

Enrico Cafulli
MD, MA History

Anna La Torre
RN, MScN, MA History,
PHD Candidate

Il cholera morbus: una sfida assistenziale nella milano ottocentesca

The cholera morbus: a care challenge in 19th century milan

ABSTRACT

Il colera nella penisola italiana del XIX secolo, fu un vero flagello che per tutto l'Ottocento, seminò malattia, morte e con sé paura, superstizione e isterismo collettivo.

I sanitari, come nella contemporaneità, si sono trovati ad affrontare un morbo di cui non si conosceva nulla, cercando terapie, soluzioni assistenziali ed infermieristiche innovative per il bene collettivo.

Attraverso l'analisi dell'abbondante letteratura storica ma soprattutto della documentazione presente negli Archivi di Stato, in quelli Storici Comunali delle città e le cronache di medici che sia come direttori o semplici operatori delle strutture predisposte ai ricoveri sia come medici condotti, si possono studiare le strategie di contenimento, le terapie implementate e le strategie assistenziali che furono messe in atto dai governi e professionisti dell'epoca. Lo studio ha permesso di evidenziare elementi di innovazione e di continuità con le dinamiche vissute nella recente pandemia da coronavirus, creando un legame mai spezzato con il nostro passato.

ABSTRACT EN

Cholera in the Italian peninsula during the 19th century was a true scourge that, throughout the century, spread disease and death, along with fear, superstition, and collective hysteria.

Healthcare workers, much like in contemporary times, faced a disease about which nothing was known, striving to develop innovative therapies, care solutions, and nursing practices for the collective good.

By analyzing the abundant historical literature and, more importantly, the documentation preserved in State Archives, Municipal Historical Archives of cities, and the chronicles of doctors—whether as directors or simple practitioners in facilities set up for hospitalizations, or as district physicians—it is possible to study the containment strategies, implemented therapies, and care strategies adopted by governments and professionals of the time.



This study highlights elements of innovation and continuity with the dynamics experienced during the recent coronavirus pandemic, establishing an unbroken connection with our past.

L'articolo è tratto dal libro *Virgola infetta. Morbus Cholerae e contesto sociale nella Pianura Padana* di Enrico Cafulli, Anna La Torre ed Elisabetta Zanarotti Tiranini del 2022, edito da Porto Seguro.

Le malattie infettive sono state nel corso dell'Ottocento, e fino al primo dopoguerra avanzato, una delle principali cause di morte, sopravanzando quelle per patologie oncologiche e cardiovascolari, poi relegate in secondo piano dalla scoperta di nuovi farmaci e vaccini.

L'Ottocento è il secolo delle grandi epidemie: tifo petecchiale, vaiolo, ileotifo, difterite, meningite e non per ultimo il colera.

Tra le molte patologie infettive che funestarono l'Europa nel corso dell'Ottocento, un ruolo di spicco spetta sicuramente a quest'ultimo, non solo per la grande messe di vite umane che falcidiò, ma anche e soprattutto per il grande impatto psicologico e le profonde conseguenze economiche e sociali che esso esercitò sulle numerose popolazioni colpite, e sui relativi diversi contesti (Forti Messina, 1984). La sua esoticità, la sua improvvisa e inaspettata comparsa per la prima volta in Europa, la misteriosità di un morbo di cui per molto tempo rimase oscura la causa, la sintomatologia ripugnante, furono tutti elementi che produssero effetti devastanti nel tessuto individuale e nell'immaginario collettivo dei popoli di molti Stati, e sortirono un esito dirompente sui comportamenti umani.

Le epidemie che imperversarono in Italia durante l'Ottocento sono sostanzialmente riconducibili a sei: quelle degli anni 1835-1837; 1849; 1854-1855; 1865-1867; 1884-1887; 1893, con diversi gradienti di estensione, virulenza, morbilità e letalità (Cosmacini, 2005).

I dati delle tabelle seguenti, desunti dai Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie e riportati da Del Panta (2021), danno un importante elemento per comprendere la vastità e la letalità del fenomeno durante l'Ottocento (tab. 1 e tab.2).

