

"MORBUS SEU CAUSA MORTIS"
**Alcune considerazioni sulle malattie e forme di contagio in Istria
nella prima metà del XIX secolo**

RINO CIGUI
Verteneglio

CDU 614(497.4/.5-3Istria)"18"
Sintesi
Novembre, 2003.

Riassunto: Le epidemie e le varie forme di contagio, che hanno contrassegnato la storia istriana ottocentesca, hanno avuto ripercussioni demografico-sociali tutt'altro che marginali. Tifo, vaiolo e, soprattutto, il colera diventeranno i nuovi capisaldi della mortalità, sostituendosi a quelli tradizionali della peste e della malaria. Dopo la crisi di sussistenza degli anni 1802-1803, si manifesteranno tutta una serie di infezioni, evidenziate dall'abbondante documentazione d'archivio e dai registri parrocchiali, che costringeranno le autorità a ripristinare i cordoni sanitari e i caselli di sanità. Ben più drammatica sarà per la penisola la congiuntura del triennio 1815-1817, che colpirà con maggiore intensità l'Istria settentrionale e centrale e che vedrà manifestarsi in modo drammatico il tifo petecchiale o esentematico. Sarà però il colera a costituire, per tutto il secolo XIX, una delle principali cause di mortalità della popolazione adulta.

"Conservare la salute de' Popoli non è forse l'atto il più sublime dell'Umanità e della Religione?"

(G. FERRARIO, *Avvertimento sui mezzi di distruggere i contagi. Nozioni e cura del colera-morbus*, Milano 1831).

1. Una delle correnti d'indagine più significative della recente storiografia istriana, è certamente lo studio delle malattie e delle altre forme di contagio che, spesso assumendo una dimensione epidemica, hanno contrassegnato la storia istriana sin dall'antichità.

Non va dimenticato che ogni dominazione succedutasi nella penisola, ha dovuto fronteggiare una o più infezioni: la peste ha caratterizzato gli ultimi secoli di Roma e il periodo bizantino; Venezia si è dovuta misurare

con la peste e la malaria e, al crepuscolo del suo dominio, col vaiolo; l'Austria dovrà confrontarsi col tifo esantematico o petecchiale e, soprattutto, con il colera asiatico.

In questo contesto ci limiteremo a delineare per sommi capi la cronologia essenziale delle epidemie ottocentesche che, oltre a spiegare la quasi totalità delle punte di mortalità registrate nel corso del secolo, hanno avuto ripercussioni a livello sociale tutt'altro che marginali. Tifo, vaiolo e in modo particolare il colera, diventeranno nell'Ottocento istriano i nuovi capisaldi della mortalità, sostituendosi a quelli tradizionali della peste e della malaria, per cui potremmo sintetizzare l'evoluzione della mortalità tra l'età moderna e quella contemporanea con la formula "dalla peste al colera".

Particolarmente serie saranno le condizioni venutesi a creare nella prima metà del secolo, quando le infrastrutture mediche si riveleranno assolutamente inefficaci nel fronteggiare i contagi, facendo così ripiombare la penisola in una situazione analoga a quella vissuta al tempo della peste. Prova ne sarà il ripristino del culto di San Rocco, ora invocato nei casi di colera¹.

Una ricostruzione sommaria delle principali epidemie che hanno contrassegnato la prima metà del XIX secolo può essere così riassunta: 1803-1806 carestia e vaiolo; 1815-1817 carestia e tifo petecchiale; 1836, 1849, 1855 colera.

Il secolo XIX si aprirà con una crisi di sussistenza che, pur non assumendo i caratteri drammatici di quella che colpirà la penisola un decennio più tardi, costringerà le autorità austriache a razionalizzare la distribuzione dei viveri per soccorrere la popolazione affamata. Dopo la disastrosa annata agricola del 1802 e quella successiva non del tutto favorevole, la provincia verrà a trovarsi in una precaria situazione alimentare alla quale le autorità austriache cercheranno di sopperire con la concessione di sovvenzioni in granaglie². Le richieste, da parte della popolazione, si faranno sempre più pressanti: l'8 dicembre 1802 si permetteva a Giuseppe Sgnidarich, suddito della Contea di Pisino, "di provvedere 400 staja di sorgo per sovvenire questa bisognosa popolazione"³; due giorni più

¹ R. CIGUI, "Il culto di San Rocco protettore dalla peste", *La Ricerca*, Centro di ricerche storiche di Rovigno (= *La Ricerca*), a. IV, settembre 1994, fasc. 10, p. 16-17.

² A. APOLLONIO, *L'Istria veneta dal 1797 al 1813*, Gorizia 1998, p. 181.

³ Archivio di Stato di Trieste (=AST), Atti Amministrativi dell'Istria (1797-1813) (=AST-AAI), B. 102, F. 295.

tardi il rovignese Domenico Benussi supplicava le autorità "di poter ottenere l'aulico Passaporto per l'estrazione dal Porto di Fiume di staja 3000 di formenti per i consumi di questa popolazione"⁴. Da un rapporto della Politica direzione di Pinguento, datato 31 gennaio 1803, veniamo a sapere della concessione di alcune sovvenzioni in grani e granaglie "per il puro e più stretto bisogno a quegli infelici sudditi unicamente che non avessero nell'anno presente di tanta calamità ne denaro, ne credito, ne altri mezzi da procurarsi il proprio sostentamento e delle loro famiglie..."⁵; alla comunità di Pirano, con decreto 11 febbraio 1803, si permetteva "l'espportazione dal Porto di Trieste di 10000 funti di Fiore di Farina, e da Fiume staja 8000 di formenti per li consumi di questo Fondaco e della Popolazione"⁶. Ad Albona, che beneficerà di 200 staja di sorgo, vi sarà la richiesta da parte di Gasparo Rumich e Antonio Vladislovich, gastaldi rispettivamente delle confraternite della Beata Vergine della Consolazione e di Sant'Andrea, di poter vendere il vino "di essi pij luoghi a soldi due per Bocale meno dell'ordinario prezzo di piazza"⁷.

La crisi favorirà il manifestarsi di infezioni, quali febbre perniciosa, febbre putrida, febbre nervina, tisi polmonare, peripleumonia, vaiolo drammaticamente evidenziate dall'abbondante documentazione d'archivio e dai registri parrocchiali⁸.

⁴ IBIDEM, B. 102, F. 295.

⁵ IBIDEM, B. 102, F. 237.

⁶ IBIDEM, B. 102, F. 319.

⁷ IBIDEM, B. 102, F. 263.

⁸ IBIDEM, B. 159. Gli Atti amministrativi dell'Istria ci forniscono un quadro abbastanza preciso sulle cause di morte in Istria nei primi anni dell'Ottocento. Così a Portole, per fare qualche esempio, tra luglio e dicembre 1804, registriamo 4 casi di febbre acuta, 6 di malattia cronica, 4 di febbre putrida perniciosa, 6 di febbre nervina, 2 di tisi polmonare, 1 di affezione asmatica e di febbre reumatica. A Orsera, tra i mesi di agosto e dicembre dello stesso anno, si segnalano 2 casi di male di vermi, 8 di febbre perniciosa, 4 di pleumonia, 3 di febbre nervosa e un caso rispettivamente di atrofia, male di vomito, ulcerazione cancerosa nelle estremità inferiori, male di rasipole maligna. Nella parrocchia di Foscolino registriamo 2 casi di male verminoso e uno di mal di petto e mal cronico. A Dracevaz, Monsalise e Valcarin sono 3 i casi di malattia verminosa, 3 di mal febbrile, 4 di mal di petto. A Sbandati, infine, 3 sono i casi di malattia febbrile infiammatoria e di malattia febbrile putrida. Cfr. M. BERTOŠA, "Valle d'Istria durante la dominazione veneziana", *Atti del Centro di Ricerche Storiche di Rovigno (=ACRSR)*, Trieste-Rovigno, vol. III (1972), p. 139-140. Verso la fine del 1805 e l'inizio del 1806, la popolazione del Castello e dei villaggi vicini venne distrutta dall'infierire di una epidemia di vaiolo. Riferimenti al vaiolo si trovano anche in N. ŠETIĆ, *Napoleon u Istri. Istra za francuske uprave 1805.-1813. /Napoleone in Istria. L'Istria durante l'amministrazione francese 1805-1814/*, Pola, 1989, p. 190-194.

Subito allertati, gli Uffici di Sanità non esiteranno ad intervenire "alla visione di que' Cadaveri, la morte dei quali sia derivata da causa notoriamente morbosa o troppo repentina o con caratteri equivoci"⁹. Onde evitare il diffondersi del contagio si procederà all' immediata tumulazione "...coll'uso di una cassa ben chiusa con la pece e catrame, in quanto estinti in città, o per quelli poi estinti sulla pubblica strada campestre, a riporli in una fossa ben profonda, ricoperti di calce in un primo stratto, e con la terra e pietre al di sopra, onde con ciò sia tolto ogni motivo di nocive esalazioni..."¹⁰.

Sarà anche prassi comune chiudere la camera e depositare le chiavi "in seno dell'Ufficio di Sanità che si prenderà la cura dell' espurgo mediante il siero dell' intonacatura delle muraglie sino allo scoprimento delle nude pietre, e l' uso di convenienti profumi"¹¹.

Cordoni sanitari verranno innalzati in varie località della penisola. Quello di Pirano, istituito nel 1805, sarà custodito da truppe regolari, cernide e territoriali dislocati alla Madonna di Strugnano, S. Basso, S. Spirito, Fontana di Fiesso, Fortino, Prima Fornace, S. Bernardino, Terza Fornace, Punta di Sezza, Sicciole, Lavera, Punta degli Alberi e Punta Salvore¹². Quello di Umago comprenderà le località di Canevelle, Sipar, Catoro, Val di Umago, Punta delle vacche, Punta S. Pellegrino, Punta S. Lorenzo-Saltarel, Punta Molino, Molo di Umago presidiate ognuna da 14 territoriali¹³.

⁹ AST-AAI, B. 167 (Metodi e disciplina vigenti sul merito delle visioni dei Cadaveri nelle località di Pirano, Buie e Umago). Il 4 maggio 1768 i Provveditori alla Sanità e sopra Provveditori di Venezia emanarono l'ordine che prescrive il metodo "da doversi osservare prima di dar sepoltura a cadaveri e cioè che debba ogni parroco dare in nota agl'Uff.i di Sanità tutti quelli che morissero nella propria rispettiva Parrocchia prima della loro Tumulazione". Negli Atti Amministrativi dell'Istria, B. 167, f. 138, si rileva che a Umago "due sorta di cadaveri vengono visitati in quella Località, cioè quelli che sono morti repentinamente e gli annegati. I Ministri di Sanità e dell'Autorità pubblica si portano alla visione dei primi in compagnia dei professori, e se ne fa l'anatomica apertura onde riconoscere le cause, dopo di che si licenziano per la tumulazione. Un'ugual metodo viene usato in quanto ai secondi dopo peraltro l'uso di possibili esperimenti...". Anche a Buie avviene un processo analogo. A Momiano, "i cadaveri che mancati siano di morte repentina, o per causa di grave mortale ferita, furono sempre, e vengono, prima della tumulazione, visitati dall'Off.o di Sanità, dal Ministero Giurisdizionale e da un professore Medico-Chirurgo. Nei casi di morte naturale e cadaveri vengono sepolti dietro fede del parroco locale. Anche a Parenzo (AST-AAI, B. 167, f. 166), in caso di morte da tisi polmonare, vengono praticati "gli espurghi delle stanze e delle robbe..."

¹⁰ AST-AAI, B. 167, F. 142.

¹¹ IBIDEM, B. 167, F. 143.

