

27. Sintesi delle interpretazioni, con bibliografia, in PENSABENE P., in: AA.VV., *Terrecotte votive dal Tevere*. Roma, 1980, pp. 321-322.
28. COMELLA A., op. cit. nota 13, pp. 79-80. L'identificazione del tipo tre con il cuore è basato sulle rappresentazioni di tale organo nelle tavolette poliviscerali (COMELLA A., op. cit. nota 6, p. 150 ss., tav. 89-91).
29. Firenze Museo Archeologico. HOLLANDER H., *Plastik und Medizin*. Stuttgart 1912, op. cit. nota 31, p. 193 Fig. 102
30. STIEDA L., *Anatomisch-archaeologische Studien II, Anatomisches ueber altitalische Weihgeschenke*. Wiesbaden, 1901, p. 107.
31. Sintesi del problema in FENELLI M., op. cit. nota 1, p. 95. Per la ginecologia antica v. LLOYD G.E.R., *Science, Folklore and Ideology. Studies in the Life Sciences in Ancient Greece*. Cambridge, 1983 (trad. it. *Scienza, Folklore, Ideologia. La Scienza della vita nella Grecia antica*. Torino, 1987, in particolare p. 53 ss. (il sesso femminile, cure mediche e teorie biologiche nel V e IV sec. a.C.), p. 68 ss. (teorie alternative sul seme femminile); CAMPESE S., MANULI P., SISSA G., *Madre materia. Psicologia e biologia della donna greca*. Torino, 1983, v. anche GOUREVITCH D., *Le mal d'être femme. La femme et la médecine dans la Rome antique*. Paris, 1984; CANTARELLA E., *L'ambiguo malanno*. Roma, 1985, 185 ss.; SISSA G., *Filosofia del genere. Platone, Aristotele e la differenza dei sessi*. In: SCHMITT PANTEL P. (ed.), *Storia delle donne, L'antichità*. Laterza, Roma-Bari, 1990, p. 58 ss.
32. FENELLI M., op. cit. nota 1, p. 218 ss. Per i tipi su alta base v. COMELLA A., *Il materiale votivo tardo di Gravisca*. Roma, 1978, pp. 71-73; 168-176; COSTANTINI S., op. cit. nota 4, p. 75; per quelli a pera e a mandorla v. COMELLA A., op. cit. nota 6, p. 139 ss.; STEFANI G., *Terrecotte figurate (Materiali del Museo Archeologico Nazionale di Tarquinia 7)*. Roma, 1984, p. 18 ss, 46 ss. V. inoltre D'ERCOLE M.C., op. cit. a n. 4, 185 ss.. L'ipotesi più comunemente accettata vede nelle appendici la riproduzione di una cisti, o di un tumore.
33. Per la bibliografia relativa a studi concernenti i votivi anatomici, v. FENELLI M., op. cit. nota 1, p. 228 ss. Per le rappresentazioni poliviscerali v., in particolare: STIEDA L., op. cit. nota 26; ROUQUETTE P., *Les ex-voto médicaux d'organes internes dans l'Antiquité Romaine*. Bull. Soc. Fr. Hist. Med. 1911; X: 504-519; Ibidem, 1912; XI: 270-287; 370-414; HOLLANDER H., *Plastik und Medizin*. Stuttgart, 1912; REGNAULT F., *Les ex voto polysplanchnique de l'antiquité*. Bull. Soc. Fr. Hist. Med. 1926; XX: 135 ss.; DÉCOUFLÉ P., *Sur un mannequin anatomique étrusque du III et II siècle avant J.C.*. Archives de la Société de Médecine de l'Afrique Noire, 1958; TABANELLI M., *Conoscenze anatomiche ed ex voto poliviscerali etrusco e romani di Tescennano presso Vulci*. Riv. St. Med 1960; IV,II: 295-313; DÉCOUFLÉ P., *Introduction à l'étude des mannequins anatomiques, l'incision du corps humain dans la plastique archaïque*. Semaine des Hopitaux de Paris, 20 Déc. 1961, pp. 3608-3620; TABANELLI M., *Gli "ex-voto" poliviscerali etruschi e romani*. Firenze, 1962.
34. V. in particolare SARCHIONI G., *L'ispezione dei visceri nell'antichità con riguardo all'aruspicina etrusca*. Veterinaria 1959; 3: 141 ss. e TABANELLI M., op. cit. nota 31.
35. Interessante, nel lavoro del TABANELLI M., *Ex-voto poliviscerali*. Op. cit. nota 31, p. 77 ss. lo studio di ogni singolo organo attraverso le varie riproduzioni, partendo da quella più vicina all'anatomia reale per poi rilevare le deviazioni anatomiche.