La copiosa documentazione presente negli Archivi di Stato, in quelli Storici Comunali delle città e le cronache

di medici che sia come direttori o semplici operatori delle strutture predisposte ai ricoveri sia come medici condotti, è un grande strumento storico per l'analisi delle forme assistenziali che i governi di allora misero in atto. Di grande utilità sono anche i registri anagrafici di morte conservati negli archivi delle singole parrocchie dove viene indicata la causa mortis e quindi si possono desumere il numero dei decessi domiciliari e ospedalieri, e la maggiore o minore aggressività del morbo.

Nel complesso, dai dati che si evincono dai bollettini ospedalieri e dalle statistiche amministrative, si può affermare che gli indici di mortalità e letalità tra contagiati ricoverati in ospedale e quelli domestici sovente si equivalgono e in alcuni casi a volte perfino con maggior negatività per i ricoverati, fenomeno dovuto probabilmente a una maggior promiscuità nelle fasi iniziali delle epidemie e alla commistione con soggetti ricoverati per altre cause. In aggiunta i beni dei ricoverati d'urgenza venivano tenuti in sequestro dall'Ospedale per lo spurgo.

Generalmente nei casi delle città esaminate nella pianura Padana, all'inizio delle epidemie, soprattutto le prime due, si ricorse al ricovero nelle strutture ospedaliere presenti senza appositi reparti per gli infetti colerosi, favorendo quindi situazioni di contagio attraverso effetti lettereschi e oggetti contaminati dalle feci dei ricoverati, mentre in un secondo tempo e talvolta con tempestività si riunirono i colerosi o in

Tab. 1. Numero di decessi per cicli epidemici colerosi

Anno	Comuni	Decessi
1835	231	16.190
1836	1.778	67.694
1837	989	62.544
1848	52	-
1849	312	13.359
1850	8	-
1854	1.312	35.030
1855	3.018	83.500
1856	138	-
1857	57	-
1865	18	12.901
1866	560	19.571
1867	2.143	128.075
1868	42	-
1871	25	-
1873	377	-
1884	66	14.299
1885	1	3.459
1887	-	4.270
1893	-	3.040

Tab. 2. Totale decessi per colera in alcuni capoluoghi

	1835-37	1849	1854-56	1865-67	1884-85
Torino	220	-	1.458	996	1
Genova	3.219	-	3.300	1.330	430
Milano	1.037	206	1.308	402	6
Venezia	2.769	3.839	767	767	2
Napoli	19.665	-	8.314	6.015	6.933
Palermo	26.000	-	8.000	7.867	2.568
Bologna	-	63	3.649	126	1
Roma	5.419	-	1.646	2.040	5

reparti speciali o in nuove strutture ricavate da edifici adibiti ad altro uso quali caserme e conventi, adibendoli allo scopo (Sala, 1985).

Già parzialmente sperimentate in alcuni Stati come il Lombardo-Veneto nel corso dell'epidemia di dermatifo, vennero istituiti degli edifici idonei quali le Case di Soccorso (dove ricoverare gli infetti al primo stadio e alleggerire il carico degli ospedali maggiori) e le Case di Contumacia, dove invece ospitare i conviventi degli infetti o i sospetti infetti o i degenti in fase di guarigione (Pirondi, 1856).

Furono inoltre costituite nuove figure professionali cui assegnare svariati compiti che andavano dalla disinfezione ed espurgo delle abitazioni dei contagiati, alla sorveglianza degli edifici dove risiedeva un malato, all'accompagnamento dei deceduti alla sepoltura che di solito avveniva in fosse comuni coperte poi da calce viva e nottetempo su adeguati carri detti "carrettoni" catramati per evitare la dispersione dei liquami cadaverici (Tommasini, 1836).

In Italia non si può parlare del colera come di una patologia endemica ma esclusivamente epidemica, essendo i primi contagi sempre importati dall'esterno (Prefettura di Milano, 1868).

Molti sono gli elementi che affascinarono le intelligenze degli studiosi ottocenteschi e condizionarono il loro quadro mentale prima della scoperta: l'esoticità del luogo d'origine e del percorso per giungere in Europa occidentale, la subitanità del contagio e la rapidità della sua diffusione, la misteriosità della cagione del male, la coscienza di una ineluttabile impotenza e incapacità a porre in essere rimedi di qualche efficacia.