¹² IBIDEM, B. 103, F. 110-111.

¹³ IBIDEM, B. 103, F. 143-152.

Le autorità procederanno anche al riatto dei caselli di sanità "pel ricovero degl'individui che li presidiano", sostituendo l'obsoleta copertura di paglia con coppi o lastre di pietra "affinché senza timore d' incendio, come fu accaduto, possano le guardie, mediante il fuoco, ripararsi dal freddo"¹⁴.

A Capodistria il Magistrato di Sanità, constatata la mancanza di un locale da adibire a casello di sanità, insisterà che "provvisoriamente possa servire all'effetto il Casino di Sanità esistente appo la Riva del Porto, eretto già da molti anni...attualmente in disordine, e bisognoso di restauri, non che di varj effetti ed utensili indispensabilmente necessarj per gli usi opportuni..."¹⁵.

Le conseguenze negative della congiuntura del quadriennio 1803-1806 non si avvertiranno in tutte le zone con uguale intensità.

Le cifre relative al movimento naturale della popolazione testimoniano che mentre la parte settentrionale della penisola, Capodistria esclusa, avvertirà in maniera più blanda i rigori della congiuntura, la parte meridionale, assieme all' Albonese, sarà la più colpita: quasi un terzo dei decessi complessivi registrati nel 1803 riguarderanno le località di Pola, Albona, Barbana e Dignano con i rispettivi territori (vedi Tab. 1-5).

La congiuntura costringerà i merighi di 15 villaggi soggetti al Dipartimento della Città di Pola ad implorare l'estinzione del debito per le sovvenzioni di granaglie avute "dalla cessata Veneta Repubblica". "Le entrate scarsissime e sterlissime di ogni genere di prodotti – leggiamo nella supplica inviata alle autorità austriache – corse per diversi anni, allorché la Veneta Repub.ca era il Governo Dominante, costrinsero le Popolazioni suddette a ricorrere alla Pietà di esso Governo, onde essere sovvenute di granaglie per il loro sostentamento. Seguirono tali ultime somministrazioni negli anni 1764, 1769, 1783, 1789 con l'abilitazione di pagar il rispettivo dovere. Poco o nulla poterono esborsare le popolazioni,

¹⁴ Archivio di Stato Trieste, Commissione provinciale provvisoria dell'Istria (=AST-CPPI) Caselli di Sanità nel territorio di Cittanova, 1814, B. 19. Il Circondario comunale contava sette caselli sanitari: San Pietro, Castagneda, Mareda appartenevano a Cittanova; Punta Croch e la Fontana alla Villa di Torre; Punta Comune e al Caricator Grande alla Villa di Verteneglio. Tre altri luoghi, cioè il Porto di Cittanova, Val di Torre e Daila non abbisognavano di Caselli giacché le guardie del primo si servivano di quello dell'Ufficio sanitario; quelle del secondo dell'Osteria al lido del porto e quelle del terzo della case vicino al mare.

¹⁵ AST-CPPI, B.3, F. 1694.

poiché furono di nuovo soccorse senza esser obbligate al pagamento di detti primi grani e ciò attese la notorietà delle tante successive disgrazie da loro sofferte. Caduta la Repubblica fu imposto alla popolazione il pagamento del debito onde convertire le scossioni nel riattamento delle Pub.e Strade a comun Benefizio. La popolazione è afflitta da scarsi raccolti ed oberata da grandissime spese per l'erezione de' caselli di sanità, agravati da contribuzioni di legne, oglio, paglia, sottoposti a guardia diurna e notturna, con totale abbandono delle loro campagne e dei loro animali oppressi da molti ed infiniti mali che gli hanno depauperati come mai..."¹⁶.

La depressione non risparmierà neppure l' ex Contea di Pisino che sarà costretta a far ricorso all' importazione di grossi quantitativi di cereali per far fronte alla precaria situazione¹⁷.

2. "Colla fine delle guerre napoleoniche – scriveva Bernardo Schiavuzzi nel noto saggio sulla malaria¹⁸ – per le quali poco danno veniva recato all' Istria, cessavano anche da noi completamente le fazioni guerresche. Però – continuava l'autore – la instabilità della amministrazione nei primi decenni del secolo, conseguenza dei cambiamenti repentini di governo, recò pregiudizio al benessere provinciale, e devesi forse ad essa attribuire i gravi dissesti economici, dai quali ebbero origine gli anni della fame". Ad aggravare ulteriormente questo stato di cose contribuiranno le calamità naturali legate a sconvolgimenti climatici (freddo intenso, gelate, grandinate, temperature rigide nei mesi estivi) che caratterizzeranno, in generale, il periodo compreso tra il 1810 e il 1820, e particolarmente il triennio 1815-1817¹⁹. L'Istria settentrionale e centrale e, limitatamente,

¹⁶ AST, C. R.Governo (=AST-C.R.G), B. 604. I villaggi in questione erano Stignano, Fasana, Peròi, Gallezano, Lavarigo, Monticchio, Marzana, Carnizza, Momorano, Altura, Sissano, Lisignano, Medolino, Pomer, Promontore.

¹⁷ E. IVETIC, *La popolazione dell'Istria nell'età moderna. Lineamenti evolutivi*, Trieste-Rovigno, 1997 (Collana degli ACRSR, n. 15), p. 154.

¹⁸ B. SCHIAVUZZI, "La malaria in Istria. Ricerche sulle cause che l'hanno prodotta e che la mantengono", *Atti e Memorie della Società istriana di archeologia e storia patria*, Parenzo, vol. V (1889), p. 451.

¹⁹ M. BERTOŠA, "Glad i kriza mortaliteta godine 1817: istarski mikrokozmos i evropski kontekst", p. 3-5; cfr. AST- I.R. Governo del Litorale (=AST-I.R.GL), Atti Generali, B. 534. Ed è proprio alla rigidità climatica che va ascritta l'alta mortalità infantile registrata a Trieste tra il gennaio e l'aprile 1815. "Questi pargoletti – leggiamo nei documenti – portati vengono nelle chiese al fonte

anche la sua costa occidentale, saranno esposte a una crisi di intensità maggiore che nelle altre aree della penisola. La mortalità crescerà vertiginosamente per il diffondersi di malattie, specialmente il tifo petecchiale o esantematico, e per fame²⁰.

Il 19 luglio 1817 il medico circolare dottor Cerutti rilevava come a Capodistria la malattia fosse stata scoperta il 4 luglio in tale Francesco Novacco d'anni 30, carcerato, e successivamente in numerose famiglie della città. I sintomi notati, prostrazione di forze, forte dolore alla testa, siccità di cute, esentemi petecchiali, febbre continua indicavano trattarsi, senza ombra di dubbio, di tifo esantematico. "Essa febbre – sottolineava il Cerrutti – non si limita ad una sola contrada, ma a tutte; attacca ogni classe di persone, anche delle più benestanti, invade ogni età senza risparmiare l'infanzia, o la vecchiezza"²¹. Il medico raccomandava caldamente il potenziamento del numero di letti dell'ospedale capodistriano "per ricevere quei miserabili che privi di tutto, non possono aspettarsi se non perire in assistiti dal male e dall'inedia, e dai quali si ha forte motivo a temere la propagazione del morbo nel rimanente della popolazione".

L'esortazione verrà prontamente raccolta da una commissione composta dal Commissario Distrettuale, dal Podestà, dall'Amministratore dell'Ospedale, dall'Ingegnere Circolare e da due medici i quali non solo elaboreranno un programma di intervento nell'edificio ospitante l'ospedale, ma constatato che nelle vicinanze "...vi esisteva una Cisterna otturata in addietro, ed avendo riflettuto quanto sia utile necessaria l'acqua in tale stabilimento, à deliberato di contemplare nel fabbisogno dei lavori, una partita per riattivare la detta Cisterna"²².

I casi accertati, tra luglio e settembre, saranno complessivamente 227 (48 nel solo mese di luglio); 26 quelli registrati a Isola d'Istria²³.

battesimale ove anco si fermano a fronte dell'invernal rigida stagione". Per la situazione nelle vicine province venete vedi il saggio di G. MONTELEONE, "La carestia del 1816-1817 nelle province venete", *Archivio Veneto*, Venezia, s.V, vol. LXXXVI-LXXXVII (1969), p. 26-82.

²⁰ M. BERTOŠA, "Lienteria cronica, e febbre consuntiva (La fame, il tifo petecchiale e la morte a Cittanova nel 1817)", *ACRSR*, vol. XIX (1988-1989), p. 181.

²¹ AST-I.R.GL, Atti Generali, B. 534.

²² IBIDEM, B. 533. Protocollo di Commissione, Capodistria 24 luglio 1817.

²³ IBIDEM, B. 534. Riassunto dedotto dal Protocollo generale dal quale furono estratti li stati presenti degli ammalati a Capodistria dal giorno 4 luglio fino alli 6 corrente 7bre; Rapporto sanitario del I.I. Commissariato Distrettuale di Capodistria li 22 7bre 817.

L'EPIDEMIA DI TIFO A CAPODISTRIA					
PERIODO (4 luglio – 21 settembre 1817)	MALATI	MORTI	CONVALE- SCENTI	GUARITI	TOTALE
4/7 – 6/9	9	18	5	75	107
6/9 – 21/9	14	19	1	86	120
4/7 – 21/9	23	37	6	161	227

A ottobre lo stesso Cerrutti, nel corso di un sopralluogo a Capodistria, troverà nella località "essersi ingentilita la malattia, che può giudicarsi per ora se non intieramente estinta, per lo meno essere ben prossima al totale suo fine"; analoga la situazione riscontrata a Parenzo nel mese di dicembre, da dove il medico fisico dott. Colombani scriverà che il male "sembra aver declinato dalla sua ferocia...anche se la febbre mantiene la sua indole acuta, si consocia sovente ai morbi della stagione ed ha in generale la durata da g.ni 17 a g.ni 21..."²⁴.

Ben diversa sarà la situazione riscontrata a Isola d'Istria. Dalla relazione stesa l'11 ottobre 1817 dal succitato medico, veniamo a sapere che nella località vi erano "giacenti al letto diciotto individui di ogni età e d'ambi i sessi, numero non insignificante relativamente alla popolazione, ed imponente se si considera la natura della malattia che diede in alcune occasioni ragionevol motivo a sospettarla non immune di contagio". Scandalosa – a suo dire – la condotta del medico esercente dott. Gallo il quale andava asserendo pubblicamente "non esistervi tal malattia, ma trascurando egli medesimo e procurando che il popolo li trascurino tutte quelle discipline che a preservazione generale furono provvidamente da codesta I. R. Superiorità con tanto calore ed efficacia raccomandate..."²⁵ A conclusione del suo rapporto il Cerrutti metteva in guardia "...che la bella ma contaminata sorgente dell'acqua può contribuire a render più gravi le malattie dominanti" per cui auspicava che "fosse posta in uso universale l'acqua che sorge purissima ed ottima non più che mezzo miglio distante da questa località, e che agevolmente attesa la buona strada, si può tradurre in paese, facendo le opportune disposizioni perché il popolo non si serva dell'acqua ordinaria, e solita ad usarsi finchè non sieno fatte le

²⁴ IBIDEM, B. 534. Rapporto del medico fisico dottor Colombani del 6 dicembre 1817.

²⁵ IBIDEM, B. 534. Relazione sulla situazione esistente a Capodistria e Isola, 11 ottobre 1817.

riparazioni necessarie a renderla salubre, od almeno finchè la sopravvenienza delle piogge la renda alla salute meno dannosa”.

A Momiano si moriva letteralmente di fame. Dopo i tre casi registrati sul finire del 1816, l' "annus orribilis" sarà il 1817, con 47 decessi sui 73 complessivi (pari al 64%) dovuti a "indigentie, penurie, inedi et famis"²⁶.

