

## Women in surgery. Myth, history, actuality

G. DI MATTEO

SUMMARY: **Women in surgery. Myth, history, actuality.**

G. DI MATTEO

*This work synthetically documents the history of women's efforts to be professionally acknowledged as surgeon. The examined timeline goes back from ancient civilizations to our days. It highlights the difficulties that women have had in time, particularly in the last two centuries, trying to make their aspirations come true and their will in becoming surgeons. The attention goes to the difficulties that are faced in our time regarding the medical field and the academic career. Moreover, corrective organizational and behavioural advice is given to solve specific problems still actual, in order to promote sex equality and working collaboration.*

KEY WORDS: Women in Surgery - History of Medicine - History of Surgery.

Per lunghi periodi di tempo, anche recenti e in Paesi socialmente e culturalmente avanzati, le donne sono state escluse – e in parte si tende ancora ad escluderle – dall'esercizio legittimo della chirurgia. La trattazione di questo argomento è, dunque, il racconto di vicende umane nel tempo di una antica e moderna passione.

Solo qualche prezioso frammento letterario e artistico e scarse, non consolidate cronache tramandate, indulgono alla citazione di chirurghe nell'antichità. In gran parte della storia del genere umano gli uomini hanno inteso sovrastare le donne detenendo potere, ricchezza e prestigio come principali motivi di credito e di autorità che hanno notevolmente influito a riservare loro l'accesso quasi esclusivo alle arti del guarire. La posizione sociale ha dunque contribuito, insieme ad altri fattori, a produrre una duratura prevalenza di genere nell'esercizio della medicina, in parte non chiaramente espressa e di certo meno esclusiva nell'antichità classica, singolarmente spesso rigorosa in altre epoche più recenti considerate più magnanime, aperte alla cultura e all'arte e in ambiti sociali evoluti e finanche permissivi.

Le famose istituzioni culturali di Eliopoli, la città dedicata al dio Sole (identificata oggi in un sobborgo fortemente urbanizzato alla periferia nord-est dell'attuale Cairo), avrebbero ospitato "studentesse" in medicina fin dal 1500 a.C. (1). E sempre dall'antico Egitto, considerato a ragione una culla degli studi medici, apprendiamo che alcune donne di rango non minore trattavano, nelle prime "Scuole di Medicina", oltre l'ostetricia, alcune patologie "esterne" tipicamente femminili, non di rado tenute in buon conto e addestrate da famigliari già attivi nella professione, addirittura vantando, talora, una qualche individuale ascendenza deipara pagana. In frammenti archeologici della civiltà egizia sono rappresentati strumenti chirurgici (tomba della regina Shubad) (2), donne esercenti la medicina (sepolcro di Ramèsse III, XII sec. a.C.), una schiava di Tebe che opera su un piede di donna. Del tutto recentemente si studia anche

l'attività di due "medichesse" di quelle epoche remote, Peseshet e Tawe (3). Nelle sue "Storie" vive e attraenti Erodoto (ca. 484 a.C. - ca. 425 a.C.) riferisce di "chirurghe" esperte in cesarei, operazioni mammarie e contenzioni ortopediche (1). D'altra parte, alla "dea madre" preellenica Leto, amata da Zeus e madre di Apollo e di Artemide, si attribuiscono conoscenze di chirurgia ginecologica ed anche il trattamento delle ferite di Enea. Di Zippora (Sefora), biblica moglie di Mosè, si narra che circoncidesse il figlio con "un coltello di pietra" (Exodus 4:25). Asclepio, "dio minore" della medicina, molto popolare nell'antica Grecia, aveva quattro figlie e almeno una di esse, Hygieia, seguì degnamente le orme del padre con un probabile interesse anche per la chirurgia. Asclepio fu assimilato nella religione romana come Aesculapius e Hygieia diventò Salus, dea protettrice della salute pubblica, rappresentata in alcune monete classiche e nella statuaria con il mitico serpente simbolo della medicina ed anche a fianco del proprio genitore (4). Da lei, nei linguaggi moderni, deriva il termine "igiene". Nell'Iliade si citano donne armate di lance e di frecce sui campi di battaglia dedite anche alla cura dei feriti.

Celso scrive di donne competenti in medicina nella Roma di Tiberio (imperatore 14-37 d.C.). Iscrizioni romane e fonti letterarie a noi pervenute citano inoltre i nomi di Sylla Polla, Fanostrata, Metilla Donaia attiva in Gallia, Aemilia Flavia e di alcune altre. Plinio il Vecchio sostiene che i pareri delle "medicae" erano tenuti in buon conto anche in casi di patologie non pertinenti l'ostetricia e la ginecologia. Forse alcune donne insegnarono addirittura i principi della medicina (*Scantia Redempta "antistes disciplinae in medicina"*) e dettarono anche dei saggi sulla materia (*Salpea, Lais, Elephantis, Olimpia*) (5). Sono stati trovati antichi reperti anche di donne farmaciste (6). Nel testo della sua celebre codificazione del diritto romano Giustiniano specificatamente legifera per i "*medici utriusque sexus*". Nel II secolo sono documentate a Roma schiave greche abili in operazioni ginecologiche e Galeno (ca. 130 d.C. - ca. 200 d.C.) registra in particolare una Margareta al servizio delle milizie e un'Antiochis, sua collega ed amica, di una certa fama in Grecia. Nel III, IV e V secolo una buona esperienza chirurgica avrebbero avuto Fabiola, Paola, Leoparda (7). Una stele funeraria rinvenuta in Francia testimonia di una "medica" galloromana, Metilla Donala (6). Nel VII secolo Cleopatra Metrodora, pratica di ostetricia e ginecologia, si cimenta anche in altre specialità mediche e, sembra, addirittura, nelle ricostruzioni facciali (8).

Queste notizie, per quanto esili e incerte, ci inducono a considerare che nell'epoca "classica", almeno a Roma e nei suoi domini, si concedessero liberamente alle donne studi e pratica in medicina e chirurgia sia pure non sistematici e formalmente non paritari di genere, parallelamente a quanto, senz'altro più veridicamente documentato, in effetti si verificava al tempo per contributi e iniziative femminili soprattutto nei campi della politica, del sociale e perfino della letteratura. In definitiva ci sembra di capire che in quel periodo non esistessero preconcetta sfiducia nell'operato medico femminile e tanto meno deterrenza o ferma interdizione come invece vedremo in tempi successivi anche se ispirati a più alti e colti pensieri.

Una condizione diversa e contraria pare esistesse nell'antica Atene nella quale, secondo una cronaca (romanzata?), una bella donna, Agnodice, adottò caratteri fisionomici e costumi maschili per esercitare la sua attività medica ma, messa alla prova dagli anziani dell'Areòpago e infine scoperto intrepidamente il seno, rivelò il suo vero genere e per questo esigette il suo presunto diritto. Pare che da quell'episodio sia nato un forte risentimento femminista, almeno in Grecia, per la liberalizzazione dell'arte della medicina (9).

In Occidente l'Alto Medioevo, che di seguito incombe, è caratterizzato da gravi eventi negativi: guerre, invasioni, grandi migrazioni di popoli, epidemie ed endemie, sovrapposizioni etniche, conseguenti forti dissesti geopolitici e sociali con stagnazione economica, ritardo tecnologico e impoverimento ulteriore delle classi meno abbienti, violenza civile, decadimento morale, sfiducia, téma per la fine del mondo. Le incisive mutazioni socio-ambientali con la frequente mortificazione delle esigenze esistenziali alterano lo spirito e la forma delle classi intermedie e popolari, rendono difficili i contatti umani, riducono gli scambi materiali e di opinione, svisiscono e rarefanno il denaro, depotenziano il benessere, aumentano la povertà e

comprimono la cultura. Le donne ne sono particolarmente colpite: la mancanza di una loro sistematica educazione formale, l'isolamento in borghi e castelli ("incastellamento") e la generale condizione di illetterate le escludono dalle conoscenze mediche anche per l'impossibilità di consultare i testi tradizionali dell'età classica. La storiografia attuale tende a correggere il consueto inquadramento negativo dell'Età di Mezzo giustamente rivendicando ad essa, sulla scia dell'opera di L.A. Muratori e almeno nella "seconda" parte (Basso Medioevo), quella più vicina all'era moderna, fermenti ed espressioni molto vigorosi in arte, letteratura, filosofia e non solo (Giotto, Dante, Petrarca, Boccaccio, Tommaso d'Aquino, nascita delle prime Università di Bologna, Padova, Parigi, Roma...). Dobbiamo tuttavia constatare che, proprio in quel periodo, non si avanza parallelamente nelle conoscenze e nella pratica mediche (anzi si regredisce rispetto al pensiero greco-romano) se non ad opera di poche Scuole e di alcuni Maestri. Fra le prime ha una preminenza assoluta e originale la Scuola Medica Salernitana. Essa nasce nel nono secolo e consegue il suo massimo fulgore nei secoli immediatamente successivi. Si fonda sull'incontro "laico" e fecondo di diverse culture, etnie e religioni - dal mondo greco-romano all'arabo e all'ebraico - creando un'originale sistematizzazione di teorie e soprattutto di applicazioni pratiche ben compendiate nelle opere a noi pervenute specie nel celebre "*Regimen Sanitatis*", poema popolare epico in versi leonini. Concepisce principi e regole, oltre che dall'elaborazione di antichi testi, dall'osservazione diretta di malati e malattie, insegna, plasma e diploma discepoli convenuti da ovunque, richiama studiosi e con loro si confronta, elargisce consulti a malati provenienti anche da remoti Paesi, fornisce medici ai potenti. Federico II formalmente prescrive, in una legge del 1224, che nessuno potrà esercitare la medicina nel suo regno senza approvazione dei Maestri di Salerno (10). La chirurgia ne trae un impulso istituzionale che non si esaurirà nel breve periodo, ad opera di Ruggero Frugardo ("*Rogierius Salernitanus*") prima discepolo poi *magister* di Salerno (seconda metà sec. XII) il cui allievo, Rolando da Parma, pubblicherà (circa 1240) un originale commentario nella sua ponderosa "*Practica chirurgiae*".