La comparsa del morbo nella penisola italiana a metà degli anni Trenta del secolo generò come prima reazione nel mondo medico e scientifico il più totale e sbigottito disorientamento.

Nell'arco di un ventennio i medici focalizzarono più dettagliatamente la sintomatologia, dividendo l'evoluzione della malattia in tre fasi:

- Lo stadio prodromico con diarrea risiforme, vomito, oppressione precordiale, dolori epigastrici, vertigine, tachicardia, contrazioni muscolari, fisionomia alterata, languente vitalità.
- Lo stadio algido contraddistinto dall'aggravarsi dei sintomi del precedente stadio e l'aggiungersi di respirazione affannosa, cianosi delle estremità, polso filiforme e progressiva ipotermia accompagnata da sudorazioni fredde. Tipica era la facies colerica con cute sempre più pallida, naso affilato, bulbi oculari infossati, labbra cianotiche, occhi cerchiati, espressione apatica.
- Lo stadio di reazione con graduale attenuarsi della sintomatologia e l'avvio verso la convalescenza (Grosoli, 1855).

Ad affascinare cupamente le menti dei medici era l'aspetto orripilante che il malato assumeva durante l'agonia e nei suoi ultimi momenti di vita e anche le risultanze delle dissezioni necroscopiche eseguite sulle salme degli infetti (Pacini, 1879).

È facilmente intuibile il terrore che il verificarsi di simili decessi provocasse nella popolazione, soprattutto quando avvenuti in casa o nei cascinali, negli strati più bassi e ignoranti delle città e massimamente in quella contadina, da sempre animata da superstizione.

Nella prima metà del secolo si fronteggiarono quindi due grandi correnti dottrinarie, innescando un lungo dibattito sulla causa del colera: da un lato gli epidemisti che ascrivevano le cause del morbo a fenomeni cosmo-tellurici, dall'altro i contagionisti che al contrario imputavano il diffondersi del morbo alla trasmissione interumana (Namias, 1867).

Il dibattito medico-scientifico proseguì per tutto l'arco del secolo, contrapponendo in accese polemiche i fautori di una tesi contagionista a quelli che al contrario sostenevano la dottrina epidemistica: un contrasto proseguito anche dopo che Robert Koch ebbe isolato il bacillo nel 1883, in quanto molti non ritenevano questa scoperta sufficiente a dimostrare che il vibrione fosse l'effettivo agente eziologico della malattia (Kucharski, 2020).

Le “terapie”

Tra i primi rimedi proposti vi erano i suggerimenti per un'alimentazione che evitasse le carni di qualunque tipo, i pesci in salamoia, le cucurbitacee, i pomodori e i legumi mentre a livello curativo si consigliava di assumere emetici seguiti da un cucchiaino di olio per lo svuotamento intestinale e contemporaneamente frizionare gli arti sia superiori che inferiori e applicare un cataplasma a base di farina di lino nell'area epigastrica (Riccardi, 1855).

La terapia classica prevedeva un trattamento purgativo da attuarsi con olio di ricino e tartaro stibiato, uno stimolante a base di ammoniaca e alcool, uno alterante con calomelano e mercurio e infine uno tonico con Sali di ferro, chinino, oppio e laudano. In osservanza ai dettami terapeutici generali dell'epoca si fece larghissimo uso dei salassi.

Pertanto, la pratica del salasso trovava notevole ostacolo nei pazienti colerosi stante la scarsità di sangue circolante nelle loro vene e la sua consistenza simile a gelatina di ribes, per cui si ricorse ai più originali espedienti per fluidificarlo prima di incidere con la lancetta.

In genere per il primo stadio clinico, quello prodromico, i terapeuti consigliavano di somministrare al paziente, che doveva rigorosamente restare a letto nella calma più assoluta, lievi diaforetici, aggiungendo sostanze oppiacee o polvere di tamarindo solo in caso di intensa diarrea.