LA MORTALITÀ NELLA PARROCCHIA DI MOMIANO NEGLI ANNI 1815-1818				
Numero di morti	36	31	73	20
Anno	1815	1816	1817	1818

A San Lorenzo di Daila la mortalità subirà una brusca impennata, raggiungendo la cifra più elevata di decessi sino ad allora registrati²⁷.

LA MORTALITÀ NELLA PARROCCHIA DI SAN LORENZO DI DAILA				
Numero di morti	16	14	35	18
Anno	1815	1816	1817	1818

A Rovigno, nel mese di ottobre, le autorità locali daranno vita ad una commissione composta dal preposito della parrocchiale, dal podestà, dai possidenti, dai medici della città e dall' ufficiale di sanità "per ritrarne da essi gli occorrenti lumi circa la malattia in se stessa"²⁸. La commissione giungerà alla conclusione che "... in Rovigno si combina fatalmente che a motivo dei venti sciroccali dominanti da più giorni, delle molte piogge cadute, e a motivo pur anco delle circostanze della stagione autunnale vi sia più numero di ammalati e maggiore mortalità; essendo le abitazioni assai anguste ed accumulate, strette le contrade, e senza sfogo le piazze, questa stessa configurazione cagiona la insistenza del morbo poiché necessita indispensabilmente la troppa unione e comunicazione degli abitanti, moltiplica il miasma morboso, e rende impossibile nelle case una separa-

²⁶ Archivio Parrocchiale di Momiano, "Liber defunctorum", 1815-1886. Il primo caso registrato risale al 21 novembre 1816 (e non al 1815 come erroneamente scritto dal Benussi), mentre l'ultima annotazione è del 2 gennaio 1818, per complessivi 51 decessi cagionati dalla fame. A Pinguente, i dati a nostra disposizione ci forniscono un quadro ancora più tragico. J. JELINČIĆ, che ha dedicato un attento studio alla situazione in quella località, ci fa sapere che su 89 decessi, ben 74 hanno avuto quale "causa mortis" la fame.

²⁷ R. CIGUI, "Malattie e cause di morte nella parrocchia di San Lorenzo", *La Ricerca*, 1994, n. 11, p. 4.

²⁸ AST-I.R.GL, Atti Generali, B. 534.

zione sufficiente e certe precauzioni che potrebbero essere giovevoli in simili casi. Finalmente ascriber devesi una gran causa anche a ragione morale, poiché lo spirito pubblico è assai abbattuto, attese le universali male circostanze economiche e le militari esecuzioni praticate in questi disgraziati momenti ai pubblici debitori, molti dei quali venendo assaliti dal morbo mancano dei mezzi onde procurarsi i necessari rimedi"²⁹.

Sentito il parere della commissione, verrà pubblicato un avviso contenente una serie di misure profilattiche, al quale la popolazione era invitata ad attenersi scrupolosamente. Queste disposizioni si possono riassumere come segue:

- si proibiva di gettare dalle finestre acqua e immondizie sia di giorno che di notte;
- le immondizie dovevano essere gettate in mare di sera, non prima della campana dell' orazione, al mattino, non dopo il levar del sole;
- porci, letamai e depositi immondi dovevano essere tolti da strade e abitazioni e tenuti in campagna o in stalle lontano dall' abitato;
- le stalle che si trovavano in città dovevano essere quotidianamente pulite dal proprietario;
- si raccomandava la più rigorosa pulizia dell'abitazione per allontanare il pericolo di contagio;
- una volta al giorno, ogni famiglia era obbligata a pulire la strada davanti casa;
- i cibi avariati dovevano essere tolti ai venditori e gettati in mare;
- non appena la malattia colpiva individui di famiglie meno abbienti, il medico comunale doveva esprimersi sull'opportunità o meno di un ricovero in ospedale;
- morto un individuo, la famiglia doveva avvisare "prontamente i serventi di cimitero", che erano tenuti a prelevare il cadavere e depositarlo in attesa della tumulazione. Il letto del defunto doveva essere

²⁹ Oltre alle solite misure igieniche, le autorità insistettero sul fatto che bisognava tener alto il morale della popolazione così fortemente provata. A tal proposito, si concerta col Preposto "che non siano suonate molto frequentemente le campane di morte, onde risparmiare alla fantasia degli abitanti l'effetto di quella profonda tristezza, che in questi momenti desta un tal suono lugubre". Similmente si dettero disposizioni "onde possibilmente non sieno seguitati i Cadaveri che vengono portati alla tomba dai loro parenti e congiunti con grida e gemiti, che rattristano la popolazione e fanno una grande impressione sullo spirito pubblico".

mondato e lavato alla marina, e la paglia bruciata alla presenza di un "pubblico ministro". Era severamente vietato asciugare lenzuola e coperte nell'abitato;

- i morti dovevano essere chiusi in cassa e seppelliti alla profondità di 5 piedi;
- si raccomandavano, inoltre, le "profumazioni e le ventilazioni" delle case degli ammalati.

Nonostante queste precauzioni, tra i mesi di maggio 1817 e gennaio 1818, il tifo causerà il decesso di 521 individui su oltre 1200 colpiti dal male³⁰.

A dispetto delle precarie condizioni generali, le strutture demografiche e produttive reagiranno prontamente. La popolazione dell'ex Istria veneta, in netto calo già dal 1812, aveva raggiunto, con ogni probabilità, il limite delle 90.000 unità nel 1817, per poi recuperare dall'anno successivo ed assestarsi, attorno al 1821, sui valori di dieci anni prima³¹.

Dopo la carestia e la fame degli anni 1816-1817, la coltivazione del mais ebbe notevole impulso, interrotto da un notevole calo della produzione nel 1847 in seguito ad una prolungata siccità. Si esprimerà anche la coltivazione della patata, la cui diffusione incontrerà non poche difficoltà in quanto i contadini credevano "che essa possa essere nociva ad altre utili piantagioni e specialmente ai preziosi frutti della vite". L'espansione della pianta, legata ad un cambiamento delle diete alimentari delle famiglie rurali e urbane, procederà quindi a rilento e senza grandi successi nel corso del primo Ottocento³².

3. Delle varie epidemie che hanno interessato l'Istria nel corso del XIX secolo, un posto di rilievo merita quella del colera asiatico che si

³⁰ B. BENUSSI, *Storia documentata di Rovigno*, Trieste, 1977, p. 227-228. "Di triste nome fu l'anno 1817, chiamato tuttora dal popolo "l'anno della fame". Alla fame s'aggiunse il tifo che scoppiato nel maggio 1817 continuò sino al gennaio dell'anno seguente. Cominciò nel mese di maggio con 36 morti. I mesi peggiori furono l'agosto con 68 morti e l'ottobre con 79; in tutto il periodo si ebbero 521 morti ed oltre a 1200 i colpiti. Non bastando ai morti il cimitero sul Monte di S. Eufemia, si dovette aprirne un secondo a S. Gotardo. Nella prima domenica dopo l'Ascensione si fece pubblico voto alla B.V. della Salute, onde la processione votiva che si fa annualmente dal 1818 nella domenica in fra l'ottava dell'Ascensione".

³¹ E. IVETIC, *op. cit.*, p. 158.

³² D. VISINTIN, "Paesaggio agrario e organizzazione produttiva nelle campagne del Buiese nel primo Ottocento", *ACRSR*, vol. XXVII (1997), p. 584.

manifesterà con una serie di violente manifestazioni, costituendo per tutto il secolo una delle principali cause di mortalità della popolazione adulta.

La malattia infettiva dovuta al batterio detto *Vibrio cholerae* o, per il suo aspetto, Bacillo virgola, si rivelava con dolori addominali e diarree, vomito, disidratazione, arsuria, mancanza assoluta dei polsi, freddo marmoreo, sudori freddi, occhi infossati "granchio contemporaneamente ai piedi, alle mani ed al petto"³³. Essa colpì l'immaginario collettivo di gran lunga più di ogni altra malattia per il suo carattere rapido, violento, misterioso che ridestava tra la popolazione l'antico terrore della peste.

A partire dal 1817 "l'asfitico malore" da Calcutta (India) iniziava la sua rapida espansione dapprima in Indonesia, Persia, Cina per raggiungere il continente europeo nella seconda metà degli anni Venti.

Nel 1830 il colera farà la sua apparizione in varie parti dell'Austria, costringendo il governo ad emanare alcune direttive plurilingui quali la creazione di cordoni sanitari, la denuncia dei colpiti dal male, la disinfezione della posta proveniente dai luoghi che potevano costituire potenziali focolai epidemici³⁴.

L'I. R. Commissione provinciale di Sanità con sede a Trieste emanava, il 12 agosto 1831, un'Istruzione dettagliata riguardante la sintomatologia e le principali misure profilattiche da adottare contro il male, insistendo sulla pulizia delle abitazioni, delle persone, dei cibi e delle bevande.

Nel settembre 1835 il colera penetrava nel Veneto, toccando Venezia, Padova, Vicenza, Verona e poi Bergamo³⁵, costringendo così le autorità a richiamare in attività, il 15 ottobre 1835, la Commissione locale di Sanità di Trieste³⁶.

³³ Archivio Diplomatico di Trieste, Atti relativi al Colera a Trieste, 1849, n. 1-200.

³⁴ J. JELINČIĆ, "Neke epidemije u buzetskom kraju s posebnim osvrtom na veliku epidemiju kolere 1855. godine" /Di alcune epidemie nel territorio pinguentino con particolare riguardo a quella di colera del 1855/, *Buzetski Zbornik (=BZ) /Miscellanea pinguentina/, Pinguente, vol. XI (1987), p. 161-174.*

³⁵ A. L. FORTI MESSINA, "L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera", *Storia d'Italia - Annali*, vol. VII (1984), p. 437. Sulle misure di profilassi messe in atto nei casi di colera ci sembra utile riportare quelle adottate dal dottor Vallanzasca dopo una sua visita nel Polesine: "Ho creduto opportuno dovere raccomandare che le materie emesse dagli ammalati anziché gettarle nei letamai vengano tosto dalla camera dell'infermo asportate e sepolte. Che le biancherie usate dagli ammalati venghino espurgate e lavate con forte ranno; che sia ossarvata la massima nettezza negli abitati, che venghino aspersi i pavimenti con una soluzione di cloruro di calce per nautalizzare i perniciosi effluvi degli ammalati".

³⁶ AST-I.R.GL (1814-1850), B. 617. Facevano parte della Commissione di Sanità: Tommasini,

L'Istria, a quanto ci è dato a sapere, sarà solo marginalmente toccata dalle epidemie del 1836 e 1849.

"Nel luglio del 1836 si sviluppò anche a Rovigno il colera asiatico – scriverà il Benussi – che durò nei seguenti mesi di agosto e settembre. Vi morirono 105 persone. Ritornò nell'anno seguente ma fece poche vittime, essendochè vi furono soltanto nell'ottobre 3 casi in tre individui d'una stessa famiglia uno dei quali veniva da Trieste ove il morbo allora infieriva. Nel 1849 avvenne un caso di colera in un marittimo proveniente da Venezia, che fu isolato nell'isola di S.Caterina"³⁷. Nello stesso anno veniva registrato per la prima volta a Pola³⁸, nel Pinguentino (5 casi)³⁹ e nel territorio di Pisino (7 casi)⁴⁰.