Della Scuola Salernitana si documenta anche un gruppo di operatrici mediche non solo esperte in ginecologia (le "*obstetricae*", pratiche solo dei parti, erano inquadrate in una categoria diversa), formate e qualificate da corsi "accademici" basati sulla conoscenza dei principi classici ma soprattutto su intuizioni e valutazioni innovative di ordine clinico e terapeutico. Fra le protagoniste emerge Trotula (o Trota, Trottula, Traeta, un nome per la verità comune nel Salernitano dell'epoca) de Ruggiero, donna di grande ingegno originata da illustre famiglia normanno-longobarda (se ne vanta ancora ai nostri giorni una discendenza napoletana) che fu, oltre che ginecologa e "chirurga" di patologia "esterna" femminile, sperimentatrice, studiosa di prescrizioni erboristiche farmacologiche e minerali, insegnante, tutrice, filosofa e saggista, organizzatrice ("*matrona*" o "*mulier sapiens*" e "*magistra*"). Per lei si rivendicano anche i meriti di aver promosso da pioniera la dignità delle donne e di aver patrocinato addirittura una riforma della Chiesa. Era moglie di Giovanni Plateario senior, capostipite di una famiglia di asclepiadi. Fu la prima donna "laureata" in medicina e chirurgia nella Scuola di Salerno con tanto di pubblico attestato di idoneità per l'esercizio della professione convalidato dalle autorità civili dell'epoca. Trattò dei suoi studi e della sua pratica in vari "compendi" solo in piccola parte a noi pervenuti. Per lungo tempo tenuta in gran conto e onorata dai contemporanei e per molte generazioni successive (anche attualmente le sono dedicati saggi e storia romanzata) (11), è celebrata in una medaglia borbonica del 1840, opera di Vincenzo Catenacci, Direttore del Gabinetto d'Incisione della Zecca di Napoli, che ne immagina ed elabora, sul "diritto", un bel profilo matronale di richiamo neoclassico incorniciato da legenda circolare "*Trottula medendi arte perita*". Al rovescio della medaglia è rappresentato un vaso aromatizzatore dal quale sporge la clava avvolta dal serpente di Esculapio, con la scritta circolare "*Salerni nata floruit ann. XI*" (evidente errore per "*saecul. XI*") (4-12).

A Salerno studiarono chirurghi di titolo e di vaglia, per lo più provenienti da nobili e ricche famiglie, di alcune delle quali si ha precisa memoria documentale. Ne conosciamo nome,

provenienza e qualche attività: Rebecca, Guarna, Abella, Costanza Calenda (in seguito docente a Napoli). Più circostanziate notizie d'archivio riguardano Francesca de Romana da Salerno, moglie di Matteo de Romano, esaminata e dichiarata idonea da medici e chirurghi del re nel 1321. Venturella Crisinato, salernitana, con regolare licenza di esercizio del 1322, Tommasa De Matteo nel settembre 1332 (abilitata da Carlo duca di Calabria) (13), Sibilla d'Afflitto da Benevento nel 1338, Mobilia Scarpa da Santa Maria nello stesso anno, Raimonda da Taverna, moglie del notaio Michele de Leonardo, nel 1345. D. Cusina di Filippo de Pastino (da Dipignano) ha un iter più complicato: non potendo allontanarsi da Cosenza, dove risiede, supera gli esami con il Maestro Benedetto de Roma, "fisico" che si trova nella città, incaricato dal re, e presta giuramento nelle mani del giustiziere di Val di Crati e di Terra Giordana. A Mercuriade salernitana (XV secolo) (4-14) si debbono opere di argomento medico e chirurgico: "*De crisibus*", "*De Febre pestilenti*", "*De curatione vulnerum*", "*De unguentis*" (15).

Questa quota rosa salernitana, un raro bell'esempio di Medioevo femminile, ha "sdoganato" la chirurgia per le donne che, tuttavia, dovranno aspettare ancora secoli per conseguire effettivi successi.

Al di fuori dei rari centri di eccellenza e di qualche personaggio con ruoli di primo piano gli studi medici nel Medioevo fanno generalmente modesti progressi e la chirurgia in particolare accusa un graduale declino, limitandosi a ripercorrere acriticamente il pensiero dei classici. Esprime soltanto poche personalità fra le quali emergono Guy de Chauliac (1298 o 1300-1368), formato nelle Scuole francesi ma iniziato all'anatomia e alla chirurgia nell'Ateneo di Bologna, e Teodorico de' Borgognoni autore della poderosa opera "*Cirurgia*" fondata sull'esperienza clinica e tecnica sua propria e di suo padre (6). A proposito del nostro tema annotiamo che de Chauliac nella sua "*Chirurgia Magna*" cita e pone le colleghe ai livelli professionali più bassi ma "non formula commenti ostili sulla loro abilità tecnica" (9).

Nei primi secoli del secondo millennio gli interventi chirurgici, in Occidente, sono affidati molto spesso all'opera di chirurghi empirici (barbieri, "incisori" o "chirurghi", "norcini", "preciani", "curatori umbro-marchigiani") che si cimentano solo in poche operazioni specifiche – della "pietra" per calcolosi vescicale, del varicocele, di ernie e castrazione, cataratta e rinoplastica – occupandosi al contempo di salassi, estrazioni dentarie, applicazioni di ventose ed unguenti, clisteri. Essi trasmettono gelosamente i segreti dell'"arte" nell'ambito e in stretta linea di successione familiare; rappresentano un fenomeno ubiquitario in origine particolarmente sviluppato in Italia (16, 17). Nel 1365 se ne contano quaranta a Parigi, inquadrati nella corporazione dei barbieri (18). Si identificano per le caratteristiche vesti corte in contrasto con l'ampio e lungo paludamento degli altri non numerosi operatori, questi, per il vero, di scarsa capacità e poco successo, i quali spesso vantano una diretta discendenza culturale da Maestri e Lettori (*medici manuales* o "fisici-chirurghi"). L'esperienza degli empirici, offerta in giro per regioni e Paesi (dove il nome frequente di chirurghi "girovaghi") dovette raggiungere spesso gradi avanzati se, nel tempo, principi e re e gli stessi Papi si affidarono alle loro cure. Furono facilitati, per l'esercizio della chirurgia, dal fatto che la Chiesa, a un certo punto, lo proibì ai monaci, ai canonici regolari ed anche ai chierici secolari. In particolare il Concilio di Tours nel 1163 sconfessò i religiosi chirurghi ("*ecclesia abhorret a sanguine*") e Innocenzo III al quarto Concilio lateranense del 1215 vietò formalmente agli ecclesiastici la pratica della chirurgia comandando che "... *nullam chirurgiae artem Subdiaconus, Diaconus, vel Sacerdos exercent quae unctionem vel incisionem inducat*". Queste regole tuttavia furono spesso disattese anche per deroghe e interpretazioni permissive degli stessi Papi (16). Per molto tempo, comunque, i chirurghi, più o meno paludati, furono soliti intervenire su indicazioni formali e "superiori" dei medici, "teorici", "scienziati", speculatori del sapere digiuni di nozioni realmente provate, contrari all'innovazione, legati alla classicità prevalentemente galenica, i quali si limitavano a elargire consigli rifiutando di "sporcarsi le mani" nell'umile ed "elementare" lavoro esecutivo con l'effetto di trasferire ulteriormente agli empirici iniziative e competenze pratiche. La chirurgia, per un certo periodo storico, venne dunque identificata come un mestiere servile, di

bassa materia, in conto soltanto dei risultati pratici, anche se non raramente disastrosi (i girovaghi non ne rispondevano per la loro saltuaria presenza), senza reali aspirazioni di progresso. Essa subirà a lungo, almeno in parte, questa condizione di arretratezza e discredito. Religiosi e donne non vi potevano accedere ed era considerata sconveniente per la classe dei nobili. In quanto alle donne, nel 1313 un editto di Parigi ne limita strettamente l'abilitazione soltanto a quelle in possesso di una rigorosa patente di competenza rilasciata da apposito collegio di esperti con verifiche e valutazioni (16). Permane, per un certo periodo di tempo, una tolleranza nei confronti di vedove e figlie di chirurghi defunti già addestrate in ambito familiare e per alcune "aiutanti" stabilizzate presso chirurghi empirici. Alla fine del Trecento esercitano in Germania quindici donne con regolare "licenza" in medicina, aumentate di numero nel secolo successivo ma soltanto perché gli uomini non erano tenuti a curare i malati indigenti (6). Durante il regno (1509-1547) di Enrico VIII d'Inghilterra si procede al riordino dei ranghi professionali e al riconoscimento di corporazioni dalle quali, secondo un rigido monopolio, vengono escluse le donne al pari di carpentieri, fabbri e tessitrici (2-6)!

