicine. It is worth remembering that women were barred from voting and participating in political life at the federal level until 1971 and that equality between the sexes was guaranteed in the constitution only in 1981.

The reasons for such an unusual role were manifold and both external and internal. Exceptionally gifted female students on one side, often Jewish, coming from Russia, political feuds in Switzerland opposing conservative to revolutionary forces (the Radicals in Geneva), financial interests etc.

More than a century later, girls studying medicine are more numerous than boys. This fact, satisfactory from the viewpoint of equality, may have severe consequences on physicians' income and the quality of medical care in Switzerland as many female doctors work part-time, their first allegiance being their family, and are willing to accept lower salaries or even work for free.

INTRODUCTION

Switzerland has proved a pioneer in medical studies by allowing girls to register as medical students as early as 1846. At the time Switzerland was hosting many refugees with revolutionary ideas and these young women must have been exceptional. This is probably the reason why a rather poor, agricultural and religious country should have taken such a daring position.

STATISTICS

If one looks at the statistics of the University of Zurich, one sees that the number of female students increased rapidly until the war of 1870, showed a drop, to rise again and attain an yearly figure of approximately 100 at the turn of the century.

As for the field of studies chosen by these women, the vast majority registered in medicine, clearly indicating that they had come to

Switzerland because it was not possible for them to do so in their countries.

The large majority came from the Russian Empire, namely 93 during the years 1866-1875. The others came from the Austro-Hungarian Empire, Germany, France and 10 from America. Only 3 Swiss women dared to embrace this profession.

From Zurich, these medical students moved to other Swiss cities. In the case of Geneva, statistics show a tremendous increase with a peak just before World War I. In 1910, over 400 women registered in Medicine and Science, making up more than 50% of total medical students and about one third of total science students. It is only recently that girls have come back in number and now account for the majority of medical students.

This trend was linked to the political situation of students in Europe. If we look at the curves of female students in medicine, science and humanities, we notice a high percentage of female medical students. This was a consequence of women being barred from medical studies in Eastern Europe. After the end of World War I, the percentage of female medical students declined and remained in the range of the other two schools.

RUSSIA

The tsarine Elisabeth (1709-1762) had set up several good schools for mid-wives. There women could study gynecology, obstetrics, neo-natal pediatrics and venerology. The first corps of nurses, however, was created at the time of the Crimean war, 1853-1856.

In the sixties, many women felt the inclination to contribute to public health. Since

medical schools were not open to women, they became *feldshers*, a sort of health practitioners. Many revolutionary or compassionate women took this path.

However not all were happy with a type of medical teaching they considered second class and tried to enrol in universities. They were supported in these efforts by a few enlightened professors, such as Pirogov and Setchenov.

Ivan Mikhailovitch Setchenov (1825-1905) was a pioneer in physiology. He worked with Claude Bernard in France and introduced the experimental methods of his master in Russia.

Nicolas Ivanovitch Pirogov (1810-1881), an utter genius, entered Medical School at the age of 14, completed it at 17, and spent the subsequent five years in surgery at the university of Dorpat, in Western Russia. He wrote a thesis on ligation of the abdominal aorta in 1832, was made professor at Dorpat in 1836 and, after a number of publications in osteoplasty and rhinoplasty, became professor at the Academy of Medicine and Surgery of Saint Petersburg in 1841.

During the cholera epidemics of 1848, he performed more than 800 autopsies, only to publish a monumental anatomical topographic atlas in 1851-54. He organized the nurse corps during the Crimean war. On the battlefield, he had soldiers with infected wounds separated from the non-infected and was the first to use plaster for fractures on a large scale.

Under the influence of these two brilliant minds, several female students, such as Nadeshda Suslova and Maria Bokowa, wife of Setchenov, were admitted to the Academy of Medicine and Surgery in 1861. In 1864, however, for fear of political activism the government backed off and closed the Academy to women.

ZURICH AND THE FIRST FEMALE MEDICAL STUDENTS

From 1849 onwards, the University of Zurich allowed individual women to follow lectures of philosophy, but only when the Russian Maria Kniaschina applied to study medicine in 1864 were the Zurich education authorities forced to take a stance on women students. In fact Maria Kniashina soon left Zurich again, but in 1866 her compatriot Nadeshda Suslova, the daughter of a freed serf, became the first woman to be admitted as student at the University of Zurich.