Misure ancora più severe di quelle emanate nel 1831 verranno estese dalle autorità austriache, il 15 agosto 1848, ai "Capitanati circolari, Domini, Autorità locali, Parrochi, Medici circolari, distrettuali e ausiliari, nonché chirurghi nei casi di Epidemie in generale ed in particolare del Colera epidemico"⁴¹. Queste contemplavano l'invio, da parte delle succitate autorità, di rapporti anche settimanali inerenti le località colpite, il numero di abitanti, di ammalati, di guariti e deceduti. Cessata l'epidemia, doveva essere stesa una relazione finale contenente le modalità con cui s'era manifestata, i sintomi, la durata e i metodi di cura, il divario tra decessi e guarigioni e le proposte, in base all'esperienza acquisita, atte a scongiurare il ripetersi del contagio (vedi il Regolamento completo in appendice).

Anche la scienza medica ufficiale si troverà impreparata nel fronteggiare il morbo al punto che, pur individuando nelle acque stagnanti, nei letamai, nell'indigenza, nell'abuso del vino e di acquavite, nei disordini dietetici, nei patemi d'animo, nelle vicissitudini atmosferiche elementi che potevano in qualche modo favorire lo sviluppo del colera, si preferirà

Assessore Magistratuale Dirigente, D. K. Pietro de Gazzarolli, Fisico Civico, Carlo Cav. de Schikh, I. R. Capo Commissario di Polizia, Leopoldo Mauroner, Luigi Brucker, Giovanni Hagenauer.

³⁷ B. BENUSSI, *op. cit.*, p. 228.

³⁸ A. BARTOLIĆ-V. TONKOVIĆ, "O prvim epidemijama kolere u Puli 1849. i 1885. godine" /Sulle prime epidemie di Pola negli anni 1849 e 1885/, *Liječnički Vjesnik /Bollettino medico/*, 1974, fasc. 96, p. 620.

³⁹ J. JELINČIĆ, *op. cit.*, p. 164.

⁴⁰ S. JELENIĆ, *Nova Vas porečka kroz povijest /Villanova di Parenzo nei secoli/*, Villanova di Parenzo, 1981.

⁴¹ AST-I.R.GL, B. 651.

attribuire le responsabilità "a un miasma sui generis volitante, importato ed alimentato forse da elementi cosmo-tellurici o da peculiari condizioni elettro-magnetiche, avente per veicolo l'atmosfera"⁴².

Con l'epidemia del 1855, la più drammatica per ampiezza del raggio d'azione e incidenza a livello demografico, verranno ripristinate le misure del 1848 alle quali se ne aggiungeranno delle nuove quali la nomina, da parte dei Comuni, di una speciale commissione incaricata dell'ispezione delle abitazioni e delle stalle; la pulizia di questi impianti da parte dei proprietari; il divieto di depositare il letame o altri escrementi nei borghi; la pulizia generale di vie e strade da effettuarsi due volte la settimana. Erano previste sanzioni pecuniarie in caso di inadempienza delle suddette prescrizioni: queste oscillavano dai due ai cinque fiorini, ma salivano a venticinque per i podestà che mancassero all'espletamento delle stesse.

Proveniente dalla Francia meridionale, nel 1855 l'epidemia di colera si diffondeva in Veneto, in Friuli, a Trieste e, naturalmente, in Istria.

A Trieste, una Circolare quanto mai inopportuna veniva indirizzata dall'autorità locale a tutti gli organi dell'amministrazione del Litorale il 5 agosto 1854. Il provvedimento, nonostante si constatasse lo sviluppo del colera in diversi porti del Mediterraneo, declinava la pratica delle "restrizioni contumaciali" poiché un tale accorgimento "molesterebbe il Commercio e la navigazione senza offrire alcuna garanzia alla pubblica incolumità". Quindi, proseguiva il documento, "nel caso di approdo di imbarcazione proveniente da luogo ove esiste il cholera e sulla quale si trovasse un ammalato, si praticherà la visita medica, onde in base di quella siano prese di concerto coll'autorità politica del luogo quelle disposizioni che corrispondano alle circostanze ed alle norme vigenti pei casi di epidemia, senza però sospendere la libera comunicazione né al legno né alle persone su esso esistenti dopo sbarcato l'ammalato"⁴³. La città conterà 4300 casi di colera con 2054 morti⁴⁴, nonostante la Commissione locale di Sanità avesse introdotto tutta una serie di norme riguardanti la disinfezione dei canali pubblici e delle fogne private mediante il solfatto di ferro, la ventilazione e disinfezione delle stanze ammorbate, "suffumicazione della

⁴² Archivio Diplomatico di Trieste, Atti relativi al colera a Trieste, 1849, n. 1-200.

⁴³ AST, I. R. Luogotenenza del Litorale, Atti Generali, B. 112.

⁴⁴ A. L. FORTI MESSINA, *op. cit.*, p. 456.

biancheria e degli effetti appartenenti agli attaccati dal male" e "dell'abbruciamento della paglia"⁴⁵.

Anche la penisola istriana sarà duramente colpita dal "morbo funesto" come evidenziano i dati sul numero dei decessi in alcune località istriane: Capodistria 2457, Albona 37, Fasana 27, Sanvincenti 43, Torre 18, Portole 69, Pisino 14, Lanischie 140⁴⁶. La drammaticità della situazione nel Buiese emerge dalla relazione inviata da Marco Sebastiano Calcina, parroco di Grisignana, al Presidio Luogotenenziale del Litorale di Trieste il 5 settembre 1855: "La Parrocchia di Grisignana sita nel Distretto politico di Buje negli anni 1836 e 1849 – mentre il collera grafiava per tutte quasi le parti dell'Istria, e menava seco straggi, desolazioni, e spavento, per Diuin volere sempre, mai è rimasta illesa da simile malore; non così si può dire presentemente. Dopo che il fatale morbo tempo fa si è introdotto nella Provincia, e dopo aver atterrito e devastato una gran parte dei luoghi lungo la spiaggia del mare s'introdusse perfino nei borghi fra terra i più salutari e mostrasi, ed anco in quei tali dove mai fu conosciuto. In questo Distretto veniva fortemente aggredita la Città di Buje, di là passando per Crassiza pervenne in alcuni limitrofi casolari di questa Parrocchia malattia per noi affatto nuova, ed orribile molto più per trovarsi la Comune priva affatto di medici, e di medicine perché il medico destinato per qua non poteva allontanarsi dall'attaccata Buje cosichè i poveri pazienti si trovavano in allora nelle sole mani della Divina provvidenza e dei suoi Curati. Al primo comparire ad dunque di questo asfittico malore presentò un carattere ueramente fulminante perché accompagnato da uomito, diarrea, e granchio contemporaneamente ai piedi, alle mani ed al petto, e colpì una donna di circa 28 anni, e fresca di parto. Alla cui assistenza veniva chiamato il sottoscritto, e siccome l'infelice nulla poteva prenderui per bocca per il continuo uomito, e scorgendosi il caso affatto disperato, mi sono determinato che immantinente si desse mano alle fregagioni mediante un pannolino tuffato nel forte aceto caldo frammischiato con poco aglio

⁴⁵ AST, I. R. Luogotenenza del Litorale, Atti Generali B.112. Disposizioni curiose vengono emanate anche dall'autorità comunale di Gorizia che consiglia di "tener nette e ventilate le abitazioni", e di badare alla pulizia "ne' vestiti e nel corpo". Inoltre si sottolinea la necessità di viver sobriamente "evitando ogni stravizio e disordine, di astenersi dalle bibite spiritate e dallo smodato uso del vino e della birra, nonché dal mangiar frutta non ben matura e erbaggi in troppa quantità o male conditi".

⁴⁶ J. JELINČIĆ, *op. cit.*, p. 161-174. Cfr. R. CIGUI, "L'epidemia di colera del 1855 nel Buiese", *La Ricerca*, 1994, n. 9, p. 15-16.

comune, vedendo che il panolino per la continua confricazione portava alla paziente sulla cute delle sanguinee escoriazioni, e queste non solo riuscivano insoffribili, ma altresì impedivano la contrazione dell'azione, in vece fu sostituita la nuda palma della mano degli agenti, e di fatto dopo 24 ore di fragagione l'ammalata restò libera dal granchio, e col mezzo poi di calmanti si tranquillizzò lo stomaco, e né guarì. Lo stesso metodo usai fin'ora con quaranta, e più individui colerosi e mi riuscì felice. Fra questi perirono soltanto due vecchie sempre malatticcie, una zoppa impotente ed un epilettico"⁴⁷. Nella parrocchia di Momiano il colera si manifesterà dal 3 agosto al 27 settembre causando la morte di 92 persone; la località più colpita sarà Momiano con 45 casi, seguita da Merischie con 29, Oscurus 13 e Sorbar 5⁴⁸. In tutto il Buiese la mortalità, che si attesterà su percentuali medie collocabili intorno al 50%, risulterà alta soprattutto tra le classi sociali inferiori le quali, vivendo in condizioni igieniche precarie e soffrendo spesso di denutrizione, offriranno minore resistenza alla malattia⁴⁹ (Tab. 6).

Altrettanto precaria sarà la situazione nella parte centrale e meridionale della penisola.

Da una nota del cappellano di Cernizza fatta pervenire all'ufficio parrocchiale di Pingente in data 12 luglio 1855, si rileva come "il male epidemico di colera abbia preso una seria piega in quel Villaggio, mentre da ieri fino oggi furono colpite altre 12 persone da questo male...". Il cappellano, rivolgendosi all'I. R. Pretura, sollecitava un rapido intervento delle autorità poiché "il male epidemico prenderà ancora maggiore estensione, ove non vengano praticate le misure sanitarie nel detto villaggio; perché una gran quantità d'animali si aggruma di notte tempo nel detto luogo, li non esiste verun deposito pei morti, quindi i cadaveri restano in casa fino il tempo prescritto dalla tumulazione"⁵⁰. Misure però non se ne

⁴⁷ AST, I. R. Luogotenenza del Litorale (1850-1918), Atti Generali, B. 112 (anni 1854-1857).

⁴⁸ Archivio Parrocchiale di Momiano, "Liber Defunctorum Iius", 1842. Il registro contiene i defunti della parrocchia di Momiano dal 1 novembre 1842 al 26 ottobre 1874. Il primo caso lo si registra a Merischie nella persona di Antonio Tuliach figlio di Matteo. Il parroco Bortolo Sfecich scriverà "Et iste est primus, qui in hoc parochia a tremendo morbo Cholera dire voxatus et interemptus fuit". L'ultima persona ad essere colpita dal male sarà Cosma Dobrilovich di Sorbar, tumulato nel cimitero di S. Sebastiano.

⁴⁹ R. CIGUI, "L'epidemia di colera", *cit.*, p. 16. Per un elenco più dettagliato vedi il saggio di J. JELINČIĆ, "Matične knjige župe Lanišće" /I libri parrocchiali di Lanischie/, *BZ*, n. 20 (1995), p. 77-78.

⁵⁰ AST, I. R. Luogotenenza del Litorale, B. 112, f. 217.

presero o furono del tutto vane se a Cernizza e nelle altre località facenti parte della parrocchia di Pingente i morti saranno 247⁵¹.

A Rovigno, tra il 9 luglio ed il 16 settembre, si registreranno 424 casi di colera e 228 morti, con un massimo di 24 casi e 12 morti in una giornata. Il 30 settembre si canterà il *Tedeum* con l'esposizione del SS.mo Sacramento "in rendimento di grazie per la cessazione del Cholera-morbus"; il 5 ottobre ci celebrerà una solenne messa di requiem per i morti e, due giorni dopo, una processione votiva alla Madonna delle Grazie per essersi la località liberata dal male⁵².

Altrettanto grave sarà la condizione in cui verterà la città di Pola.