I periodi rinascimentale e post-rinascimentale sono segnati da intensa fioritura culturale e vera rivoluzione scientifica nel campo degli studi medici ad opera di anatomisti, per lo più dell'Università di Padova, che sulla scia del bolognese Mondino de' Luzzi (ca. 1270-1326) preludono ai progressi della chirurgia spesso da loro stessi consapevolmente esercitata: Bartolomeo Eustachi, Gabriele Falloppio, Girolamo Fabrizio d'Acquapendente, Andrea Vesalio e molti altri. In queste "Scuole", che forgiavano e trasmettono il sapere, si afferma, preminente per eccellenza d'ingegno, la figura di Ambroise Paré (1510-1590) che passa alla storia come padre della chirurgia francese. Egli, in origine "barbiere", sarà il chirurgo di quattro re di Francia: Enrico II, Francesco II, Carlo IX ed Enrico III. Sarà messo in salvo, per riconoscenza dovuta, dallo stesso re durante il massacro degli Ugonotti (Parigi, notte di S. Bartolomeo, 1572).

Si continua tuttavia nell'"inerzia classista di genere". D'altra parte, nel 1561 l'Inquisizione persegue Vesalio (1514-1564) per aver sostenuto che uomini e donne hanno lo stesso numero di denti (18). In Inghilterra alcune donne svolgono una professione "pirata" - cioè "lavorano in nero" - spesso nel quadro di iniziative caritatevoli e solidali oppure associate a chirurghi di mestiere o famigliari al seguito dei quali si deresponsabilizzano. Così nel XVII secolo, ad esempio, troviamo Loyse Bourgeois Boursier ostetrica e, sembra, anche chirurga, seguace - indiretta - di Ambroise Paré al servizio di Maria de' Medici (1573-1642); lady Margaret Hoby (9-19) al seguito dell'armata; Maria Colinet di Berna, moglie e collaboratrice di Fabricius di Hilden, famoso chirurgo; Mrs Holder che cura con successo una ferita riportata da Carlo II (1630-1685), re d'Inghilterra di Scozia e d'Irlanda (1660-1685), ma non per questo risparmiata dalla condanna inflitta per analogo "delitto" a un'altra chirurga, Prudence Ludford (1683) (7). Nello stesso secolo Catherine Bowles, moglie di un chirurgo londinese, operava ernie, calcoli vescicali, idroceli e lady Read faceva buona pratica di chirurgia oculare.

I pochi Autori che riportano le cronache precedenti al riconoscimento formale del diritto femminile alla chirurgia trascrivono, come indice di discriminazione ancora vigente nell'Europa del XIX secolo, una vicenda curiosa ma significativa della validità delle norme prescrittive dell'epoca narrando di un singolare espediente messo in atto per eluderle. James Barry (un ufficiale imberbe ma di carattere impositivo con fama di provetto tiratore) laureato a Edimburgo nel 1812, chirurgo militare di fine e delicata costituzione fisica, esercitò e mantenne con profitto per più di cinquant'anni una buona reputazione professionale. Ma quale fu la meraviglia di quanti l'avevano conosciuto e apprezzato quando, alla sua morte, l'autopsia dimostrò che non di un uomo si trattava ma di una donna (una Miranda Stewart, addirittura con segni di gravidanza pregressa) che, per superare l'interdizione vigente, in tutta la sua esistenza aveva fatto propri costumi e comportamenti maschili. Per questo bizzarro modo di realizzare la sua vocazione la Stewart, cui si deve uno dei primi successi del parto cesareo (1820), è considerata la "prima" chirurga in Gran Bretagna e in Canada anche se all'epoca, per il comprensivo imbarazzo creato dalla vicenda al Dipartimento della Guerra e alla classe medica, fu infine sep-

pellita come di sesso maschile. Già a caldo, comunque, venne criticamente osservato che ella avesse operato non tanto per reclamare un diritto femminile collettivo quanto per soddisfare un suo personale profitto.

Potremmo ulteriormente insistere ed esemplificare su queste poche occasioni e scarse reviviscenze storiche ma la trattazione ne sarebbe effimera e ripetitiva, consistente solo in una pallida galleria di nomi, luoghi, suoli, ispirazioni, situazioni e tolleranze. Vogliamo seguire, invece, con particolare attenzione, la successione e lo spirito di piccoli e grandi personaggi e avvenimenti che, in tempi più recenti, sulle tracce di scelte e passioni ferme e conseguimenti vittoriosi, hanno portato a prendere in considerazione e infine ad accogliere la richiesta delle donne di accedere alla laurea in medicina e, oltre a questa, alla specialità e alle “sub-specialità” chirurgiche. L’essenza e la forza di alcuni dati storici documentati, cui abbiamo fatto sommario riferimento, servono a dimostrare le basi “ideologiche” propulsive a un fenomeno sociale positivo - il diritto delle donne a diventare chirurghe e paritariamente agli uomini - che fino all’Ottocento non si era ancora manifestato se non del tutto sporadicamente e con rischio. È soltanto nella prima metà del XIX secolo che, specie negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, si registrano i primi sporadici segnali di perequazione informale di genere nel campo della medicina e della chirurgia in particolare. All’inizio sono ricordate occasionalmente, in Nord America, una Mrs Allyn attiva nel servizio militare e Conn di Winsted alla quale si attribuiva una certa capacità in chirurgia generale. Ma la domanda di Harriot Hunt (1805-1875) a frequentare l’*Harvard School* di Boston veniva respinta dagli studenti, contro il parere favorevole di Oliver Wendell Holmes, Preside della Facoltà, con la motivazione che, in compagnia degli uomini, la studentessa sarebbe stata privata della sua femminilità e di conseguenza ne avrebbe sofferto la sua “modestia” (!) (6). Questa preclusione della mitica scuola bostoniana sarebbe durata fino al 1945 (9). All’apertura delle Scuole di Medicina a Philadelphia e a New York le donne furono puntualmente escluse.

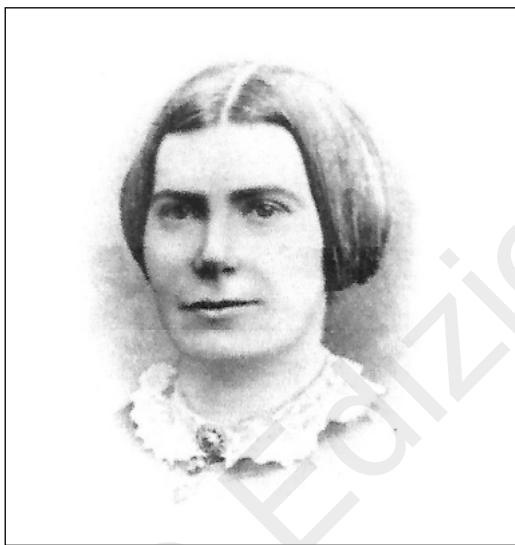


Figura 1 - Dr. Elizabeth Blackwell

Spetta ad Elisabeth Blackwell (1821-1910) il primato della volontà e il riconoscimento dell’avanguardia (Figura 1). Era stata respinta da venti Scuole Mediche degli Stati Uniti in quanto donna, infine ammessa all’*Hobart College* (allora *Geneva Medical College*) di New York grazie al voto degli studenti, a lei favorevoli come atto contrario al parere del Preside. Durante il corso maturò una “genuina e rispettosa affezione fra gli studenti e la loro collega donna” e quando “a lei venne richiesto di assentarsi durante la dimostrazione anatomica degli organi riproduttivi maschili loro sostennero con successo il suo rifiuto” (6). Tuttavia nel 1858 nel *Jefferson Medical College* si impediva ancora alle studentesse l’ingresso in aula durante la lezione su un malato maschio nudo (9). Nel 1849 la Blackwell si laureò “con gli onori”, prima donna a conseguire il titolo negli Stati Uniti, ma per l’atteggiamento ostile di medici e pazienti non potendo accedere ad alcuna “residenza”, si trasferì in Francia, tuttavia respinta dalle Scuole mediche post-laurea e assunta solamente come ostetrica. Visitò anche Londra incontrando Florence Nightingale della cui opera grandemente apprezzò finalità e successi. Tornata in America, non poté realizzare appieno la sua vocazione a causa di una grave malattia oculare contratta in servizio ed esitata in cecità unilaterale. In seguito fondò, insieme alla sorella Emily, la *New York Infirmary for Women and Children* e poi il *New York Women’s Medical College*. “Non si sentì mai sconfitta nei suoi sogni e

342

aspettative”.

Harriet Jones, eletta all'assemblea legislativa del suo Stato, è ricordata come la prima donna ufficialmente autorizzata alla chirurgia (1885) (20). Circa nella stessa epoca è attiva Emily Jennings Stowe (1831-1903) che, laureata nel 1867 al *New York Medical College*, ebbe licenza di praticare la professione medica nell'Ontario (Canada) (2). Mary Edwards Walker (1832-1919) seconda donna laureata nella *Syracuse Medical School* (1855) è considerata la prima chirurga negli USA (Figura 2). Volontaria nell'esercito unionista durante la guerra civile, si impegnò intensamente anche nella vita sociale e politica come femminista e abolizionista. Fu insignita dal Congresso della *Medal of Honor*. Morì un anno prima che il 19° Emendamento alla Costituzione Americana assicurasse alle donne il diritto di voto per il quale si era tenacemente battuta. È celebrata da un francobollo del 1982 e le hanno intitolato un *grant* annuale dell'*American College of Surgeons* (21).



Figura 2 - Dr. Mary Edwards Walker.