Nadeshda Suslova (1843-1918) had obtained a diploma of private tutor in 1859. From 1861 to 1864, the year women were debarred from university, she took courses at the Academy of Medicine and Surgery in St Petersburg. She worked on her thesis with Setchenov in Graz, Switzerland in 1867 and graduated with a dissertation on physiology of the lymph nodes, becoming the first woman medical doctor in Europe.

Despite marrying the physician and future councillor of the city of Zurich Friederich Erisman in 1868, she returned to St. Petersburg shortly after graduation and opened a gynecology and pediatrics practice. After her divorce in 1883, she married the histologist Golubev.

In spite of her diploma, she encountered all sorts of administrative difficulties before being entitled to practice. She worked mainly in Crimea in the field of obstetrics and gynecology, and also wrote novels. She died on April 1918 in Alushta, Crimea.

The second was Elizabeth Morgan (1867-1927) from London, England. She started medical school in the winter-term of 1867 in Zurich. In 1870, she wrote a dissertation on muscle

dystrophy with the title "Ueber progressive Muskelatrophie".

With Elizabeth Morgan, we find another Englishwoman from London, Louisa Atkins.

She wrote a dissertation in 1872 on pulmonary gangrene with the title "Ueber Gangraena pulmonum bei Kindern". She eventually practiced in Birmingham.

The third English-speaking female student was Eliza Walker from Edinburgh, Scotland. She started in the autumn of 1868. Her dissertation on vascular occlusion had the title of: "Ueber Verstopfung der Hirnarterien" She worked in obstetrics at the Frauenklinik of in Zurich under Professor Biermer.

The Russian Maria Bokova (1839-1928) had been interested in medicine since her youth. She married Dr. Bokov to escape from her family and studied at the Academy of Saint Petersburg, but had to leave when this was closed to women. She then went to work in the laboratory of Setchenov and married him after divorcing from Bokov. In 1868, she moved to Zurich and in 1871 became the fourth woman to graduate. Her thesis was "Zur Lehre von der Hypopion Keratitis". She trained in Austria, Germany and England and went to work as an ophthalmologist in Ukraine. She is apparently the first female ophthalmologist of modern times.

Susan Dimock (1847-1875) was born in the United States. As a young girl in Washington, North Carolina, she used to borrow anatomy books from the family doctor and accompany him on his calls.

After the death of her father in the civil war, the family joined some relatives in Sterling, Massachusetts and Susan took a teaching job in a school of Hopkinton. She spent her evenings reading medical books recommended by Dr. Marie Zakrewska, the founder and head of

the New York Infirmary for Women and Children, nicknamed Dr Zak.

In January 1865, she enrolled as a medical student at the New England Hospital. Three years later, in 1868, with help of her mother, Dr. Zak and several Boston philanthropists, she went to study medicine at the University of Zurich.

She returned to Boston in the summer of 1872 and reorganized the school for nurses at the New England Hospital. She died in 1875 in the shipwreck of the “Schiller” near the Scilly Islands.

Maria Vögtlin, 1845-1916 was the first woman to become a medical doctor in Switzerland. The daughter of a country priest in Argau, in 1868 she expressed the desire to study medicine in Zurich—a real scandal for the times.

In 1873, her father had to request an authorisation in writing for her to sit for the examinations. She then specialised in gynecology in Leipzig.

In July 1874, she presented a dissertation “Ueber den Befund der Genitalien im Wochenbett”, The situation of genitals after delivery.

In 1874 she opened a practice. At first only her female patients dared to cross her door, but in time she became a well appreciated doctor and men started accompanying their spouses. In 1875, she married a professor of geography, Albert Heim, whom she had met as a student but had refused to marry because of her profession. Heim permitted her to go on working after their marriage.

She was an activist for women’s voting rights as well as abstinence from alcohol.

Switzerland has been a pioneer in accepting women as medical students. This was mainly due to the fact that there were many refugees with new, revolutionary ideas.

Swiss Medical Schools, which were just beginning, gained a lot from the contribution of these highly intelligent and active women, mainly coming from the Russian Empire.