Nella relazione che il dottor Angelo Demartini inviava all'I. R. Pretura di Trieste il 31 luglio 1855, si sottolineava che "dal giorno 29 luglio fino al mattino d'oggi abbiamo altri 22 casi di colera, tutti ad eccezione di tre individui, fra la classe dei miserabili e lavoratori i quali...chiamano il soccorso medico in soltanto allora quando il malore è al suo massimo grado. La qualità de' lavoratori e miserabili forestieri, di cui è pieno il paese; la ristrettezza e sporcizia dei luoghi ove abitano; la mancanza al presente di un Ospitale per ricoverarli se colti da malore; l'andamento del morbo preso in questi due giorni fa sì che il pronostico che io emetto è per l'avvenire uno dei più sfavorevoli,... e nello stesso tempo mi sia dato un aiuto non potendo io solo, abbenché su piedi giorno e notte, soddisfare al tutto"⁵³. Non sappiamo se la richiesta del dottor Demartini verrà evasa o meno. Dopo l'epidemia i morti accertati saranno 118.

L'epidemia del 1855 non risparmierà neppure le isole del Quarnero.

A Veglia, dove la malattia durerà quattro mesi, verranno colpite le località di Dobrigno, Castelmuschio, Dobasnizza, Besca e Verbenico⁵⁴. A Verbenico i primi casi si accerteranno a partire dal 25 giugno, anche se sarà dal 9 luglio che il colera incomincerà a manifestarsi "in grado vera-

⁵¹ J. JELINČIĆ, "Neke epidemije", *cit.*, p. 164.

⁵² G. RADOSSI-A. PAULETICH, "Compendio di alcune cronache di Rovigno di Antonio Angelini", *ACRSR*, vol. VI (1975-1976), p. 342. Secondo il BENUSSI, *op. cit.*, p. 228, 427 furono gli ammalati e 229 i morti.

⁵³ AST, I. R. Luogotenenza del Litorale, B. 112.

⁵⁴ R. e M. MATEJČIĆ, *Ars Aesculapii. Prilozi za povijest zdravstvene kulture Rijeke i Hrvatskog Primorja /Ars Aesculapii. Contributi alla conoscenza della cultura sanitaria di Fiume e del Litorale croato/*, Fiume, 1982, p. 114.

mente epidemico". Dalla relazione stesa dal medico locale il 15 luglio, veniamo a sapere che il carattere grave e micidiale della malattia lo si doveva "al fisico di quest'isolani debolissimo, abbattuto e quindi assai disposto a contrare le suddette malattie non solo per la condizione dei passati raccolti, ma principalmente della mancanza improvvisa del vino, genere dietetico al quale essi erano deditissimi, e che piuttosto il cibo, era il principale ristoratore delle loro forze e il sostenitore precipuo della vitalità del loro sistema nervoso"⁵⁵. Il medico compilerà anche un "protocollo dei rilievi" dal quale si evince che su 73 ammalati, 13 erano risanati, 13 morti, e 47 presentavano ancora i sintomi del morbo (Tab.7).

Per ciò che concerne le modalità di cura del colera, in molti casi lasciata alla fantasia e all'immaginazione dei parroci iniziati a quella che era ancora considerata "ars medica", le fonti archivistiche ci forniscono alcune preziose informazioni a tal proposito.

Il già ricordato Marco Sebastiano Calcina, parroco di Grisignana, proporrà un personalissimo "modo corto di cura" che doveva essere divulgato "...a comune intelligenza con la più possibile sollecitudine per il bene dell'umanità":

"Per ogni ammalato di collera, dopo fatti i strentori alle mani e piedi perché l'operazione ne riesca salutare e continuata si rendono indispensabili sempre in azione, quattro persone prendendo ciascuna un piede, e una mano del paziente, non perdendo mai di vista contemporaneamente le fregagioni al ventre ove insorgono certi globi intestinali, che sollevano e tendono ad opprimere lo stomaco del paziente, che non represi mediante fregagione col detto unguento (forte aceto caldo framischiato con poco aglio comune) portano la soffocazione al coleroso. Alfine il tutto sia eseguito a dovere, e perché l'operazione non resti interrotta, altre quattro persone si debbono sostituire alle prime quattro per riposo; in tal modo operante, si assicura, che il collera il più fulminante resta assolutamente abbattuto e vinto. Questi parrocchiani, che sulle prime tremavano al solo sentire pronunziare il nome di collera, ora talmente si sono tranquillizzati, e convinti di questo metodo di cura, che a garra concorrono da tutti i Casolari per applicarsi vicendevolmente. In simili casi la sorveglianza è comandabile soprattutto a persone di buona coscienza, probe, e filantro-

⁵⁵ AST, I. R. Luogotenenza del Litorale, B. 112, Rapporto e Protocollo dei rilievi.

piche, quali sarebbero i Sign. Curati ed i Medici Reali, come i pronti corroppigli ed intendenti..."⁵⁶.

Altro rimedio veniva proposto dal capodistriano Pietro de Baseggio, il quale sosteneva gli fosse stato suggerito, nel 1849, da un capitano di nave americana:

"In un mezzo boccale d'acqua pura, posta al fuoco in una pentola, si infonda due limoni tagliati a minuti pezzi, con due scorze, più vi si aggiungano due lotti di Santonico, due di Ruda, due di Assenzio il tutto in foglie. Dopo la prima ebilizione, si passi questo decotto per un pannolino e se ne faccia trangugiare un bicchiere all'infermo, posto a letto. Per il caso di non pronto effetto, si ripeta il bere lo stesso decotto..."⁵⁷.

In conclusione, da quanto esposto sinora si evince che i motivi per i quali il colera, nonostante l'impiego di mezzi e opere di difesa, non attenuò la sua diffusione siano da ricercare nell'inadeguatezza dei metodi terapeutici, dovuta alle insufficienti conoscenze scientifiche, e nell'organizzazione precaria della vita associata con carenze strutturali dell'assetto urbano, dalle abitazioni alle fognature, all'acqua potabile. Parimenti va ricordato lo stato di sottoalimentazione di molte popolazioni urbane e rurali.

⁵⁶ AST, I. R. Luogotenenza del Litorale, B. 112, f. 2/26.

⁵⁷ IBIDEM, anno 1855.

Tabella 1			
MOVIMENTO NATURALE DELLA POPOLAZIONE: IL BUIESE. ANNO: 1803			
LOCALITÀ	PRIMO SEMESTRE NATI MORTI	SECONDO SEMESTRE NATI MORTI	TOTALE NATI MORTI
Cittanova	32 68	34 75	66 143
Buie	28 74	36 64	64 138
Portole	41 42	16 75	57 117
Umago (1)	24 26	30 69	54 95
Grisignana	20 55	16 44	36 99
Piemonte	9 46	8 48	17 94
Momiano	28 29	22 34	50 63
TOTALE	182 340	162 409	344 749

1) Compresa San Giovanni della Cornetta.

Tabella 2.			
MOVIMENTO NATURALE DELLA POPOLAZIONE: L'ISTRIA. ANNO: 1803			
LOCALITÀ	NATI	MORTI	RAPPORTO N-M
Capodistria e territorio	493	603	-110
Pirano e territorio	240	237	3
Parenzo e territorio	104	370	-266
Rovigno e territorio	390	446	-56
Pola e territorio	145	520	-375
Pinguente e territorio	214	347	-133
Montona e territorio	140	384	-244
Valle e territorio	28	85	-57
S. Lorenzo del Pasenatico e territorio	24	180	-156
Albona e territorio	149	401	-252
Fianona	27	40	-13
Orsera	18	98	-80
Muggia	78	74	4
Dignano e territorio	160	254	-94
Isola e territorio	134	137	-3
San Vincenti e territo- rio	51	109	-58
Visinada e territorio	49	137	-88
Barbana e territorio	43	222	-179
Pietrapelosa	29	81	-52
Canfanaro	25	107	-82
Racizze	16	30	-14
Giroldia	5	25	-20
Leme	-	28	-28
Fontane	3	41	-38
TOTALE	2565	4956	-2391

Tabella 3			
MOVIMENTO NATURALE DELLA POPOLAZIONE: IL BUIESE. ANNO: 1804			
LOCALITÀ	PRIMO SEMESTRE NATI MORTI	SECONDO SEMESTRE NATI MORTI	TOTALE NATI MORTI
Cittanova	37 64	47 45	84 109
Buie	49 79	41 51	90 130
Portole	27 40	34 40	61 80
Umago (1)	27 56	30 36	61 96
Grisignana	30 62	24 38	54 100
Piemonte	12 43	14 45	26 88
Momiano	21 42	21 36	42 78
TOTALE	203 388	215 293	418 681

1) Compresa San Giovanni della Cornetta.

Tabella 4.			
MOVIMENTO NATURALE DELLA POPOLAZIONE: L'ISTRIA. ANNO: 1804			
LOCALITÀ	NATI	MORTI	RAPPORTO N-M
Capodistria e territorio	508	519	-11
Pirano e territorio	237	246	-9
Parenzo e territorio	129	169	-40
Rovigno e territorio	465	409	56
Pola e territorio	171	335	-164
Pinguente e territorio	242	260	-18
Montona e territorio	167	230	-69
Valle e territorio	36	66	-30
S. Lorenzo del Pasenatico e territorio	46	109	-63
Albona e territorio	129	230	-101
Fianona	27	23	4
Orsera	22	46	-24
Muggia	78	40	38
Dignano e territorio	166	209	-43
Isola e territorio	145	193	-48
S. Vincenti e territorio	35	108	-73
Visinada e territorio	57	106	-49
Barbana e territorio	38	141	-103
Pietrapelosa	45	87	-42
Canfanaro	39	83	-44
Racizze	10	10	-
Giroldia	4	7	-3
Leme	1	5	-4
Fontane	15	21	-6
TOTALE	2822	3652	-830

Tabella 5 MOVIMENTO NATURALE DELLA POPOLAZIONE: NATALITÀ E MORTALITÀ SEMESTRALE 1803-1804						
1803	NATI		MORTI			
	PUTTI/PUTTE		PUTTI/PUTTE - UOMINI/DONNE			
I SEMESTRE	854	719	620	540	1135	960
II SEMESTRE	692	647	559	537	681	664
TOTALE	1546	1366	1179	1077	1816	1624
1804						
I SEMESTRE	788	720	404	370	663	629
II SEMESTRE	927	762	560	527	584	562
TOTALE	1715	1482	964	897	1247	1191

Tabella 6 L'EPIDEMIA DI COLERA DEL 1855 NEL BUIESE			
PARROCCHIA	NUMERO DEI DECESSI NEL 1855	DECESSI CAUSATI DAL COLERA	%
San Lorenzo di Daila	43	24	55,81
Umago	150	72	48,00
Verteneglio	133	97	72,93
Buie	171	110	64,33
Materada	61	29	47,50
Cittanova	128	56	43,75
Momiano	136	93	68,38

Tabella 7 PROTOCOLLO DEI RILIEVI SULLO SCOPPIO DELL'EPIDEMIA COLEROSA NEL DISTRETTO DEL FISCATO DI VEGLIA NEL QUARTIERE DI VERBENICO LI 14 LUGLIO 1855						
Distretto	Località	Abitanti	Ammalati M D F A	Risanati M D F A	Morti M D F A	Restano ammalati M D F A
Veglia	Castello di Verbenico	1805	25 29 19 73	8 4 1 13	2 8 3 13	15 17 15 47

M - morti
D - donne
F - fanciulli
A - assieme

REGOLAMENTO

sulla procedura da osservarsi dai Capitani circolari, Domini, Autorità locali, Parrochi, Medici circolari, distrettuali ed ausiliari, nonché dai Chirurghi nei casi di Epidemie in generale ed in particolare del Colera epidemico.