Ann Preston (1813-1872) si era laureata nel 1851 e in seguito presiedette il *Women's Medical College* della Pennsylvania, prima facoltà di Medicina per sole donne. Lasciò scritto: “Non durerà a lungo così, verrà il nostro giorno. Noi lavoreremo con fede e aspetteremo il nostro momento” (9). Jennie Smillie Robertson (1878-1981) e Jessie Gray (1910-1978), la

“gran dama canadese della chirurgia” (2) sono ritenute le prime chirurghie ufficialmente riconosciute in Canada. Mary Harris Thompson – ricordata per la sua chirurgia “maggior” – fondò il *Women's Hospital Medical College* a Chicago nel 1869. In quell'epoca Marie E. Zakrzewska (“doctor Zak”, 1829-1902) originaria della Germania, laureata nel 1856, donna di indomabile volontà, collaboratrice delle sorelle Blackwell, divenne professoressa d'ostetricia e malattie femminili nel *New England Hospital for Women and Children* di Boston (9).

Nelle prime decadi del Novecento alcune donne servirono come chirurghie nella Sanità americana. Emily Dunning Barringer è ricordata come la prima chirurga di ambulanza. Matilde Evans, proveniente dal *Women's Medical College* della Pennsylvania, fu la prima laureata di colore che, per necessità, andò a fondare un ospedale e una scuola per infermieri nella Carolina del Sud. Nel 1904 Katherine Richardson, anch'ella afroamericana del Kentucky, istituì un ospedale pediatrico in Kansas City e alla fine ricoprì il ruolo di chairman nel dipartimento di chirurgia generale a S. Francisco. Elisabeth Garrett Anderson ebbe molti primati: prima chirurga in Gran Bretagna, prima preside di una Facoltà medica, prima “dottoressa” in Francia, prima ad eseguire una ooforectomia, prima sindaca e prima magistrata in Gran Bretagna (20).

È curioso e significativo per la conoscenza delle persistenti difficoltà delle donne in medicina nel “vecchio” Continente, un caso da noi “scovato” nel verbale della Facoltà Medica di Parigi del ventisette novembre del 1867. L'americana Mary Putnam (1842-1905) (Figura 3), già laureata in Farmacia a Philadelphia, aveva inoltrato istanza per accedere agli studi di medicina della Sorbona reclamandone il diritto avendo frequentato, ma senza alcun titolo, i suoi corsi. Nella riunione di Facoltà si oppose duramente alla sua richiesta il celebre professore di anatomia e chirurgia Charles Denonvilliers contro il parere degli altri membri, con la motivazione che, ammettendo una donna, si sarebbe consumato un “atto contrario ai costumi e alle condizioni sociali”. Ma la Putnam, ostinatamente, presentò ricorsi a vari livelli interessando alla vicenda perfino la principessa Eugenia (che avrebbe convocato, al proposito, un Consiglio dei Ministri!) finché, a dispetto di Denonvilliers, riuscì ad ottenere l'ambito riconoscimento



Figura 3 - Dr. Mary Putnam.

diventando così la seconda “dottoressa” laureata a Parigi (1871) dopo Elisabeth Garrett (1870) (22). Tornata in America si sposò e si dedicò ulteriormente ai suoi scopi di emancipazione femminile ottenendo al tempo stesso successi accademici, scientifici e professionali. Ma non riuscì, nel 1881, insieme alla Blackwell, ad abbattere la barriera del veto alle donne vigente nella *Harvard University*, che sarà invece superato dieci anni dopo nella *Johns Hopkins University* (9).

In Inghilterra una legge del 1876 aveva già concesso alle donne l'educazione medica universitaria.

Non insistiamo con questa teoria di citazioni, intese a rendere giustizia alle pioniere di successo, anche perché, talora, alle stesse fonti le notizie sono un po' confuse e difficilmente

integrabili anche per la frequente varia attribuzione a Stati diversi degli attuali USA e rimandiamo alle specifiche trattazioni contenute nella serie bibliografica dalla quale abbiamo tratto, controllato e completato alcune delle notizie più significative.

Con la crescente richiesta femminile di ammissione ai corsi di laurea in Medicina e ai post-universitari di Chirurgia, si profilano gradualmente risultati migliori delle aspettative. Nonostante i progressi non cede tuttavia facilmente l'ostracismo nei confronti delle donne, ostacolate nel loro programma peregrino dell'identità professionale soprattutto in quei Paesi, come nell'America del Nord anglofona, in cui paradossalmente erano già prevalse e prevalgono anche attualmente, come criterio generale, le valutazioni di merito. Le donne denunciano, nel campo della medicina, non infrequenti atteggiamenti freddi, se non ostili, di alcuni loro mentori, docenti, addestratori, “maestri”, preposti agli insegnamenti teorico-pratici e comportamentali nei corsi “specialistici”, mortificando così e denaturando aspirazioni e vocazioni di alcune o molte di esse. Pertanto l'adeguamento didattico e clinico, il sostegno pratico e l'applicazione delle regole socializzanti che eventualmente siano male interpretati o perfino negati scoraggiano non di rado le discenti che, contrariate e deluse per la propria scelta “sbagliata”, abbandonano le aspirazioni originarie addirittura rivolgendosi talora ad altre discipline considerate più “accessibili” e “sostenibili” e di contesti meno conflittuali quali pediatria e chirurgia pediatrica, dermatologia, patologia vascolare, chirurgia mammaria e plastica, psichiatria, neurologia e laboratori di patologia (23). Alcune, superata la “residence” e non sperando in sensibili ulteriori progressi nei ranghi accademici e clinici, si rivolgono, almeno in America, alla professione privata affrontando le stesse difficoltà insite in questa scelta ma, almeno, da una posizione personale di indipendenza e di autonomia decisionale.

Tracciamo, qui di seguito, una rapida successione di date e di casistiche per capire l'evoluzione naturale degli studi di medicina e, in particolare, di chirurgia negli USA durante i secoli XIX e XX. Nei valori che riportiamo si riscontrano differenze e incongruità in qualche modo da interpretare e da riferire a condizioni e luoghi diversi del prelievo casistico non di rado riguardante Stati nordamericani distinti e tra loro lontani, calcoli disomogenei e periodi storici spesso non sovrapponibili. Per tutto questo abbiamo preferito citare le fonti complessivamente. Tuttavia la consultazione ne è molto utile per documentare l'incessante aumento della presenza femminile in medicina e particolarmente in chirurgia, cominciato verso la metà del secolo scorso e tuttora in atto e in ulteriore ascesa.

Nel 1934 il 72% delle Scuole di Medicina prese la decisione di ammettere le donne. Nel 1944 ne rimaneva renitente soltanto il 9%. Nel 1960 il *Jefferson Medical College* di Phila-



delphia fu l'ultimo a concedere questo diritto. Tuttavia nel 1950 le donne erano soltanto il 6% dei laureati, nel 1965 il 7% e nel 1970 il 10% e anche meno (fino al 5% nelle diverse Scuole) e rappresentavano soltanto l'1% dei chirurghi! In quell'anno fu deciso negli Stati Uniti di allargare le piante organiche delle Istituzioni assistenziali in rapporto con il cospicuo aumento nella popolazione generazionale postbellica e la conseguente maggiore richiesta di personale sanitario con il corrispondente incremento del numero dei posti previsti per l'ammissione agli studi di medicina. Ne colsero occasione i movimenti attivi a favore delle donne per sollecitare un congruo adeguamento proporzionale di genere. Ma nel 1980 queste rappresentavano soltanto il 2% di quanti avrebbero concluso la "residence" in chirurgia incluse ostetriche e ginecologhe e il 3,6% complessivamente dei chirurghi generali. Nel periodo 1999-2007 le donne nelle facoltà di medicina erano già salite al 24%, le chirurghe "residenti" al 14% del totale e nel 2010-2012 al 32%-40% con una netta preferenza per la chirurgia colorettae dovuta al considerevole aumento attuale di questa patologia nella popolazione nordamericana e quindi alla più ampia offerta di posti lavorativi. Nel 2012-2014 si registra già il 40%-50% di donne in medicina e si calcola, su 1300 studenti, che il 24% degli uomini e solo il 15% delle donne abbiano interesse per la chirurgia. Si ritiene che nel 2020 avverrà il "sorpasso" con il 60%-64% di donne negli studi di medicina ma già da ora si constata che i residenti in Chirurgia dei due sessi sono complessivamente in diminuzione seguendo una tendenza che si mantiene costante (2, 20, 24-27).

In Svizzera il 62,1% dei laureati è già di sesso femminile ma è molto più bassa la percentuale delle "resident" (35,2%) (28).

In Europa si sono verificati contemporaneamente movimenti analoghi di richiesta femminile per il diritto alla parità anche se fraintendimenti e conflitti, per diverse ragioni e condizioni locali, sono sembrati meno duri, gli ambienti meno rudi, le conquiste più lente ma effettive e durature. Il fenomeno dell'aumento numerico delle donne nella carriera medica si è manifestato con gradualità, quasi come processo fisiologico, con prese d'atto, accettazione e accoglimenti vari soprattutto nell'Europa continentale, producendo di fatto un'integrazione lenta ma da ritenere progressiva e indispensabile. Non si sono registrati, per lo più, nei tempi recenti, formali preclusioni ai diritti femminili ma piuttosto maturi adattamenti a opportunità e legittimità.

Negli USA, alla crescita della partecipazione femminile in Medicina non ha corrisposto per lo più, parallelamente, la possibilità di accesso ai superiori e massimi ruoli di responsabilità accademici, direttivi, organizzativi e societari, in un quadro asserito di discriminazione persistente.

Dopo una dura lotta pluriennale, in parte a fianco di Elisabeth Blackwell, la Anderson riuscì ad essere accolta nella *British Medical Association* che di principio non ammetteva le donne e continuò a non ammetterle fino al 1892.