Il periodo algido prevedeva invece rimedi ancora più robusti e fantasiosi tutti tesi al riscaldamento del corpo dell'infermo e che comportavano l'uso di varie sostanze quali etere di petrolio, ammoniaca e il cosiddetto “liquore anodino”.

Inoltre, per lenire i crampi invitavano a frizionare energicamente il corpo del paziente con olio canforato e con panni caldi e asciutti, ponendo mattoni riscaldati alle estremità, per infondere calore davanti all'avanzare dell'ipotermia.

Il ruolo dei medici

Nel Regno Lombardo-Veneto vigeva un Regolamento sanitario generale per le malattie epidemiche e contagiose risalente 16 gennaio 1817 che venne integrato da altre disposizioni applicate al cholera-morbus del «rispettato decreto di S. A. I. il Serenissimo Arciduca Vicerè» del 14 ottobre 1835 e con ulteriori norme del 23 giugno 1836 quando il vibrione si era già ampiamente propagato nelle città e nelle campagne della bassa Lombardia.

Il regolamento, firmato dal conte di Hartig marchese d'Adda, era diviso in nove titoli per un totale di 40 articoli, fra cui i doveri dei medici, dei chirurghi, degli ospedali distrettuali e provinciali e il metodo per gli espurgii.

Ogni Regia Città aveva poi un suo specifico regolamento in cui in modo dettagliato venivano specificate le mansioni del medico di Circondario che dipendeva direttamente dal medico Comunale e che doveva risiedere nel circondario stesso e non poteva allontanarsi dalla città se non dietro espresso permesso dell'Ufficio centrale di sanità. Il suo servizio doveva essere prestato notte e giorno senza limite alcuno di orario, indicando sempre la propria reperibilità.

Nel caso dovesse visitare un infermo di colera nella sua abitazione, era suo obbligo fare immediato rapporto al Medico comunale indicando anche le generalità dei conviventi e degli inquilini dell'edificio e valutare se il paziente era trasportabile all'ospedale o per sufficienza dei locali e mezzi potesse effettuare la degenza nella propria casa. Nelle abitazioni dove si erano verificati casi di colera, il Medico di circondario doveva recarsi tre volte al giorno per verificare lo stato di salute degli altri inquilini, rimuovere le cause di insalubrità e ordinare i necessari espurgii. Sul Medico di circondario gravano anche i compiti di esplorare minuziosamente le abitazioni dei “miserabili” per



appurare se vi fossero nascosti individui infetti e suggerire consigli sull'alimentazione, l'abbigliamento e di non dormire a finestre aperte (a onta dell'aerazione). Invece i Medici di sezione dovevano curare gratuitamente i poveri a fronte di un assegno giornaliero di sei lire austriache e vigilare sui casi di morte repentina.

Le norme per degli infermieri

Gli infermieri che prestavano immediata assistenza ai malati erano tenuti in isolamento come i malati stessi. Uno degli infermieri era incaricato al ricevimento degli ammalati e della pulizia del luogo. Generalmente, una volta alla settimana i parenti del malato potevano recarsi alla struttura e chiedere informazioni sui loro cari. Tali informazioni venivano date dall'infermiere incaricato. Gli assistiti non potevano ricevere né mangiare cibo al di fuori di quello che veniva somministrato all'interno della struttura.

Gli infermieri e gli inservienti alla fine del loro turno di lavoro non potevano uscire dalla struttura se prima non venivano "espurgati" tutti i loro vestiti ed effetti personali. Gli infermieri che erano destinati al servizio immediato degli assistiti in stanze separate, non potevano uscire dalle medesime, né comunicare con altre persone al di fuori, oltre che seguire i regolamenti per la prevenzione della diffusione della malattia.



La città di Milano

Già dal settembre 1831, il Consiglio comunale nei suoi bilanci preventivi aveva pensato di inserire somme da stanziare nel caso in cui il colera avesse colpito Milano. Quando si seppe che Parigi era stata raggiunta dal morbo, si infittì la corrispondenza con la Congregazione municipale, la Delegazione provinciale e la Direzione dell'Ospedale Maggiore allo scopo di suddividere la città in "circondari di soccorso" e interessando i medici ai quali affidare i compiti di prevenzione e cura. Milano fu sottoposta a maggiore sorveglianza, furono rinnovate le nomine dei membri della Commissione di beneficenza istituita dal 1831 e rimasta quasi inattiva fino a quel momento. Fu nominata anche una Commissione consiliare per gestire un prestito di Lire 500.000, autorizzato da Vienna, quale copertura di spese preventivate per gestione dell'epidemia (Sorcinelli, 1998).