INTRODUZIONE

Sebbene la procedura politico-sanitaria nel caso del Colera epidemico sia stata regolata dietro le norme vigenti nelle epidemie in generale, e quindi le misure politico-sanitarie da prendersi pel Colera non divergano da quelle che si osservano nelle altre epidemie, pure la straordinaria propagazione, intensità e malignità della prefatta epidemia, rende necessaria una particolare cura ed esattezza nella manutenzione delle misure politico-sanitarie nonché alcune straordinarie disposizioni.

1.

Prima di tutto si presenta necessario di tenere lontano dagli abitanti le cause dello sviluppo di questa malattia onde con ciò impedire se non totalmente la manifestazione dell'epidemia, almeno la sua malignità e dilatazione. Il mezzo il più confacente a questo scopo deve ritenersi una conveniente istruzione dei villici da parte delle superiorità, dei sacerdoti, medici chirurghi, capi comunali e locali, tale istruzione deve peraltro limitarsi all'analogo ordine dietico, alla tranquillizzazione degli animi ed all'allontanamento del timore.

2.

Per conseguenza si dovrà dichiarare il Colera una malattia indigena, e non una straniera pestilenziale, che deriva dalle esterne dannose influenze dalla condizione delle stagioni, della temperatura ecc. e si dovrà descriverla come una malattia simile alla solita dissenteria. A ciò si dovrà aggiungere l'avvertimento d'astenersi dall'intemperanza nel mangiare e bere, dai frutti e legumi non maturi e guasti, dai cibi indigesti, rancidi, e gravi e dall'acqua cattiva e guasta. Si dovrà raccomandare caldamente di evitare il repentino raffreddamento del corpo riscaldato, e nelle notti fresche che susseguono ai giorni caldi, di fuggire ogni agitazione, smoderati travagli, e le veglie notturne, così pure si farà conoscere la necessità di un metodo di vita ben regolato, sobrio e tranquillo.

In questo proposito sono da persuadersi gli abitanti di continuare nell'usitato innocuo metodo di vita senz'abbandonarsi ad alcun timore, osservandovi la maggior possibile nettezza tanto delle abitazioni, quanto del corpo, vestiti, biancheria ed utensili, e così pure si consiglierà ai medesimi di rinnovare di spesso l'aria nelle camere, mediante apertura delle finestre, di far uso dei profumi di legno ginepro e de' vapori d'aceto, di bagnare di spesso i pavimenti coll'aceto, e di rimuovere dalle abitazioni tutti gli oggetti di fetore. Le persone che si conservano sane devono essere avvertite di astenersi da tutt'i così detti preservativi raccomandati si di spesso da ignoranti esertandole di chiamare tosto un medico, quando durante l'epidemia si sentissero sorpresi quand'anche da lieve indisposizione, o da diarrea, e ciò tanto più quanto che soltanto nel principio della malattia si può con facilità e sicurezza affrontare il sovrastante pericolo. Nel caso però in cui ogni assistenza medica fosse troppo lontana, l'ammalato dovrà mettersi a letto, restarvi coperto come al solito, il capo coperto leggermente o secondo l'uso scoperto, si dovrà far entrar nella camera dell'aria fresca, dar all'ammalato alcune chichere di tè di altea, o di camomilla tiepida, coprir il bassoventre con senapismo caldo ed attender l'arrivo del medico.

3.

Per ottenere il più sollecito avviso dello sviluppo di quest'epidemia in una località, sono obbligati tutti gli abitanti, sacerdoti e capi locali d'informar sull'istante il prossimo medico e la superiorità tostochè vi si avverassero due o tre casi di malattia con vomito e diarrea a questa con alterazione della faccia, con freddo intenso alle estremità tinte di un color ceruleo o livido e con gli arti inferiori assai dolenti e tormentati da spastiche contrazioni.

4.

Ogni superiorità locale è obbligata all'arrivo di un tale rapporto di delegare il prossimo medico o chirurgo pel rilievo e per l'assistenza provvisoria e d'informare sul risultato dei praticati rilievi; nel caso di pericolo in mora peraltro deve far sull'istante anche rapporto al Capitanato circolare. Da questo poi si prenderanno le ulteriori disposizioni a seconda del bisogno.

5.

Trovando il Capitanato circolare necessario di delegare il rispettivo medico distrettuale o circolare, onde rilevi e disponga l'opportuno, devono i detti medici istantaneamente recarsi nel luogo accennato, rilenvare con tutt'esattezza lo stato delle cose, prendere le convenienti disposizioni curative e politico-sanitarie, e far rapporto all'i.r. Capitanato circolare sullo stato delle cose e sulle prese disposizioni.

6.

Ove si rendesse impossibile, che i medici distrettuali o circolari continuino la cura degli ammalati in persona, sia pella lontananza del domicilio di essi medici dal luogo dell'epidemia, sia pel gran numero degli ammalati, devono essi destinar uno o più medici o chirurghi del prossimo vicinato, pella cura degli ammalati, prescrivere a questi il numero delle necessarie visite mediche, ed impartire ai chirurghi ausiliari a voce presso il letto dell'ammalato l'istruzione riguardo il metodo curativo, ed i mezzi di cura d'applicarsi internamente ed esternamente.

7.

Nel dare quest'istruzione saranno bensì guidati i medici distrettuali, circolari ed ausiliari dai propri principi di cura confermati dall'esperienza, tuttavia devono essi nell'ordinare i farmaci possibilmente attenersi alla norma generale di ordinazione per i poveri onde evitare per quanto sia possibile ogni non necessaria profusione di medicamenti dispendiosi. In riguardo politico-sanitario devono essi diriger la principale loro attenzione sulle cause che occasionarono la malattia, sulla sua repressione come pure sul regolare ricovero, sull'assistenza e cura degli ammalati, purificazione e ventilazione delle camere e della roba da letto, e finalmente sul prescritto trattamento de' morti, e del loro sotterramento.

8.

I medici distrettuali circolari ed ausiliari sono risponsabili della conformità allo scopo delle loro disposizioni, le autorità locali della loro puntuale esecuzione; a tal uopo tutt'i chirurghi impiegati a motivo dell'epidemia sono subordinati in linea medico-scientifica ai primi, in linea politico-sanitaria peraltro ai secondi, i medici poi che hanno la direzione dell'epidemia, sono in ispezialità obbligati di convincersi nell'occasione dei loro viaggi di revisione della conformità allo scopo delle ordinazioni dei chirurghi ausiliari, e di tosto far cessare i difetti scoperti.

9.

Aumentandosi notabilmente il numero degli ammorbatì in una contrada ed essendo lontano il domicilio d'un abile chirurgo, si deve pella durata dell'epidemia destinare e mantenere un medico o chirurgo ausiliare possibilmente nel centro dei luoghi invasi dalla malattia, onde poter portare ajuto con maggior facilità e sollecitudine, e per non impiegare inutilmente nei viaggi d'andata e ritorno quel tempo, che è indispensabile pell'assistenza degli ammalati.

10.

Constatata l'epidemia mediante i rilievi assunti dal medico distrettuale e circolare per colera, devono fino all'estinzione della medesima rassegnarsi dal personale medico regolari rapporti sugli ammalati ed informazioni sanitarie all'i.r. Capitanato circolare. Fanno parte di questi rapporti il protocollo de' rilievi, i rapporti periodici ed il rapporto finale.

11.

Onde le autorità possano ottener da questi rapporti un esatto schiarimento sull'origine, andamento, dilatazione, e sulla natura dell'epidemia, e perché esse con ciò vengano poste in istato di prendere ancora in tempo le convenienti misure di precauzione, o di ripeter occorrendo, nei casi dubbì e rilevanti il parere di altre persone intendenti nella materia, tali rapporti sanitari tanto in riguardo alla loro forma che al loro contenuto devono aver le qualità conformi ai prefatti scopi. Pella compilazione dei singoli rapporti sanitari vengono perciò emanate le seguenti prescrizioni.

12.

Il protocollo di rilievo consiste nella prima relazione in iscritto intorno alla manifestatasi epidemia, e deve contenere tutto ciò che può dare le più sicure indicazioni sull'origine, andamento e carattere della malattia epidemica onde condurre al riconoscimento dell'epidemia stessa. Il protocollo de' rilievi è quindi della più grave importanza, dipendendo dalla indubbia diagnosi dell'epidemia regnante e dallo scuoprimento delle sue cause non solo la qualità delle misure da prendersi contro la medesima, ma benanche in linea medica il metodo curativo del morbo. Il protocollo de' rilievi, che deve essere compilato sulla base di tutte le relative circostanze ed avanzato all'Autorità tostochè il medico di pubblica o privata istituzione od anche il medico ausiliario è stato incaricato dall'autorità competente onde fare le convenienti indagini intorno l'epidemia di colera ha da contenere:

- 1) L'intestazione ed un prospetto tabellare dello stato degli ammalati
- 2) L'anamnestica istoria del morbo (Anamnnesis)
- 3) I circostanziali rilievi e la descrizione dell'attuale stato dell'epidemia (status praesus)
- 4) Il giudizio e la determinazione della specie dell'epidemia
- 5) Il metodo curativo e le altre disposizioni politico-sanitarie

13.

All'intestatura appartiene la determinazione dell'epidemia, indi trattandosi del contado l'indicazione della sezione medica circolare o distrettuale, nonché la data della manifestazione della malattia. Nel prospetto tabellare si porteranno in evidenza, a seconda del formulare II, i distretti e le località, indi lo stato numerico della popolazione, il numero degli ammalati, risanati, morti e rimasti sotto cura, maschi, femmine e fanciulli nelle rispettive colonne, da calcolarsi dal dì della manifestazione della malattia fino al giorno del praticato rilievo. Qualora la malattia fosse comparsa in diverse località, e qualora un solo medico fosse diffidato di farne i rilievi, si farà il

prospetto 2 nello stesso protocollo de' rilievi, ma si dstinerà per ogni località una separata linea.

14.

La relazione intorno la manifestazione della epidemia di colera deve, secondo il prospetto tabellare debitamente riempito, cominciare colla annessi dell'epidemia, in cui si descriveranno colla possibile brevità tutte quelle circostanze che concorrevano nel tempo della manifestazione dell'epidemia o poo avanti la medesima – in quanto cioè queste circostanze ebbero un'essenziale influenza sull'origine, e sulla propagazione dell'epidemia. Ottiene il medico la conoscenza di queste circostanze mediante le comunicazioni, che sopra le sue domande gli verranno fatte da medici locali e vicini, dall'Autorità locale, dalle diverse autorità incaricate della manutenzione delle misure politico-sanitarie, da sacerdoti ecc. ecc. Qui si darà la soluzione ai seguenti quisiti: Qual era lo stato igienico degli abitanti prima della manifestazione dell'epidemia?

Si è fatto osservabile avanti o durante l'epidemia come effettivamente nociva una od alcune delle solite influenze del clima, della stagione, del tempo, della condizione fisica del luogo e delle sue adiacenze, dei cibi, del modo di vivere e delle abitazioni degli abitanti ecc., e corrisponde il risultato di queste influenze riguardo alla predisposizione degli abitanti tuttora sani ai casi di malattia verificativi?

E' forse esclusivamente o preponderatamente soggetto alla malattia un sesso solo e qual età?

Ravvisasi riguardo l'età ed il sesso degli ammalati qualche differenza nella forma della malattia?

Qual è lo stato igienico degli abitanti ne' luoghi vicini e nel circondario, ritrovanvisi anche là simili od uguali casi di malattia?

Erano questi successi prima o dopo?

Sussisteva comunicazione o traffico fra queste località?

Quando scoppiò l'epidemia nel luogo che ora è l'oggetto dell'investigazione?

Furono contemporaneamente molte o soltanto singole persone invase dalla malattia?

In quali intervalli s'ammalarono dopo il primo il secondo e gli altri individui?

