

“STORIA DELLA MEDICINA” NEI SECOLI XIII-XV

Chiara Crisciani

Abstract

The main aim of this essay is to identify the ways in which scholastic physicians (in the 13th-15th centuries) endeavored to organize and “historically” described the medical knowledge, in doctrinal commentaries, in *Practicae*, and in surgical and pharmacological texts. These authors adopted a mixed approach, both chronological and epistemological, in order to give an orderly framework to the development stages of their discipline. This gave rise to a framework in which ancients and moderns, progress and stability, tradition and novelty, often appeared as opposed to each other; at the same time, however, these authors tried in a variety of ways to amalgamate the poles of *auctoritas* and *inventio*, of *traditio* and *novitas*. The first humanistic “histories of medicine” gave birth to a new and original genre (the “history of”) that superseded and replaced the scholastic physicians’ mode of writing, with its use of random mentions and allusions, however these Renaissance histories – notwithstanding their better erudition, more harmonious Latin, and a wealth of classical knowledge – did not modify substantially the general framework outlined by medieval physicians.

Keywords: Scholastic medicine, history of medicine, tradition and innovation in medicine.

1. Propongo qui un’analisi sulla medicina scolastica¹ muovendo da alcune domande tra loro interconnesse e a partire da un quesito di fondo: i medici scolastici concepiscono un divenire nel loro sapere, lo vedono in qualche modo mobile nel tempo? Ne seguono domande quali: essi ne

1 In questo saggio presento in traduzione italiana, con integrazioni e aggiornamenti, considerazioni in parte già confluite in C. Crisciani, *History, Novelty, and Progress in Scholastic Medicine*, in M. McVaugh, N. Siraisi (eds.), *Renaissance Medical Learning. Evolution of a Tradition*, in “Osiris”, 2nd s., VI, 1990, pp. 118-139; per la medicina scolastica cfr. D. Jacquart, *La scolastica medica*, in M. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, Laterza, Bari 1993, vol. I, pp. 261-322; J. Agrimi, C. Crisciani, *Edocere medicos. Medicina scolastica nei secoli XIII-XV*, Guerini, Milano-Napoli 1988; P.G. Ottosson, *Scholastic Medicine and Philosophy. A Study of Commentaries on Galen’s Tegni (circa 1300-1450)*, Bibliopolis, Napoli 1984.

considerano e tematizzano le fasi anteriori, cioè definiscono un *passato* del loro sapere? E come si pongono rispetto ad esso? Quanto alle ricerche in cui essi sono impegnati, vedono il loro apporto rispetto alla tradizione come una novità? Se sì, in che forma concepiscono l'integrazione del nuovo nel già noto? Ciò che essi insegnano ai discepoli/successori è rappresentato come condizione di un *futuro*? Certamente sì da un punto di vista cronologico; ma questo succedersi nel tempo implica un incremento? In questo caso, l'incremento è visto in termini quantitativi, come un accrescimento lineare cumulativo, come una sommatoria di risultati che si accumulano? O come una sostituzione rispetto a precedenti risultati? E ciò comporta un incremento di qualità?

In altri termini, vorrei qui considerare che senso viene attribuito al “nuovo” nella medicina scolastica e che tipo di dinamica temporale è supposto reggerlo: e allora occorrerà precisare se il movimento della disciplina è visto come “progressivo” o come un “ritorno alle origini”; oppure si tratta di un ordine atemporale-epistemologico (e allora secondo che modello?)².

Il tipo di queste domande chiarisce alcuni presupposti di questa disamina. Quando i medici riflettono – si può anticipare – su questi temi non concepiscono il loro sapere come statico, ma dotato di una qualche dinamica. Le loro rappresentazioni e reazioni rispetto a “novità”, “progresso”, o “staticità” possono aver a che fare con, ma non coincidono con e non riflettono sempre e direttamente, quelle effettive novità e progressi concreti del genere che uno storico, specie se vetero-positivista, desidererebbe rintracciare nella medicina tardo-medievale: per esempio l’“invenzione” del cauterio, l’uso dell’alcool, la pratica della dissezione o la definizione di nuove patologie³. Non intendo dunque qui elencare gli eventuali progressi