La città, già suddivisa in quattro circondari di soccorso (e in 16 sezioni), fu dotata di medici dipendenti dalla Congregazione municipale e dalla Delegazione provinciale per poter adempiere a tutte le attività volte al controllo, alla prevenzione, al soccorso, alla cura, alla statistica. Gli addetti ebbero ampie possibilità di intervento sul territorio.

Le Case di Soccorso

Le Case di Soccorso, la cui apertura era stata decisa dalla Congregazione municipale, furono inizialmente sei: San Barnaba, zona Via della Commenda, soltanto maschile; Vicolo del Gallo, in Contrada Santa Margherita, soltanto femminile; dei Cappuccini in Porta Vercellina; di Santo Spirito, zona Porta Nuova; alla Foppa di Porta Comasina (attuale zona Porta Garibaldi, Corso Como) e Borgo di Viarenna civico 3559 (attuale Via Arena, Porta Ticinese).

Nel 1836 il personale sanitario operante nella città di Milano annoverava 144 dottori in medicina e chirurgia, 96 dottori in sola medicina, 58 dottori di sola chirurgia, 32 chirurghi minori, 120 levatrici, 52 speciali e 17 veterinari (Zocchi, 2006).

I decessi furono molto più numerosi tra i pazienti in cura nelle loro abitazioni rispetto a quelli curati nell'Ospedale Maggiore e nel Luogo Pio Trivulzio mostrando i primi un indice di letalità del 76,61% a fronte del 66,30% dei secondi. La grande quantità di degenti ricoverati nell'ospedale di Milano indusse il Consigliere di Governo I. R. Delegato Provinciale Torriceni, per ridurre l'afflusso di contagiati dal contado a emanare il 15 giugno 1836 una circolare diretta agli II. RR. Commissari Distrettuali, alla Congregazione Municipale di Monza, ai Medici e Chirurghi e ai reverendi Parrochi, invitandoli a predisporre Case di Soccorso in loco per evitare sovraffollamento nell'ospedale milanese (Prefettura di Milano, 1868).

Gli uffici di Soccorso e gli Ospedali provvisori per colerosi aperti a partire dal 29 giugno furono definitivamente chiusi il 15 settembre. Furono impiegati durante tutto il ciclo epidemico 15 medici e 51 infermieri e lettighieri: dei primi due risultarono contagiati e uno perì, i secondi ebbero 4 colpiti e 3 decessi.

Alla fine dell'epidemia si annoverarono 848 decessi in città (concentrati all'Ospedale Maggiore e alle Case di Soccorso di S. Angelo e della Simonetta) a fronte dei 1.546 verificatisi in provincia (Ferrario, 1837).

La seconda ondata

Il secondo ciclo epidemico, del 1847, ebbe invece un'incidenza minore ma allertò nuovamente la municipalità. Il flusso dei pazienti ospedalieri nei complessi assistenziali era notevole se paragonato al numero di abitanti del periodo rispetto alla popolazione. Riferendoci ai dati del Fatebenefratelli, nel quinquennio 1839-1843 si riscontra che i pazienti assistiti furono seimila seicento sessantuno, guariti seimila centoquarantotto e deceduti cinquecento tredici, mentre dal 1844 al 1848 pazienti assistiti seimila cinquecento quindici, di cui guariti cinquemila novecento settantanove e deceduti cinquecento trentasei.

In questi dati abbiamo anche i pazienti malati e assistiti nel 1836 causa del colera e i feriti e caduti dell'insurrezione avvenute a Milano.

Sebbene l'epidemia del 1849 investisse marginalmente la città di Milano, furono istituite le Case di Soccorso basandosi sullo schema attuato nel 1836, uniformandosi ai regolamenti dell'ondata precedente.