Olga Jonasson è stata la prima donna a dirigere, nel 1987, un dipartimento di chirurgia all'Università dell'Ohio dopo che il suo capo, Warren Cole, l'aveva avvertita dell'impossibilità di promuoverla al programma di "residence" ma alla fine accettandola per la sua risolutezza (25). Le fu affidata in seguito la direzione dell'*American Board of Surgery* e fece parte di un comitato esecutivo dell'*American College of Surgeons* (ACS). Si distinse, in particolare, per la sua capacità tecnica chirurgica e l'esperienza dimostrata nei trapianti d'organo. Ai nostri fini è interessante ricordare che in un primo tempo ella sostenne l'incompatibilità tra matrimonio, vita familiare e carriera chirurgica ma poi finì con lo sposare e avere figli mantenendo al tempo stesso la piena soddisfazione del suo lavoro e descrivendo puntualmente il periodo della gravidanza affrontata con serenità e senza danni durante la "residence". Stabili dunque che la donna dovesse "marciare in modo indipendente verso la professione" per cui fu celebrata dai contemporanei come "matriarca" della chirurgia americana.

All'ottobre 2016 le donne preposte alla direzione di dipartimenti universitari in USA e Canada erano in tutto 15. Nel 2016 Freischlag osserva come, al momento, solo il 16% dei Prèsi

di Medicina sia di sesso femminile e così un quarto dei “capidivisione” e un 15% dei capidivisione. Costata che negli ultimi cinque anni si sono fatti ben pochi progressi e non si spiega per quale ragione dato che ormai le percentuali di genere tra specializzandi e specialisti in chirurgia si equivalgono (e addirittura volgeranno a breve in favore delle donne).

Le due prime chirurghe accolte, nel 1913, nell'*American College of Surgeons* (ACS) furono Florence West Duckering del *New England Hospital for Women and Children* di Boston e Alice Gertrude Bryant. Dorothy Lavinia Brown, attiva nel Sud degli USA, fu la prima afroamericana ammessa all'A.C.S. (Figura 4). Virginia Frantz, scopritrice insieme a Whipple della secrezione di insulina dei tumori pancreatici, fu la prima presidente dell'*American Thyroid Society* (20). In tempi recenti Nina Braunwald, ideatrice della protesi mitralica da lei stessa impiantata nel 1960, è stata la prima donna eletta alla Società Americana di Chirurgia Toracica. Helen Taussig con i suoi originali studi è passata alla storia dei progressi della chirurgia cardiaca ideando il metodo di correzione per la cardiopatia congenita dei “bambini blu” accolto e realizzato da Alfred Blalock negli anni '40 del XX secolo. Nel passato due sole donne sono state Presidenti dell'ACS: Cathryn Anderson nel 2005 e Patricia J. Numann, professoressa emerita dell'Università dello Stato di New York, eletta nel Congresso del 2011 e fondatrice delle WIS (29). Attualmente Barbara Lee Bass è Presidente Eletta per gli anni 2017-2018. Dieci sole donne sono entrate a far parte del *Board of Regents* dell'ACS nella sua storia lunga più di un secolo.

In Inghilterra Eleonor Davies Colley fu la prima donna esaminata e accettata nel 1911 al *Royal College of Surgery*.

In Francia Maria Sklodowska Curie fu la prima donna a insegnare alla Sorbona (1906) dopo la morte del marito Pierre.

Fin qui il racconto della chirurgia al femminile, dai tempi delle sporadiche concessioni al successo, non ancora completo, basato prevalentemente sui dati raccolti nei Paesi di lingua inglese per i quali è stato possibile trovare notizie e precise registrazioni. Non è certamente una

storia organica e neanche un resoconto sistematico e fedele ma solo una narrazione volenterosa e indicativa. È una registrazione di piccoli fatti, incerte questioni, varie ambientazioni nei contesti storici e locali che ci portano a concludere con empiriche considerazioni. E cioè, in sintesi, che i potenti, le istituzioni, alcune comunità sociali hanno impedito o accettato con forte circospezione l'esercizio femminile della medicina, e in modo particolare della chirurgia, determinando una vera e propria emarginazione che è durata a lungo. Bisogna arrivare al XIX secolo avanzato perché vada maturando, nell'Occidente, una reale consapevolezza della questione valutando obiettivamente aspirazioni, qualità e circostanze.

Intorno alla metà del XX secolo la chirurgia annovera un certo numero di donne negli USA ma questa osservazione non è significativa sia per l'esiguità delle percentuali sia perché allora, in quel grande Paese, già largamente vigevano, per le donne, effettive possibilità di qualificato lavoro in molti altri campi per cui l'eventuale volontà di escluderle dall'esercizio della chirurgia ci appare infondata e di parte considerando il loro manifesto interesse e successo in diversi settori, anche squisitamente scientifici, di notevole responsabilità ed impegno. A nota esemplificativa della situazione registriamo che nel 1943 Max Thorek, celebre chirurgo statunitense, nella vasta e documentata autobiografia, ricca di esperienze, citazioni, incontri, iniziative e anche di qualche riferimento storico, non ricorda alcuna donna impegnata in chirurgia che



Figura 4 - Dr. Dorothy Lavinia Brown.

non fosse una religiosa o benefattrice o infermiera ignorando, quindi, o evitando ogni problematica di genere (30).

Passiamo ora a considerare e a cercare di inquadrare certi aspetti interiori, pulsioni, naturali disposizioni, opportunità, calcoli di utilità per cui una donna decide di scegliere la chirurgia e ne fa una ragione di vita. Può ritenere un suo diritto naturale aspirarvi perché si sente capace allo stesso modo che i condiscipoli di sesso maschile e pertanto sicura di superare preconcetti, ostacoli e luoghi comuni. La scelta cade naturale, naturale dovrebbe essere il suo corso, conforme al disegno e alle aspettative. In altre parole le donne selezionano, maturando negli studi, un preciso novero di possibilità specialistiche per l'indirizzo professionale e trovano legittimo poter preferire la chirurgia superando dubbi di capacità e di genere. Altre "sentono" più caldamente una disposizione vocazionale, credono fermamente in una loro "personalità chirurgica", ambiscono a perseguire cure e ottenere guarigioni, magari prefigurano e apprezzano la possibilità di una utile e gratificante frequentazione sociale e intellettuale mediata dalla professione. Identificano nei loro "mentor", maestri, insegnanti diversi, le sapienti guide sulla via dell'apprendimento e dell'emancipazione e riversano buona volontà, determinazione, sacrificio nel lungo tirocinio. Sentono di realizzarsi in un lavoro compatibile con doveri, diritti e abitudini sociali nonostante la non rara opposizione dei famigliari. Infine, con risolutezza, mantengono e potenziano la scelta anche perché l'"approfondimento scientifico e, in genere, culturale, porta a una più intensa coscienza del loro lavoro anche se non può prescindere da preoccupazioni e sacrifici". Altre infine entrano nel corso specialistico seguendo occasionali flussi preferenziali suggeriti da eventi, condizioni del momento, varie opportunità.

Nonostante orgoglio e volontà di investire sul proprio cervello, le donne in chirurgia sentono tuttavia e denunciano spesso il peso dei doveri imposti dal servizio, specie degli orari di lavoro e dei ritmi serrati di insegnamento, e dell'insofferenza di colleghi convinti che la chirurgia, almeno per tradizione, sia un'attività di competenza maschile come quella dei piloti d'aereo e di Formula Uno. Particolarmente nel Nord America esprimono il loro disappunto per i pochi programmi di ricerca e le scarse casistiche cliniche a loro assegnati con la conseguente difficoltà di produrre studi e ricerche essenziali ai fini del progresso accademico specie quando si trovano nella condizione di "assistant professor" di chirurgia generale e di oncologia chirurgica (31). Ad un minuzioso esame di vocaboli, formule, espressioni linguistiche contenuti nelle lettere di presentazione per i candidati "specializzandi" sarebbero stati trovati addirittura i segni di un minore interesse e come di indifferenza nel caso di richiedenti dottoresse (32). Le donne lamentano che nel ruolo accademico dei "seniores" siano comprese poche di loro e che, in genere, arrivino tardi e non frequentemente al culmine della carriera (31, 33, 34). Una parte di loro finirebbe con il sentirsi discriminata nell'ambiente di lavoro. "Sessismo", talora "razzismo" e "materialismo" possono prevalere nelle corsie e nelle sale operatorie pure ad opera del personale di assistenza non medico. Anche nelle piccole cose possono sentirsi accusate di inadeguatezza e umiliate, perfino nelle misure ridotte del loro equipaggiamento chirurgico, camici, guanti, calzature, segni di una complessione fisica minore e, quindi, "di scarsa virilità" ("ma che posso farci se non sono in grado di aumentare la misura delle mie mani?")! Nelle corsie americane gli stessi malati le chiamano spesso "ladies doctors" piuttosto che non, più correttamente, "doctors"; si rivolgono a loro con maggior gentilezza e comprensione facendole sentire più fragili e meno affidabili. Il "chirurgo uomo" dà spesso segni di non essere convinto della capacità decisionale del "chirurgo donna" e della sua costanza: si dimostra scettico sull'obbligo esistenziale che ella si impone anche a scapito della sua vita privata. Certe volte, negli USA, le colleghe sono addirittura apostrofate con provocazioni ingiuriose, eccezionalmente volgari e rischiano di essere relegate in un costrittivo recinto di genere ("la giungla fallopiana") (35). Si spiega, così, per la complessità di sentimenti e di reazioni, come in tempi non proprio recenti alcune chirurghe o aspiranti tali aderissero e insistessero nel campo più vasto ideologico-politico dei movimenti socialistici o duramente femministi e antirazziali d'America.