Correspondence should be addressed to:
 Maria Fenelli, Via Palestro, 63 - 00185 Roma, I

Recensioni/Essay Reviews

GRMEK Mirko D., *Histoire du sida* (IIème éd.). Paris, Payot, 1995, pp. 492.

Dopo 6 anni dalla I edizione, Mirko Grmek pubblica una nuova edizione del suo saggio sulla storia della sindrome da immunodeficienza acquisita (SIDA/AIDS). Si tratta di un'analisi dei molti aspetti legati all'esplosione di questa pandemia, con un incrocio continuo tra dati di epidemiologia e di medicina molecolare, insieme con l'analisi della evoluzione rapida delle idee su eziopatogenesi, stadi di sviluppo, modalità generali di propagazione dell'infezione.

Le cinque parti in cui è diviso il libro riguardano: l'insorgenza della malattia in America, Europa ed Africa; la scoperta della eziopatogenesi virale; la correlazione con le malattie epidemiche nella storia insieme con le ipotesi di primo insorgere della malattia; infine, l'analisi dei possibili primi focolai africani e delle condizioni di sviluppo della malattia (patocenosi). Inoltre un ultimo capitolo è dedicato alla analisi ed ai progressi intervenuti negli ultimi 5 anni. Completano il testo oltre 100 pagine di voci bibliografiche e note.

Mirko D. Grmek non poteva sottrarsi alla necessità di ripercorrere le tappe del diffondersi della malattia, a partire da quando nel 1979 il dr. Joel Weisman notò a Los Angeles che diversi suoi pazienti omosessuali di età tra 29 e 36 anni presentavano mononucleosi, febbre, dimagrimento, diarrea, tumefazioni linfonodali e mugugno orale ed anale. La prima correlazione eziopatogenetica fece pensare ad un'infezione da citomegalovirus, ma rapidamente si aggiunse l'osservazione fatta dal dr. Michael S. Gottlieb del servizio di Immunologia clinica della UCLA di una diminuzione drastica dei linfociti T e poi della presenza di *Pneumocystis carinii* nello spazzolato bronchiale. Il Centers for Disease Control (CDC) di Atlanta ufficializzava la nuova malattia il 5 giugno 1981, descrivendo nel proprio Bollettino cinque casi di grave polmonite da *Pneumocystis carinii* in pazienti ricoverati in ospedali di Los Angeles tra ottobre 1980 e maggio 1981.

Poco dopo venne pubblicato sull'*American J. Dermatopathology* (1981; 3:111-4) un articolo che descriveva morbo la comparsa del morbo di Kaposi in omosessuali africani. L'osservazione venne effettuata anche in omosessuali di New York (*Lancet* 1981; 2:598-600) ed infine se ne parlò su *New England J Medicine* (1981; 305: 533-39; 1425-31; 1439-44) definendo anche l'aumento relativo della sottopopolazione linfocitaria OK-T8 (CD8), oltre alla diminuzione dei linfociti T citotossici. Con queste osservazioni si è definito il quadro clinico che è poi divenuto noto come AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) e che ha costituito una dei più rilevanti modelli per lo sviluppo di conoscenze di biologia molecolare.