Passò la malattia da una persona alle altre della medesima casa ed indi da questa casa nella casa contigua, ovvero irruppe il morbo contemporaneamente in diverse case dislocate nel medesimo paese?

Quali sintomi si osservarono nei primi ammalati?

Come decorreva la malattia negli stessi e con che esito?

E' stata forse praticata la sezione cadaverica di coloro che ebbero a soccombere dal morbo epidemico?

Quale scoperta vi venne fatta ed osservata?

Furono somministrati agli ammalati dei farmaci, od applicati altri rimedi e quali, con che successo e chi li ha ordinati? ecc. ecc.

15.

Nel descrivere quanto si è trovato nelle abitazioni degli ammalati rileverà il medico incaricatovi precipuamente: Quante persone e di qual sesso ed età sono attualmente ammalate?

Da quanto tempo, ove e come sono ricoverate? Quale decorso osserva la malattia? Osservansi stadi della malattia, e quali sintomi li caratterizzano rispetto al tempo e spazio? Ritrovansi gli ammalati diggià sotto cura medica? In che consiste la terapia, qual è il suo successo? Ritrovansi attualmente un morto dall'epidemia, il quale dopo trascorso il tempo prescritto potrebbe esser sottoposto a sezione cadaverica? Quali cangiamenti patologici offre la sezione cadaverica?

Il medico inquirente deve osservare nell'indagare lo stato del morbo un certo ordine sistematico onde la descrizione del malore sia possibilmente completa, nè venga sorpassato alcun sintomo

essenziale, che potrebbe contribuire alla diagnosi del morbo, egli vi procederà quindi nel modo più sicuro quando si atterrà tanto nell'esame degli ammalati, quanto nella relazione de' rilievi all'ordine anatomico e fisiologico, che viene insegnato nelle scuole cliniche, secondo il quale egli è avvezzo di procedere.

Qualora il numero degli ammalati fosse grande ed il decorso della malattia differente, sarebbe superfluo di estendere rispetto ad ogni ammalato un'istoria ananestica; in tali incontri i casi omogenei saranno da specificarsi sommariamente e da indicarsi gli essenziali criteri di ogni differente forma adducendo il numero degli ammalati di ciascheduna.

16.

Premesso tutto ciò si passerà nel protocollo dei rilievi alla precisa definizione dell'epidemia e del morbo. Questa parte diagnostica risulterà tanto più precisa e sicura quanto più perfettamente si saranno rilevati e ponderati i momenti ananestici e quanto più attentamente ed esattamente sarà stata trattata dal medico inquirente la rilevazione delle cause promoventi, de' sintomi morbosi precursori e presenti, in una parola, la nosografia, ossia descrizione del morbo; indi si determinerà colla più possibile precisione, se il male si presenta come meramente epidemico o contagioso, od epidemico-contagioso; in questo incontro si deve accennare il morbo a tenore della sua specie, carattere e forma, e finalmente gli si deve dare il nome competente sistematico. Qui si dovrà del pari indicare la veemenza ed il decorso nonché la perniciosità colla quale l'epidemia si presenta, cioè se la medesima decorrendo rapidamente o lentamente sia più o meno maligna e micidiale.

17.

L'ultima parte del protocollo dei rilievi abbraccia le ordinazioni mediche e le disposizioni politico-sanitarie. La giusta diagnosi dell'epidemia, il riguardo alle circostanze concorrenti e la propria esperienza e discernimento serviranno al medico inquirente di guida nel pratico trattamento del morbo. I principali quisiti saranno in tale incontro:

E' sufficiente il solo trattamento curativo medico degli ammalati per vedere tosto e con buon successo terminata l'epidemia, o si renderà anche necessario un metodo profilattico precauzionale riguardo a quegli individui che tutt'ora rimasero sani?

Richiede l'indole della epidemia l'applicazione di apposite misure profilattico-sanitarie?

Quale di queste due si presenta come principale nel caso concreto, o rendesi ammissibile e necessario un trattamento promiscuo?

Con quali metodi e mezzi curativi, e con quali altre disposizioni si ottiene al più sicuro ed al più presto lo scopo principale?

Ma siccome non basta nemmeno nella diagnosi di eruire soltanto in generale se il morbo dominante sia epidemico o contagioso od epidemico-contagioso e di che specie, ma si rende indispensabile di rilevare sotto qual carattere e forma speciale si presenti il morbo negli individui attaccati, così non deve nemmeno limitarsi il relatore alla sola indicazione di un piano curativo in generale, di una classe generale di mezzi di cura e della qualità di disposizioni preservative e politico-sanitarie in genere; ma è dovere del medico inquirente d'inserire nel suo protocollo dei rilievi specialmente ciascheduna delle sue ordinazioni, siano queste curative o profilattiche o politico-sanitarie, come egli le ha date sopra luogo.

Alla chiusa deve il medico delegato ai rilievi apporvi la sua sottoscrizione.

18.

Tostochè l'esistenza del colera epidemico è stata constatata in una località del contado dal medico costituito e tostochè ne venne trasmesso all'i.r. Capitanato circolare il protocollo de' rilievi, non si trasmetteranno ulteriori protocolli de' rilievi riguardo agli ulteriori casi di malattia in quei distretti sanitari ma in vece di questi si rassegheranno rapporti settimanali secondo il formulare II.

19.

Le rispettive colonne di questi rapporti devono contenere i nomi dei distretti e delle località, lo stato di popolazione di quest'ultime, indi la data del principio ed al caso anche del termine dell'epidemia, il numero dei rimasti attaccati dopo l'ultimo rapporto, degli accresciuti negli ultimi giorni otto, dei risanati, morti e rimasti sotto cura, finalmente la somma in cifre degli ammalati, risanati e morti dal principio del colera fino alla chiusa del rapporto, e questo secondo le suddivisioni: maschi, femmine e fanciulli. In questi rapporti devono comprendersi tutti gli ammalati senza riguardo se siano stati assistiti da' medici costituiti al trattamento della epidemia o da medici di propria scelta, onde ottener sempre l'evidenza dello stato reale della epidemia.

20.

Qualora l'epidemia si dilatasse sopra diverse località d'un distretto sanitario non si farà per ogni singola località un rapporto separato all'i.r. capitanato circolare; ma le località invase si comprenderanno nel medesimo rapporto tabellare in ordine cronologico, cioè secondo l'epoca in cui in ciascheduna si manifestò l'epidemia; quelle località nelle quali eventualmente fosse ricomparso il morbo vi si comprenderanno di nuovo e quando l'epidemia fosse estinta in una località, non si deve eliminare questa dal rapporto tabellare, ma i si deve mantenere il prospetto sul numero totale di tutti gli ammalati, risanati e morti fino al termine dell'epidemia in tutto il distretto del fisicato, onde si possa in ogni tempo sommando i singoli numeri degli ammalati, conoscer la somma totale di tutti gli attaccati, risanati e morti dal principio dell'epidemia in poi.

21.

Ma per ottenere la contemporanea evidenza dei risultati dell'epidemia, si farà la chiusa del rapporto ognivolta nel giorno di sabato. Se poi entro questo spazio di tempo non fossero arrivati i rapporti parziali da' chirurghi e medici ausiliari ai medici distrettuali o circolari, non si dovrà perciò ritardare la immantimente trasmissione de' rapporti ed informazioni sanitarie all'imp. reg. Capitanato circolare, né dilazionare per altri otto giorni ed in nessun modo poi procrastinarla ad un periodo indeterminato o che si chiuda con qualch'altra giornata della settimana; ma in tali casi si deve rappresentare lo stato morboso degli ultimi otto giorni empiendo le relative colonne, rimarcando soltanto la mancanza dei rapporti non arrivati nell'informazione sanitaria e si devono pareggiare poi nel susseguente rapporto le cifre.

22.

L'informazione settimanale de' medici ausiliari distrettuali e circolari deve contenere:

1) Una breve, chiara e succinta descrizione dell'andamento, stato e dilatazione dell'epidemia

nell'assegnato distretto in generale nel qual incontro s'indicherà la cifra degli attaccati, sanati e morti entro il periodo settimanale, pareggiandolo colla cifra della settimana antecedente, la proporzione favorevole o sfavorevole della mortalità, l'intensivo od estensivo decremento od aumento del numero degli ammalati, s'indicheranno le località nelle quali il morbo si fece sentire colla massima o colla minima veemenza od ove la malattia fosse diggià scomparsa, quale classe di abitanti, riguardo alla loro occupazione, età e sesso venne al più attaccata.

2) Deve quest'informazione parimente contenere la descrizione del decorso del morbo, e la dimostrazione del suo carattere; in quest'incontro devono indicarsi i cangiamenti osservati nel solito carattere del morbo, la comparsa de' non soliti incidenti morbosi, la scomparsa all'incontro di quelli ritenuti per patognomici, i criteri diagnostici permanenti, i criteri favorevoli e sfavorevoli prognostici, le complicazioni, la proporzione fra i casi di malattia epidemica e quelli dei morbi intercurrenti e fra questi a quelle, la durata, l'esito e le malattie secondarie, come pure la condizione della convalescenza.

3) Il metodo curativo. In questo riguardo devono spiegarsi in succinto ma chiaramente e giustamente non solo le indicazioni generali ed i metodi di cura, ma benanche le speciali indicazioni ed i farmaci adoperati riguardo la loro forma, dose, congiunzione ed applicazione a seconda del grado, periodo, carattere delle complicazioni della malattia e dell'individualità degli ammalati, le circostanze sotto le quali si è dimostrato un qualche metodo di cura o singolo ingrediente farmaco principalmente efficace, indi il metodo curativo delle malattie secondarie e l'ordinazione dietetica.

4) Le disposizioni politico-sanitarie. In questo riguardo si deve comprendervi tutto ciò, che venne disposto per ovviare alla propagazione e per l'estirpazione del morbo, pella conveniente custodia, cura e trattamento degli ammalati, pella tumulazione degli estinti, e tutto quello che venne stimato necessario di attivarvi di nuovo o far cessare e così pure è da indicarsi, se gli individui ed uffici chiamati all'esecuzione e manutenzione delle misure politico-sanitarie, corrispondano ai loro doveri e se si presenti necessario l'acquisto di vari requisiti, o l'attivazione di particolari misure.

23.

I Rapporti settimanali e le informazioni sanitarie giunte che saranno all'i.r. Capitanato circolare verranno dal rispettivo medico circolare in ogni aspetto rigorosamente esaminati, si disporrà senza ritardo il necessario onde far cessare gli scoperti difetti e si compilerà da rapporti distrettuali il rapporto circolare sugli ammalati, pel qual effetto si più servirsi del formulario prescritto a medici distrettuali, attenendosi ai medesimi principi che furono precettati ai paragrafi 19, 20, 21, o formando lo stato degli malati di tutto il circolo, comprendovi in ordine cronologico le località invase.

24.

Con tutta la possibile sollecitudine si trasmetteranno i rapporti settimanali dai Capitanati circolari al Governo mediante informazioni nelle quali si accenneranno le osservazioni del medico circolare riguardo l'epidemia in tutto il circolo, nonché la revisione de' rapporti distrettuali ed informazioni prese a tal riguardo dall'i.r. Capitanato circolare.

25.