Innanzitutto, si istituì l'Ufficio centrale di soccorso nella sede stessa del Municipio con lo scopo di rispondere a tutte le esigenze dei colerosi finché il loro numero fosse stato ridotto e avendo come personale un medico direttore, un aggiunto, un ufficiale di sanità, due amanuensi ed un congruo numero di lettighieri, infermieri di ambo i sessi, di cui purtroppo non conosciamo il numero esatto, espurgatorie e guardie per i sequestri. Era anche prevista la presenza a tutte le ore del giorno e della notte di una carrozza per trasportare tale personale nei luoghi dove necessitasse la loro opera.

Il secondo passo fu quello di stabilire in numero di 4 per un totale di 500 letti distribuiti in altrettanti quartieri annoveranti un certo numero di parrocchie, per rendere più agevole il trasporto degli infermi e aprire le «case di contumacia» dove potevano trovare collocamento gli orfani a causa del morbo, individui di famiglie povere che erano venuti in contatto con colerosi e anche coloro che erano stati espulsi dalle loro abitazioni per essere state espurgate. Ogni succursale era provvista di tre medici, di cui uno doveva essere sempre presente in sede 24 ore su 24; un economo-custode, un messo, un numero imprecisato d'infermieri, lettighieri e guardie sanitarie (Strambio & Ambrosoli 1849).

La terza ondata

Nel ciclo epidemico del 1854, la terza ondata, il meccanismo delle Case di Soccorso posto in atto dalle Autorità municipali e sanitarie riprese in maniera abbastanza simile allo schema precedentemente esperito durante le precedenti epidemie del 1836 e del 1849.

Non appena la canonica dell'Ospedale iniziò a registrare un afflusso eccedente di contagiati, furono allestite le prime Case di Soccorso per i colerosi: la prima detta del Gallo e una seconda a Porta Nuova nell'Ospedale Santa Maria di Loreto dei Padri fate-bene-fratelli. La terza fu allestita in contrada Bassano Porrone e sul piazzale delle Galline ad opera del dottor Luigi Motta e infine la quarta nei locali del Ginnasio-liceale di Santa Marta al termine dello stradone di S. Vittore al Corpo.

Il 31 gennaio 1855 si era provveduto a chiudere l'Ufficio centrale di soccorso allestito nel 1854, lasciando però attivi un ospedale per colerosi e una casa interinale di ricovero per le famiglie degli ammorbat.

Gli Uffici filiali rimasero attivi fino al 6 ottobre e in ognuno di essi lavoravano due medici, un custode, due commessi per gli espurghi, un facchino espurgatore, due pedoni, due inservienti e quattro lettighieri.

Si incaricarono "commessi di sanità" di visitare le osterie e le locande per l'osservanza delle misure igieniche ordinate, e di segnalare le cause di insalubrità dei casaggi.

L'elevato indice di letalità che si registrò a Milano nel 1855 è conferma del cospicuo numero di orfani i cui genitori furono vittime del morbo asiatico e in aiuto dei quali la Congregazione Municipale istituì una raccolta di fondi di beneficenza (Ferrario, 1855).

Nel corso dell'epidemia del 1867 la popolazione dei Corpi Santi (soprattutto nel Borgo degli Ortolani e in quello di Porta Magenta) diede vita a vivaci manifestazioni di intolleranza e insubordinazione che mai si erano verificate in occasione delle precedenti ondate epidemiche: la gente preferiva nascondersi pur di sottrarsi ai controlli delle Commissioni Sanitarie e talvolta morire in solitudine in capanni isolati piuttosto che essere ospedalizzata.

La renitenza all'ospedalizzazione dovuta a pregiudizi e timore di avvelenamenti da parte dei sanitari condusse infatti a 154 casi di individui trovati cadaveri o agonizzanti per aver rifiutato di chiamare il medico o sottrarsi al ricovero.

Nuovi e antichi ricordi

I dati e le osservazioni analizzate ci riportano ai giorni vissuti del 2020: contenimento, divieto di assembramento, professionisti contagiati e morti, teorie negazioniste e green pass... parole moderne dal profondo sapore antico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it