In casi estremi, per classificare i comportamenti suddetti, sono stati invocati anche lo *stalking*, il maltrattamento vero e proprio e le molestie sessuali. Di particolare turbamento femminile sono ritenuti in America l'incomprensione, l'indifferenza o l'ostilità stessa, anche se non frequente, dei preposti alla docenza e all'addestramento comportamentale. Se anche il "mentor" è femmina si guadagna più facilmente la fiducia dell'allieva offrendole a considerare un modello di donna avanzato e di successo, sollevandola da impressioni e sentimenti negativi, ma sta di fatto che, non essendo facile per le donne progredire nella carriera accademica, le "mentor" non siano ancora così numerose da sostanzialmente formare e garantire equità a tutta la classe (27). Insomma, negli USA, il campo sarebbe ancora dominato dagli uomini, l'ambiente difficile e il lavoro estenuante, la donna soggetta all'altrui percezione di "improprietà e inefficacia" del suo impegno (36). È naturale, per di più, che possano sentire il peso di inadempienze nel campo degli obblighi famigliari ("*work-life balance*") sia per quanto riguarda i figli sia nei rapporti con il coniuge il quale, a sua volta, nell'83% dei casi, rimane assente per lavoro. "I figli dormono ancora quando le mamme vanno al lavoro e dormono già quando tornano a casa" per cui si affezionano di più a balie e "*baby-sitter*" che non alle madri. I rapporti con il *partner* si mantengono normali fino a quando questi comprenda e offra sostegno, si deteriorano con il tempo a causa delle protratte assenze e dei lunghi ed estenuanti orari di servizio specie durante il periodo della "*residence*" (60-80 ore settimanali). Ne soffrono conseguentemente anche la conservazione di abitudini famigliari, la frequentazione abituale di amicizie e conoscenze e l'assiduità negli '*hobby*' (*life style*). Questo stato di cose viene definito "*work-home conflict*" e può diventare un'aggravante della condizione di "*burnout*" (37). Durante il periodo di "*residence*" il 50% degli uomini ha il primo figlio mentre soltanto il 25% delle chirurghe americane affronta la prima gravidanza, non di rado già ritardata, in un primo tempo talora celata, poi continuando comunque a lavorare fino al limite sopportabile e tornando al lavoro dopo due-sei settimane dal parto. In gravidanza, parto e puerperio possono sorgere altri notevoli problemi che richiedono ulteriori comprensione e supporti da parte dei ruoli istituzionali (38). Per queste ragioni un quarto delle giovani chirurghe preferisce rimanere single ed eventualmente solo il 60% avere figli a fronte del 6% dei chirurghi che sceglie di rimanere '*single*' e del 92% che decide di averli. Nel caso di dottoresse sposate con colleghi la maternità sarebbe accolta con più favore (9, 39-44).

Inoltre negli USA le donne impegnate in chirurgia guadagnano meno di quanto guadagnato dagli uomini nelle stesse condizioni di lavoro (45) e per loro, come abbiamo ricordato, è difficile procedere fino ai gradi più alti della carriera. A causa di difficoltà e sperequazioni si verificano anche alcuni abbandoni e rinunce durante il tirocinio e cambiamenti di indirizzo professionale da parte delle laureate che, attualmente (2016), solo per il 14% rispetto al 33% dei laureati in ambito nazionale, opta per la "specializzazione" in chirurgia, materia che, comunque, per diverse ragioni, registra, in molte nazioni, una progressiva diminuzione delle richieste di accesso.

Le donne rispondono all'atteggiamento avverso dell'ambiente di lavoro in vario modo, spesso con fermezza, portando argomenti e documentazioni sul loro operato, chiedendo solidarietà in famiglia, cercando di vincere il senso di colpa dovuto alle difficili condizioni domestiche indotte, per quanto possibile mantenendo e rinsaldando sentimenti e comportamenti coniugali e sociali.

Contro le crisi esistenziali descritte si sono offerti, specie in Nord America, molteplici consigli e suggerite contromisure. Le donne non dovrebbero cercare di imitare gli uomini omologandosi ad essi surrettiziamente per cercare di rendersi più accette ("mascolinizzazione") ma fare in modo di "far risplendere il loro cromosoma X di luce propria" in un regime di competizione cameratesca e di sana integrazione. Dovrebbero accentuare quelle che sono le caratteristiche del proprio sesso: gentilezza, approccio umanitario con il malato, solidarietà, franchezza, iniziative e decisioni sensate insieme a coerenza, rispetto e collaborazione nel lavoro di *équipe* senza cadere in debolezze e sottomissione. Un po' banalmente si consiglia di "non pun-

tare sulla propria bellezza che nel lavoro può essere anche ingombrante, di lasciare i tacchi alti fuori dalla sala operatoria”, di muovere con prontezza e cognizione le “piccole e agili mani”, di non assumere “un piglio dottorale”, di non “commuoversi di fronte a un malato che sta morendo”, di non lamentarsi della durezza del lavoro, tanto meno di piangere in momenti di sconforto. Si raccomanda loro di partecipare a gare e giochi in comune e, genericamente, di mantenere relazioni amicali con i colleghi anche al di fuori dall’ambiente di lavoro, di non lagnarsi pubblicamente per eventuali difficoltà in famiglia e nella cerchia degli amici. Al tempo stesso, però, le chirurghe non debbono sembrare deboli, assumere il comportamento di “donne rifugio” anche se comprensive e confidenti, mostrare eccessiva disponibilità, piegarsi a rinunce per il volere delle oligarchie patriarcali. Parrebbe importante che diano buona impressione fin dai primi giorni dell’assunzione in servizio mostrando consenso e “adesione” e tuttavia far capire, poi, che si dispone di una “pelle dura” ma non tanto da non trovare accordo e coordinazione con gli altri. Dovrebbero tener presente che professori ed esaminatori non giovani generalmente sono conservatori e perciò convenga adattarsi ai loro paradigmi. “Assumete un comportamento di grande equilibrio quando raggiungerete nella carriera gradi di responsabilità superiori nella convinzione che un giorno, con l’evoluzione dei tempi e delle identità, non si dirà più ‘leaders donne’ ma semplicemente ‘leaders’ e sarà vostro compito creare modelli femminili di esempio e incoraggiamento alle giovani per respingere la disuguaglianza di genere e realizzare il sogno e la costanza della vocazione”. D’altra parte, di fronte all’eventualità di contrasti violenti le donne dovranno comportarsi con vigore (a prova d’urto: “resilienza”) rivendicando il diritto all’equilibrio di genere anche per mettere alla prova la forza della loro personalità (“*per ardua surgo*”) (46). Non bisogna eccedere, comunque, con reazioni pesanti assumendo atteggiamenti da “superdonna” ma mantenere, in ogni caso, comprensione e misura.

Le diverse Istituzioni accademiche, assistenziali e organizzative, hanno il compito di affrontare i problemi specifici sorti nelle comunità lavorative intervenendo su causalità, manifestazioni e conseguenze, formulando e mettendo in opera piani correttivi a favore di collegialità, flessibilità, orari e carichi di lavoro, dinamica delle “*residence*”, supporto ai problemi della gravidanza e della maternità, d’altra parte stimolando l’intesa culturale e pratica nei gruppi chirurgici non ancora aggiornati al rispetto dei diritti.

I conflitti di genere qui descritti, le difficoltà che le donne ancora percepiscono, i profitti che vantano e i dati statistici sulle loro scelte, sono ben presenti, conosciuti e descritti da tempo in USA, Inghilterra, Australia (tutti Paesi, peraltro, in cui la lingua inglese non conosce la differenziazione di genere...). Scarseggiano, invece, o sono completamente ignorate, analisi similari in molti altri Paesi e pertanto, al momento, non si possono bene identificare e calibrare i rimedi secondo una strategia globale anche per la frequente mancanza o penuria delle risorse dedicate e per le difficoltà esistenziali di alcuni Stati e Regioni come in Africa e in Medio Oriente (47).

Negli U.S.A. le donne hanno da tempo creato Associazioni in loro difesa e promozione. Queste hanno “i compiti di rappresentare la categoria quali organi di consiglio e supporto, di curare una rete di conoscenza e di rapporti intrinseca e all’esterno, di portare le istanze in sedi istituzionali, di favorire l’ascesa delle donne ai ruoli di maggiore responsabilità operativa e dignità, di sostenere programmi di mentorship, discutere per la revisione di programmi di *training*, intervenire in situazioni di gravità”.

L’ “*Association of Women in Surgery*” (WINS), fondata nel 1982 da Patricia J. Numann, che ne fu anche Presidente negli anni 1986-1987, riscuote un consenso molto ampio. Essa offre programmi di *mentorship*, *grants* e *awards*, partecipazioni e *meeting* destinati alle donne e dichiara la sua missione “*to inspire, encourage, and enable women surgeons to realize their professional and personal goals*”. Il *Women in Surgery Committee* (WSC), dedicato alla memoria di Mary Edwards Walker, composto da rappresentanti di specialisti e studenti, membri dell’ACS e della WINS, sta studiando di rendere più attrattiva per le donne la carriera chirurgica cer-

cando di ovviare agli attuali problemi organizzativi e sociali.