Grmek ricorda che, se a Temin e Baltimore si deve la scoperta della trascrittasi inversa e dei retrovirus, è al gruppo di Robert Gallo che si debbono studi rilevanti sul meccanismo d'azione dei retrovirus linfotropi (Human T-cell lymphoma virus o HTLV), con la crescita autocrina dovuta al T-cell growth factor (poi ridenominato Interleukina-2). Il gruppo di Gallo ha pubblicato poi dati che indicano il coinvolgimento di un virus HTLV-simile nell'AIDS, virus denominato da Gallo HTLV-III. Gallo ed i suoi allievi ritennero che varianti diverse dello stesso ceppo di virus siano responsabili di linfomi o lisi cellulare. Strada sbagliata, come alla fine emergerà dagli studi di Luc Montaigner, confermati subito da Gallo, con una polemica aspra sulla priorità ed indipendenza della prima osservazione, che alla fine si è risolta a favore di Montaigner, senza nulla togliere a Gallo riguardo ai suoi meriti di biologo molecolare dei retrovirus linfotropi.

Da allora l'agente eziopatogenetico è chiamato Human Immunodeficiency Virus (HIV), con varianti I oppure II; sul piano clinico la malattia iniziale ed ancora non sviluppatasi è messa in evidenza con sensibili test che evidenziano la sieropositività, cioè la presenza di anticorpi diretti contro il virus, mentre la presenza del virus è messa in evidenza e caratterizzata mediante *polymerase chain reaction* (PCR). Casi di AIDS sono ormai descritti in ogni nazione, in una sorte di *unificazione*, che nei tempi passati si è avuta per alcune malattie infettive nel bacino del Mediterraneo con l'instaurarsi del dominio romano, che porta

nuove malattie, dice Plinio (*Hist. Nat.* XXVI.1), come *lichen*, *carbunculus*, *elephantiasis*. Con la scoperta dell'America si è poi avuto uno scambio di malattie tra i due continenti (rispettivamente, sifilide e vaiolo).

L'analisi retrospettiva condotta da Grmek ha conseguito apprezzabili risultati: essa parte necessariamente da una dermatosi maligna, il sarcoma di Kaposi, descritto appunto nel 1872 dal medico viennese Moritz Kohn, soprannominato Kaposi perché nato a Kaposvar. La malattia è descritta anche dal dermatologo napoletano Tommaso De Amicis (1882).

Il primo caso di polmonite che può far pensare all'AIDS risale al 1952, quando a Memphis, Tenn., un giovane di 28 anni (Robert G.) sviluppa una polmonite *virale*, che ora sappiamo essere dovuta ad un HIV virus in quanto è stato esaminato tessuto polmonare congelato mediante PCR. La ricerca retrospettiva si è orientata in varie direzioni, tra cui, ovviamente in Africa; si sono analizzati campioni di sangue conservato, con risultati di non facile interpretazione, perché viene messo in evidenza ad esempio che sieri invecchiati sono spesso *falsamente negativi*.

Le domande che sono rapidamente insorte riguardano se si tratti di una malattia totalmente nuova, magari frutto di qualche manipolazione genetica in laboratorio, o se si tratti di una virus prima misconosciuta.

Il quadro che emerge dai numerosi dati esposti da Grmek è che l'AIDS è certamente malattia nuova sotto il profilo epidemico, ma probabilmente non sotto il profilo clinico: possibili patologie all'epoca non determinate possono essere classificate come gravi deperimenti anche da immunodeficienze. Certamente vale la considerazione che l'AIDS è mascherata dalla infezione tubercolare (che negli ammalati di AIDS assume conseguentemente il significato di infezione opportunistica) e d'altra parte vi sono sindromi assolutamente corrispondenti all'AIDS senza peraltro mettere in evidenza la presenza del virus.

A farsi prendere dalla descrizione delle origini della malattia si rischia di non comprendere appieno il metodo scientifico seguito dall'Autore: emerge certamente l'idea che vi siano state inizialmente forme sporadiche di malattia, che si tratti di un virus all'inizio non virulento, comune ai primati e trasmesso da que-

sti all'uomo e viceversa sinché non è divenuto più virulento dimostrando il suo potere patogeno.