Nell'esaminare le informazioni sanitarie de' distretti volgerà il Capitanato circolare la sua attenzione principalmente sulla circostanza se l'assistenza medica viene chiesta e prestata colla dovuta prontezza, se si mantiene la necessaria mondezza delle abitazioni, delle camere degli ammalati, se presindendo dalle cause che hanno principalmente promosso lo scoppio dell'epidemia, insiste sull'allontanamento di tutto ciò che in generale influisce nocivamente sullo stato di salute, se ovunque si ritrovi sufficiente provvista de' medicamenti se i medici pel caso d'urgentissimo bisogno portano seco gli ingredienti i più indispensabili se i medici disattentuali ed ausiliari istruiscono debitamente presso il letto dell'ammalato i chirurghi dove la cura dei medesimi viene a questi affidata? Se i medici cercano d'ispirare fiducia alle persone di bassa condizione e se procedono con disinteressatezza? Se gli individui sanitari esposti ne' luoghi ove l'epidemia regna colla massima veemenza vi tengano il loro domicilio o dimorino almeno possibilmente vicini? Se i poveri del luogo vengono a sufficienza sovvenuti, specialmente se si presta ai medesimi il soccorso in vettovaglie, locche è sempre da preferirsi alle sovvenzioni in danaro, se vi sia approntata una località pel ricovero de' poveri privi d'alloggio o deg'indigenti ammalati e se tal ricovero sia provveduto di requisiti i più necessari, se i cadaveri restino dopo la morte pel prescritto spazio di tempo nel sito ove giacevano ammalati, se indi vengano trattati com'è prescritto fino alla tumulazione, così pure se si osserva tutto quello che è prescritto riguardo l'assistenza medica dei poveri e la tumulazione dei loro cadaveri?

26.

Qualora dilatandosi l'epidemia si rendesse impossibile ai medici distrettuali la cura degli ammalati in tutta l'estensione del loro circondario, senza medici ausiliari, il capitanato circolare. Il Capitanato circolare si convincerà quindi dell'opportunità allo scopo dell'esecuzione de' relativi ordini e procederà verso le autorità locali che si fossero rese colpevoli di qualche trascuratezza coi mezzi corrispondenti. In quest'aspetto si presenteranno confacenti le revisioni occasionali e le indagini dei commissari circolari, i quali per altri affari del loro istituto si trovano nei detti luoghi; per altro sono permesse queste revisioni soltanto senz'autorizzazione governiale ove non sono congiunte con alcun separato dispendio.

27.

L'ordinamento degli istituti politico-sanitari spetta in prima istanza alle autorità locali ed in seconda ai pitanati circolari. Il Capitanato circolare si convincerà quindi dell'opportunità allo scopo dell'esecuzione de' relativi ordini e procederà verso le autorità locali che si fossero rese colpevoli di qualche trascuratezza coi mezzi corrispondenti. In quest'aspetto si presenteranno confacenti le revisioni occasionali e le indagini dei commissari circolari, i quali per altri affari del loro istituto si trovano nei detti luoghi; per altro sono permesse queste revisioni soltanto senz'autorizzazione governiale ove non sono congiunte con alcun separato dispendio.

28.

E' dovere dei Capi comunali e dei sacerdoti di dar sull'istante avviso al prossimo medico o chirurgo od all'autorità locale di tutt'i casi di morbi che hanno i sintomi propri al colera morbus, come è del pari dovere delle Autorità locali di convincere in ogni modo i loro amministrati della solerte cura che si porta in questi tempi calamitosi pella loro fisica salute.

29.

Sono perciò obbligate le autorità locali di aver cura degli indigenti durante l'epidemia in ogni modo fattibile e di soccorrerli per quanto è possibile, di allontanare dall'altra parte i girovaghi trafficanti, mendici ed individui vaganti senza occupazione, di sorvegliare che venga mantenuta la nettezza nelle contrade e case, di rimediare possibilmente laddove si trovano delle abitazioni anguste ed umide troppo ripiene di gente e di adottare il necessario provvedimento per medici pel ricovero degli ammalati, pei sufficienti farmaci e pella necessaria cura degli ammalati.

30.

L'assistenza medica è da prestarsi gratuitamente ai poveri dagli attuali medici distrettuali, privati ed ausiliari ed anche da chirurghi sotto ispezione dei medici.

I medicamenti pei poveri paga l'erario e questi medicamenti devono riceversi o dalle farmacie pubbliche, o dalle farmacie di casa de' Chirurghi sotto la prescritta controlleria e precauzione. Nei luoghi troppo distanti dal domicilio del chirurgo abilitato a tenere una farmacia di casa si può stabilire una piccola farmacia a mano ossia ausiliaria, fornita de' più necessari medicamenti, sempre peraltro sotto la sicura custodia del capo locale e pella durata dell'epidemia soltanto.

Particolarmente si deve aver cura acciocchè non manchi l'indispensabile mezzo di cura contro l'epidemia del colera, cioè il ghiaccio. Dovendo anche i parrochi attestare la giusta somministrazione dei farmaci ai poveri mediante la loro firma, vengono diffidati i sacerdoti di accompagnare di spesso i medici nelle loro visite degli ammalati, di appoggiare in tali incontri mediante la loro potente influenza presso gli abitanti le operazioni dei medici, consolando o esortando gli ammalati e di convincersi della giusta somministrazione de' farmaci.

31.

Mancando locali di ricovero pegli ammalati dovranno quelli, che sono privi di ricovero, i garzoni che viaggiano, i domestici ecc. ecc. i quali secondo la qualità delle loro abitazioni non posono in queste essere assistiti, essere ricoverati negli ospitali locali o vicini, nelle case d'infermi o case comunali; in caso d'urgente bisogno dovrà tenersi a tale scopo approntato un apposito locale. Pello sfratto spietato di qualsiasi viandante indigente gravemente ammalato sarà proceduto con rigore verso il colpevole. Attesa peraltro l'vversione che si ha in moltissimi luoghi ed in particolare nei piccoli contro gli ospedali, sarà più confacente ed ispirerà maggiore fiducia agli ammalati se, ammalandosi i genitori o dimostrandosi le singole abitazioni troppo ripiene, vengano collocate le creature od altre persone della famiglia, provvisoriamente presso vicini e se ammalandosi vari membri della famiglia si ricoverano i singoli presso altri parenti, affini ecc. ecc.

32.

Pel soccorso de' poveri durante l'epidemia si provvederà colla cooperazione del sacerdote curato o mediante anticipazioni da fondi disponibili de' poveri, o mediante spontanee elargizioni dei ricchi mediante collette ed altro.

33.

Una raddoppiata attenzione si deve avere acciocchè non vengano venduti o consumati né frutti immaturi e nocivi alla salute, né carne insalubre, né simili farine e sarà pure obbligo delle autorità locali di procurare che abbia luogo il raccolto della messe di quelle famiglie, le quali a motivo della malattia, non possono accudire a questo lavoro.

34.

Onde procedendo con rapidità dei casi di morte non cagionare timore, spavento o terrore agli abitanti col continuo suonare della campana pei morti e col frequente portare del santissimo viatico con grande accompagnamento e per non aumentare con ciò la disposizione al morbo, anzi per non provocarlo perfino, non si dovrà suonare tale campana che la mattina e la sera pei defunti, e si dovrà pella durata dell'epidemia sospendere ogni pompa non rigorosamente richiesta pella somministrazione dei S.S. Sagramenti de' moribondi.

35.

I cadaveri devono lasciarsi almeno per tre ore dopo la morte nel letto su cui giaciono; indi saranno trasportati in un locale conveniente sia nella medesima casa, sia nella camera de' morti, ivi li si sorvegliaranno o dai parenti o da altre persone assunte pell'effetto per lo spazio di ore 45; intanto i locali d'abitazione de' decessi devono esser ventilati, profumati con aceto o legno di ginepro, ammassi gli utensili, abbruciata la paglia da letto, la roba da letto purificata mediante ventilazione, profumo e sbattitura, la biancheria del letto e del corpo espurgata mediante lavatura e lascivia, dovrà essere del pari nettato il pavimento lordato, nonchè le lattiere ed altri mobili mediante lavatura e fregagioni con sabbia.

36.

La benedizione e tumolazione dei cadaveri seguirà nel modo usitato, e si deve sorvegliare che i banchetti funebri usitati il qualche luogo, cessino d'apertutto, onde evitare mancanze dietetiche che ne risultrar possono particolarmente durante quest'epidemia.

37.

Subito dopo sarà cessata l'epidemia, il che deve dichiarare il medico disattrettuale o circolare incaricato della direzione, tostochè è possibile, si passerà attenendosi alle finora vigenti prescrizioni, alla compilazione dei conti delle spese sanitarie e delle spese di viaggi, le quali saranno soddisfatte dal sovrano erario. I medici incaricati della direzione dell'epidemia sono peraltro obbligati di avanzare all'i.r. capitanato circolare un rapporto finale, possibilmente completo, unendovi un rapporto tabellare esteso, secondo l'annesso formulare III. In questo rapporto finale devono sciogliersi esattamente i seguenti quisiti:

- a) Quali cause cagionarono l'epidemia?
- b) Quali sintomi offrì la malattia ne' vari suoi stadi?
- c) Come era la convalescenza?
- d) Di quale durata era l'epidemia, quanti ammalati ne furono invasi?
- e) Quale metodo di cura venne applicato?
- f) Che proporzione esiste tra i morti ed i risanati?
- g) Si aggiungeranno delle proporzioni come si potrebbe in avvenire ovviare a quest'epidemia.

Vienna, li 15 Agosto 1848.

SAŽETAK: "MORBUS SEU CAUSA MORTIS" OSVRT NA BOLESTI I OBLIKE ZARAZA U ISTRI U PRVOJ POLOVINI XIX. STOLJEĆA – Epidemije i razni oblici zaraza koji su obilježili istarsku povijest u devetnaestom stoljeću uvelike su utjecali na demografsko-društveni razvoj. Tifus, velike boginje i, naročito, kolera, postati će glavni uzročnici smrtnosti, umjesto ranije uobičajenih, kuge i malarije. Medicinska služba pokazat će se nemoćnom u borbi sa zarazama, što će Istru vratiti u sličnu situaciju kao u vrijeme kuge; o tome svjedoči oživljavanje kulta Sv. Roka, koji se sada zaziva u pomoć kod pojave kolere. Nakon egzistencijalne krize 1802-1803. godine, pojavit će se čitav niz infekcija, koje su navedene u obilnoj arhivskoj građi i župnim knjigama, pa će vlasti biti prisiljene ponovno uvesti sanitarne mjere i punktove za sanitarne preglede. Puno dramatičnije će za poluotok biti nepovoljne prilike u godinama 1815-1817., koje će jače pogoditi sjevernu i središnju Istru te pogodovati širenju pjegavog ili egzantematskog tifusa. No ipak, kolera će biti jedan od glavnih uzroka smrtnosti odrasle populacije tijekom čitavog XIX. stoljeća.

POVZETEK: "MORBUS SEU CAUSA MORTIS" RAZMIŠLJANJA O NALEZLJIVIH BOLEZNIH V ISTRI V PRVI POLOVICI 19. STOLETJA – Epidemije in različne oblike nalezljivih bolezni so v Istri pustile za sabo globoke demografske in socialne posledice. Tifus, koze in še zlasti kolera so nadomestili kugo in malarijo in postali vzrok za visoko smrtnost. Zdravniška infrastruktura ni bila kos naglim okužbam, tako da se je Istra znašla v podobnih razmerah kot za časa kuge. To potrjuje obnova kulta Sv. Roku, na katerega se je začelo obračati ljudstvo za rešitev od kolere. Po hudi krizi v letih 1802 in 1803 se je razbohotila cela vrsta infekcij, o katerih pričajo bogato arhivsko gradivo in župnijske knjige. Oblasti so takrat morale ponovno uvesti sanitarne kordone in cestne zapore, kjer so pregledovali ljudi. Triletje 1815-1817 je bilo za severno in osrednjo Istro še posebno tragično zaradi visoke obolelosti za tifusom. Sicer pa je bila v 19. stoletju največji krivec za zgodnjo smrt odrasle populacije kolera.