In Italia le cose sono andate diversamente, cioè meglio, rispetto ai Paesi anglofoni ai quali si riferisce la gran parte delle notizie da noi riportate, attendibili per la loro precisa rubricazione e l'inserimento storico. Da noi non si è manifestata, di principio, opposizione preconcepita e ostinata alla richiesta dei pari diritti da parte del potere legislativo, delle diverse categorie professionali e degli Ordini collegiali non sono stati discussi termini costrittivi né, in genere, si manifestano comportamenti particolarmente avversi all'interno dei gruppi chirurgici e da parte degli stessi malati o, almeno, tali fenomeni non sono stati totalizzanti. Tanto che l'Italia, insieme all'Olanda, è segnalata, nella letteratura specializzata, piuttosto concessiva sullo specifico tema delle pari opportunità di genere. Può vantare, inoltre, anche per il lontano e vicino passato, alcune presenze femminili di vaglia nel campo degli studi medici. Alessandra Giliani è l'abile e colta dissettrice di Mondino a Bologna agli inizi del Trecento; Dorotea Bocchi, nel secolo successivo, insegna ufficialmente medicina e filosofia morale in quella Università; nel Settecento Anna Morandi Manzolini, sempre a Bologna, succede al marito come titolare della Cattedra di Anatomia; nella seconda metà del secolo ha fama di competente chirurga e di docente (nel Collegio Medico di Firenze e a Ferrara) Maria Ferretti Petrocini di Bagnacavallo, moglie di Francesco Ferretti, anch'egli chirurgo (15); ai primi dell'Ottocento Maria Delle Donne, laureata in medicina e filosofia, insegna ostetricia e ginecologia (9). Nel secolo XIX non sono mancati vocazioni e successi. Maria Montessori, "signorina di buona famiglia" marchigiana (Chiaravalle, 1875), ottenuta la "licenza fisico-matematica" nel 1890, fortemente attratta dagli studi in medicina, persegue il suo proposito con fermezza e continuità. Chiede insistentemente e di persona a Guido Baccelli, Clinico Medico dell'Università "La Sapienza" di Roma ed ex ministro della Pubblica Istruzione, di usare la sua autorevolezza per agevolarla dato che all'epoca era necessaria la licenza del liceo classico, di cui era sprovvista, per accedere alla Facoltà di Medicina. Baccelli non poté che cercare di dissuaderla ma la Montessori non desistette, s'iscrisse alla Facoltà di Scienze Biologiche e alla fine del primo anno di corso, con il favore infine dello stesso Baccelli (e forse per interessamento anche di papa Leone XIII!), ottenne finalmente il "passaggio" a Medicina e si laureò. Diede prove ulteriori di capacità e costanza come allieva ed "interna" della Clinica Medica, poi orientandosi definitivamente verso gli studi neuropsichiatrici (48).

In quel tempo la prima laureata in Medicina dell'Italia post-unitaria era stata Ernestina Paper (a Firenze nel 1877) seguita, a Napoli (1887), da Anna Kuliscioff, donna di intelletto ed azione, a lungo attiva nelle file del partito socialista.

Vero è che da noi l'universo femminile è rimasto per un lungo tempo più fedele alla tradizione del ruolo centrale svolto dalle donne nell'esclusivo ambito familiare anche a causa e in conseguenza di specifici eventi e fenomeni che per violenza e conseguenze hanno inciso notevolmente su comportamenti e costumi della nostra società: le due grandi e devastanti guerre mondiali, i numerosi e ampi flussi emigratori, i ricorrenti gravi disagi economici e sociali, la tardiva unità territoriale della nazione (1870-1918) e il riconoscimento del diritto femminile al voto politico solo dopo il primo conflitto mondiale. Sono inoltre mancati, all'evoluzione popolare, i crudi determinanti rivolgimenti politici e sociali, vere e talora severe rivoluzioni nazionali, massicciamente coinvolgenti e non di rado massimaliste, innovatrici di ulteriori fedi e storici interessi che da tempo, altrove - in Francia la Rivoluzione della fine del XVIII secolo, in Inghilterra le due Rivoluzioni del XVII e soprattutto quella "industriale" della seconda metà del XVIII e dei primi decenni del XIX, in America le Guerre d'Indipendenza (1775-1782) e di Secessione (1861-1865) - hanno bruscamente e definitivamente cambiato assetti culturali e organizzativi e di conseguenza avviato, fra l'altro, il processo di maggiore consapevolezza e maturazione femminili. Le donne, per lo meno in "Occidente", non vanno più considerate nel ruolo esclusivo di "angeli" o di "vestali" del focolare domestico ma si avviano con successo ad assumere pienamente una propria identità paritaria nel lavoro, nella cultura, nello stato economico e comportamentale, a costituire una forza lavorativa soggettivizzata valida e indipen-

dente. Oggi, in Italia, dopo un equo rodaggio della situazione, la percentuale di ammesse agli studi di medicina corrisponde, grosso modo, alla parità con gli uomini e si avvia francamente a superarla. Non vi si registrano con frequenza, e si evitano, aspetti sconvenienti della vita in comune nei luoghi di lavoro e si controllano per quanto possibile le condizioni famigliari di sofferenza. Molte donne meritevoli sono valorizzate nel comune lavoro, a ragione delle loro proprie energie e dei risultati. Permane tuttavia un forte divario di genere, a favore del sesso maschile, nel conseguimento dei gradi più avanzati e responsabilizzanti delle carriere professionali sia nei ruoli accademici che in quelli ospedalieri. Le Università italiane, per dichiarazione dei loro Rettori, si stanno impegnando “formalmente” al riequilibrio della situazione.

Nella mia lunga personale esperienza di chirurgo, di direttore di Scuole di Specializzazione chirurgiche ed anche nella veste di Segretario Generale e di Presidente della Società Italiana di Chirurgia nel periodo che va dall'immediato secondo dopoguerra al principio del nuovo secolo, maturata nei Policlinici Universitari di Roma e di Perugia e negli Ospedali Riuniti di Roma, ho assistito a un continuo, graduale aumento del numero e dell'impegno delle donne in chirurgia. Non ho avvertito, per lo più, durante tale cambiamento epocale di costume e di scelte, manifestazioni insistenti di forte dissenso e di “rancore” reciproco tra i due sessi operanti nelle comuni attività cliniche, scientifiche e didattiche tali da influenzare negativamente lo svolgimento del corretto lavoro e della proficua civile convivenza. I rapporti, nel tempo, si sono per lo più evoluti in senso migliorativo ed inclusivo tanto che, al momento, si auspicano concretamente di leale e fattiva collaborazione. Al tempo stesso ho potuto valutare il volenteroso impegno delle donne nell'intendere e nel bilanciare difficoltà pratiche e sentimenti famigliari con l'incedere incessante dei doveri lavorativi. Questa evoluzione progressiva ho interpretato come processo incontestabile del divenire storico di causalità non occasionale eticamente motivato. Ma ho dovuto constatare, anche nel mio ambiente e tuttora, la persistente disparità di genere nell'acquisizione di attribuzioni professionali superiori e definitive a svantaggio delle donne da mettere in conto, in parte, a un residuo maschilismo proprio di generazioni meno giovani o a una concorrenza a potenzialità non equilibrata. Si può indebolire, così, l'entusiasmo di alcune colleghe già avviate alla chirurgia fino a indurle, talora, alla rinuncia dei loro sogni e propositi più avanzati. In questi casi specializzande e specialiste in chirurgia possono anche ripiegare su fini e traguardi diversi, più o meno concreti specie se si associano persistenti o nuove considerazioni che le dissuadano (desiderio di avere figli in giovane età, timore di non poter sopportare a lungo e contemporaneamente un lavoro gravoso, necessità o pressioni di ambito famigliare, contrarietà ad affrontare trasferimenti di sede disagiati, più o meno prolungati o addirittura definitivi). Alcune donne che hanno già intrapreso gli studi chirurgici, dunque, possono ragionare negativamente sulla loro situazione attuale, avvertire impropriamente la debolezza e la velleità della loro vocazione, far emergere una complessiva critica consapevolezza che le porta a valutare differenti, più solidi “interessi”. Vengono a trovarsi, in questi casi, in una specie di “limbo”, una pausa, cioè, indefinita e instabile che oblitera l'originaria individuale disposizione d'animo, porta alla rinuncia delle possibilità di carriera e induce infine, non di rado, a mediocri e generiche attività non chirurgicamente qualificanti ma soltanto di “adattamento” spesso di ordine economico.

Una piccola percentuale può anche rivolgersi ad altri corsi considerati più “femminili” e meno gravosi sommando allora qualifiche formali fra loro diverse se non contrastanti, poco utili e disintegranti ai fini di una soddisfacente definizione lavorativa.

Per altro verso gli uomini mi sono sembrati in genere più determinati e costanti nel seguire gli scopi originari anche se non concretamente realizzabili nel loro corso di studi e di lavoro. Questa tendenza si potrebbe, almeno in parte, spiegare con la fiducia che hanno di poter progredire meno difficilmente nella chirurgia in nome di una prevalenza “storica” di genere che, attualmente, in effetti non ha più realtà e significato e non dovrebbe esistere neanche e tanto meno per il conseguimento degli alti ruoli di carriera. Gli uomini inoltre, soprattutto in Italia,

non si sentono così legati ad alcuni obblighi famigliari che ancora vengono percepiti come di spettanza femminile anche perché non infrequentemente, almeno in Italia, rappresentano le uniche fonti di reddito famigliare.

Una donna che vuole fare la chirurga non è più un'eroina dei nostri giorni. Sicuramente troverà difficoltà molto minori e naturali facilitazioni progressive ed è fatale che l'accesso alla chirurgia si equilibri gradualmente secondo i generi e si qualifichi equamente in funzione di meriti e di capacità professionali. A questo proposito ho constatato come le giovani chirurghe, anche se non ancora abbastanza esperte, dimostrino spesso, al tavolo operatorio, una franchezza e una coerenza di atti che testimoniano, al di là di una chiara conoscenza dei testi, anche una capacità di serena concezione e di corretta applicazione metodologica oltre che, in certi casi, una vera e propria tendenza tecnica attitudinaria.