Per arrivare a queste conclusioni necessariamente provvisorie, seppure attendibili, Grmek utilizza diversi strumenti metodologici:

- i. lettura critica delle cartelle cliniche, con il fine di arrivare ad una diagnosi retrospettiva;
- ii. valutazione epidemiologica delle variazioni diacroniche delle malattie opportunistiche;
- iii. analisi dei dati di paleosierologia (su campioni congelati) in regioni geografiche divenute prima di altre sede evidente d'infezione;
- iv. analisi dei dati di biologia molecolare del virus e delle sue varianti, in campioni di epoche ed aree geografiche diverse.

Con questi metodi si realizza l'approccio metodologico dello storico della medicina che è quello di andare oltre i *testi* (cartelle cliniche), utilizzando i *resti*, per disegnare la storia della malattia e dei fenomeni clinici ed umani che hanno accompagnato il suo sviluppo. Ed in questo Grmek si rivela grande maestro, perchè riesce ad inquadrare i dati che emergono dal complesso delle sue ricerche, fondate sulle quattro metodiche sopra indicate, ed a descrivere fatti e loro analisi quasi come stesse facendo una cronaca in diretta, commentando ed interpretando, inquadrando e ricordando le analogie con il passato, con uno stile asciutto e scientifico, che fa ricordare per certi versi il miglior Tucidide.

Giuseppe M. Pontieri

BRONZINI Giovanni Battista, (a cura di), *Ex voto e santuari in Puglia. I Il Gargano*. Biblioteca di Lares, Firenze, Leo S. Olschki, 1993, pp. 266.

L'iconografia popolare rappresenta uno dei testi più interessanti di storia e analisi della cultura perché riguarda un settore vario,

dinamico e polivalente della tradizione pagano-cristiana. Con queste parole, Giovanni Battista Bronzini, suggerisce il taglio per la comprensione di tutto il lavoro da lui curato e riguardante appunto gli ex voto dei santuari pugliesi del Gargano. Pur definendo l'attuale come il periodo della seconda crisi del folklore, Bronzini desidera porre l'accento su come questa forma di espressione religiosa sia nuovamente in cerca di unità e forse, addirittura di identità. Indiscutibilmente però, l'iconografia popolare, seppur tema mal definibile e non completamente classificabile, costituisce un florido terreno di ricerca polidisciplinare e interdisciplinare. L'ex voto, infatti, consente una lettura poli-stratificata che va da quella prettamente religiosa a quella della tradizione magico-popolare, da quella etnologica a quella artistica, pur senza mai dimenticarne la sua non completa indipendenza da vincoli contestuali, sia artistici che culturali, che ne connota fortemente tutte le possibili interpretazioni. Il fenomeno dell'ex voto, nella visione dell'opera, nasce come risposta della civiltà contadina al mistero del *miracolo*. La malattia dell'uomo, gli infortuni agli animali della campagna, le mura e le travi della casa, tutto il mondo della vita, della malattia e del lavoro viene ritratto in questa serie di *estemporanee* sulla lotta quotidiana per la vita che la società contadina compie in modo più coinvolgente di altre. Il miracolo, infatti, alle volte è addirittura *atteso*, tanto che la tavoletta votiva può fungere non solo da ringraziamento ma anche da richiesta. Il miracolo atteso è meno *eccezionale* nella logica di un equilibrio contadino, posto com'è in mezzo tra Dio e terra, o per meglio dire, sopra la terra e sotto di Dio. La Puglia ha un'antichissima tradizione proprio in questa forma rurale di ex voto. Fino a pochi anni fa era possibile trovarne a migliaia pendere dalle pareti dei grossi santuari del Gargano, come quello di San Michele, con riproduzioni in cera o metallo di seni, gambe, braccia, teste. La tradizione di affidare alla protezione del santo la riproduzione della parte malata è ripresa da quella pagana più antica di *sostituire* quella parte con una riproduzione sulla quale si potesse *scaricare* tutta la potenza del maligno. Per questo molti segmenti anatomici, specialmente quelli in cera, venivano rappresentati con le cicatrici e le mutilazioni, proprio con l'intento di *scambio* e di affidamento al