Anche in Italia, di recente, le chirurghe si stanno organizzando, consapevoli di eventuali difficili situazioni ambientali, per cercare antidoti a difesa delle loro scelte e vocazioni nelle fasi formative e progressive della loro attività. Si chiede alle Associazioni e Istituzioni pubbliche della cultura, dell'insegnamento e dell'assistenza di intervenire a favore delle perequazioni di genere e, ove necessario, per la bonifica dei rapporti collegiali, con opportuni provvedimenti correttivi e di adeguamento. La Società Italiana di Chirurgia (SIC), con le presidenze di Francesco Corcione e di Marco Montorsi, ha dato recentemente voce efficace a queste opportune iniziative creando nel suo ambito una commissione di "Pari Opportunità" guidata dal vice-presidente Claudio Bassi. Nel Congresso Congiunto delle Società Scientifiche Italiane di Chirurgia del settembre 2016 è stata presentata l'associazione "Women in Surgery Italia" (WIS Italia) capitolo italiano di un network internazionale, che si dà il compito di esaminare la situazione nel nostro Paese, non ancora sistematicamente studiata, ponendo l'accento critico su discriminazioni di sesso, modelli di riferimento, ostacoli nello sviluppo delle carriere, conciliazione tra vita professionale e vita privata, tutele e supporti sociali. Ne è Presidente la dottoressa Isabella Maria Frigerio. Una chirurga, la professoressa Francesca Catalano, è stata eletta nel Consiglio Direttivo della SIC per il biennio 2016-2018.

Concludo questo mio studio (che è il primo del genere in Italia) osservando che molta strada è stata fatta nelle coscienze e nelle conoscenze anche dai tempi non lontani delle maliziose interpretazioni letterarie [Charles Baudelaire: "Mademoiselle bistouri" (49) - Bruno Corra: "La biondina dei sette dottori" (50)] e diversamente dagli attuali fingimenti edulcorati ("Greys' Anatomy").

Deve essere operante, dunque, un equipollente corredo del sapere e dell'agire.

"In chirurgia c'è posto per tutti, uomini, donne e ... robot"!

\* \* \*

### **Ringraziamenti**

A Rita Di Castro per la paziente e fedele collaborazione alla revisione del testo.

### **Bibliografia**

1. Pastena JA. Women in Surgery. An ancient tradition. Arch Surg. 1993;128:622-626.
2. Wirtzfeld DA. The history of women in surgery. Can J Surg. 2009;52:317-320.
3. Dawson I. Medicine in ancient Egypt in the history of medicine. Prehistoric and Egyptian Medicine, New York, Enchanted Lion Books, 2005:38-47.
4. Di Matteo G. Chirurgia in nummis, in corso di stampa.



5. Penso G. *La Medicina Romana. L'arte di Esculapio nell'antica Roma*. Ciba-Geigy Edizioni, 1985.
6. Lyons AS, Petruccelli RJ, Joseph R. *Medicine, an illustrated history*, Harry N. Abrams, New York, 1987, ed. ital.: Lyons AS, Petruccelli RJ, Joseph R. *La Storia della medicina. Momento Medico*, Salerno, 1992.
7. Mead KC. *A history of women in medicine from the earliest times to the beginning of the nineteenth century*. Haddam Press, 1938:20.
8. Friedman R, Fang ChH, et al. Women's role in otolaryngologic medicine. *Bull Am Coll Surg*. 2016;101(12):40-43.
9. Bonadonna G. *Donne in medicina*. Rizzoli, Milano, 1991.
10. Margotta R. *Medicina nei secoli*. Mondadori, Milano, 1967.
11. Memoli Apicella D. *Io, Trotula. Storia di una leggendaria scienziata medievale*. Marlin Editore, Cava de' Tirreni, 2013.
12. Giliberti L. Della medaglia in onore di un'antica medichessa. *Bollettino del Circolo Numismatico Napoletano*. 1925, n.1 (estratto).
13. Del Gaudio A. La leggenda dei Santi Martiri Cosma e Damiano, in *Medicina Italiana*, 1928.
14. Ricciardelli N. *I chirurghi dei potenti. Il racconto dell'arte medica tra riti, miti, personaggi*, Juppiter Edizioni, Napoli, 2016.
15. Giliberti L. *Le antiche chirurghe nella Scuola Salernitana*. *Gazzetta medica italo-argentina*. 1924, Anno VII (estratto).
16. Di Matteo G. *I chirurghi nel Palazzo*. *Bollettino della Società Italiana di Chirurgia*. 1990;11:125-154.
17. Fabbi A. *La scuola chirurgica di Preci*. *Arti Grafiche Porretto*, Spoleto, 1974.
18. Choukroun PL. *Selci, barbieri e nano-robot*. Gremese, Roma, 2014.
19. Hoby M, Meads DM. *Diary of Lady Margaret Hoby. 1599-1605*, London, G. Routledge and Sons, 1930:184.
20. Ali Aamna M, McVay CL. *Women in Surgery: A History of Adversity, Resilience and Accomplishment*. *J Am Coll Surg*. 2016;223(4):670-673.
21. Inaugural Mary Edwards Walker Award presented to Dr. Maniscalco-Theberge. *Bull Am Coll Surg*. 2016;101:60-61.
22. Di Matteo G. *Alla ricerca dei chirurghi perduti Charles Pierre Denonvilliers e la "sua" aponeurosi*. *Il Giornale di Chirurgia*. 2017;XXXVIII(2):103-108.
23. Price K, Altieri MS, et al. *Surgical specialty choice: perceptions about choosing surgical specialties for women in surgery*. *J Am Coll Surg*. 2017;225(4 S92).
24. Terzian H, Sun R, et al. *Surgery comes of age: the ACS and the evolution of the surgical profession*, *Bull Am Coll Surg*. 2016;101:13-18.
25. Totenberg N. *Women in the professions*. *Bull Am Coll Surg*. 2011;96(2):12-23.
26. Grassi Ch, Fripp V, Pories S. *ACS WISC addresses ongoing challenges for women in surgery*. *Bull Am Coll Surg*. 2016;101:29-33.
27. Emamaullee JA, Lyons MV, et al. *Women leaders in Surgery: past present and future*. *Bull Am Coll Surg*. 2012;97:24-29.
28. Kaderli R, Guller U, et al. *Women in surgery: a survey in Switzerland*. *Arch Surg*. 2010;145(11):1119-1121.
29. Numann PJ, installed as 92nd President of the ACS. *Bull Am Coll Surg* 2011;96(11):40-41.
30. Thorek M. *A surgeon's world, An autobiography*. J.B. Lippincott Comp., Philadelphia - New York, 1943.
31. Valsangkar N, Fecher AM, et al. *Understanding the barriers to hiring and promoting women in surgical subspecialties*. *J Am Coll Surg*. 2016;223:387-398.
32. Filippou PL, Mahajan SL, et al. *Gender Bias in letters of recommendation for urology residency applicants*. *J Am Coll Surg*. 2017;225(4):S76.
33. Cochran A, Hauschildt T, et al. *Perceived gender-based barriers to careers in academic surgery*. *Am J Surg*. 2013;206:263-268.
34. Jena AB, Khullar D, et al. *Sex differences in academic rank in US medical schools in 2014*. *JAMA*. 2015;314:1149-1158.
35. Longo P, Straehley CJ. *Engendered surgery: women surgeons reveal their experiences*. *ATC 121*, March-April 2006.
36. Ahmadiyah N, Cho N, et al. *Career satisfaction of women in surgery: perceptions, factors, and strategies*. *J Am Coll Surg*. 2010;210(1):23-28.
37. Dyrbye LN, Shanafelt TD, et al. *Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex*. *Arch Surg*. 2011;146:211-217.
38. Castillo-Angeles M, Smink DS, et al. *Pregnancy and motherhood during surgical training: a qualitative assessment*. *J Am Coll Surg*. 2017;225(4 S180).
39. Davids JS, Scully RE, et al. *Impact of procedural training on pregnancy outcomes and career satisfaction in female postgraduate medical trainees in the United States*. *J Am Coll Surg*. 2017;225:411-418.
40. Willett LL, Wellons MF, et al. *Do women residents delay childbearing due to perceived career threats?* *Acad Med*. 2010;85:640-646.
41. Smith C, Galante JM, et al. *The surgical residency baby boom : changing patterns of childbearing during residency over a 30-year span*. *J Grad Med Educ*. 2013;5:625-629.
42. Merchant SJ, Hameed SM, et al. *Pregnancy among residents enrolled in general surgery: a nationwide survey of attitudes and experiences*. *Am J Surg*. 2013;206:605-610.
43. Merchant S, Hameed M, et al. *Pregnancy among residents enrolled in general surgery (PREGS): a survey of residents in a single Canadian training program*. *Can J Surg*. 2011;54:375-380.

44. Huang E, Jonasson O. A pregnant surgical resident? Oh my! JAMA. 1991;265(21):2859-2860.
45. Sanfey H, Crandall M, et al. Strategies for identifying and closing the gender salary gap in surgery. J Am Coll Surg. 2017;225:333-338.
46. Freischlag JA, Silva MM. Bouncing up: resilience and women in academic Medicine. J Am Coll Surg. 2016;223(2):215-220.
47. Marks IH, Diaz A, et al. Do women and men Experience similar barriers to surgical careers worldwide? J Am Coll Surg. 2016;223:S67-S68.
48. Borghi L. Il medico di Roma. Armando Editore, Roma, 2015.
49. Baudelaire C. Mademoiselle Bistouri, Oeuvres complètes de Charles Baudelaire. Michel Lévy frères, 1869.
50. Corra B. La biondina dei sette dottori. Garzanti, Milano, 1821-1867.

\* \* \*