2 In generale su questi temi, ben poco frequentati in questi ultimi decenni, è necessario ricorrere a studi datati ma sempre validi: cfr. A.C. Crombie, *Some Attitudes to Scientific Progress: Ancient, Medieval, and Early Modern*, in “History of Science”, XIII, 1975, pp. 213-230; P. Rossi, *Sulle origini dell'idea di progresso*, in E. Agazzi (a cura di), *Il concetto di progresso nella scienza*, Feltrinelli, Milano 1976, pp. 37-87; Id., *i filosofi e le macchine*, Milano, Feltrinelli 1962, specie cap. 2; A.G. Molland, *Medieval Ideas on Scientific Progress*, in “Journal of History of Ideas”, XXXIX, 1978, pp. 561-577; W.D. Smith, *Notes on Ancient Medical Historiography*, in “Bulletin of the History of Medicine”, LXIII, 1989, pp. 73-109; più in generale, G. Piaia, *Vestigia Philosophorum: Il Medioevo e la storiografia filosofica*, Maggioli, Rimini 1983; cfr. infine T. Ruetten (hrsg.), *Geschichte der Medizingeschichtsschreibung*, Ed. Gardez!, Remscheid 2009.

3 Gli storici positivisti di fatto individuavano ben poche novità nella medicina scolastica, interpretata negativamente come statica, sterile, ripetitiva, succube nei confronti degli *auctores*.

della medicina scolastica rinviando ai suoi risultati concreti originali o a procedure operative di fatto innovative: ci sono, e fanno parte di un'altra storia, legittima, ma che non risponde alle domande da cui sono partita, rispetto alle quali occorre invece muoversi al livello della rappresentazione (implicita o esplicita), e utilizzare il criterio euristico di "immagini di scienza". Questo livello e questo strumento paiono particolarmente confacenti nei confronti di una *scientia* come quella scolastica (medicina compresa) che ha caratteristiche molto diverse da altre tipologie scientifiche⁴. Questa immagine, nel suo complesso, presenta come costitutivi alcuni caratteri, tra cui risaltano la coincidenza tra *scire* e *docere*⁵, e quindi un carattere eminentemente testuale, dottrinario-didattico del sapere; e una sofferta distinzione quando non contrasto – evidente specie proprio nel caso della medicina – tra verità speculativa e utilità/efficacia operativa⁶. Si è costretti dunque a contare solo sulla mole di testi prodotti nell'attività didattica tra i secc. XIII e XV. Del resto, è proprio a questo livello che, come ha rilevato Danielle Jacquart, la scolastica medica ha prodotto forse il suo più nuovo, rilevante e peculiare apporto al "progresso" scientifico: cioè il "continuo, sempre rinnovato riflettere sul senso del suo modo di procedere"⁷.

2. In alcuni di tali testi una sorta di storia del passato della medicina è esplicitamente delineata. Per capire l'intonazione di questa storia occorre ricordare che nello sfondo del suo svolgersi sta un assunto di antropologia religiosa che innerva – con maggior o minore incisività, ma che è sempre presente – tutta la cultura medievale. Tempo e storia di qualunque tipo, ogni divenire che riguarda l'uomo, non è semplicemente legato all'inizio,

4 La bibliografia al riguardo è molto ampia; cfr. almeno vari saggi nel classico J. Murdoch, E. Sylla (eds.), *The Cultural Context of Medieval Learning*, Reidel, Dordrecht 1975; molto ci si aspetta anche dal convegno *Philosophical Perspectives on Medieval Theories of Science* che si terrà a Berlino nel settembre 2022.

5 Viene accentuata di molto dai medici scolastici l'affermazione di Aristotele, *Metafisica*, I, 981b7: "In generale, ciò che distingue chi sa da chi non sa è la capacità di insegnare" (spesso ricordata nella formula "*scire est docere posse*").

6 Cfr. C. Crisciani, *Fatti, teorie, 'narratio' e i malati a corte. Note su empirismo in medicina nel tardo medioevo*, in "Quaderni Storici", CVIII, 36, 2001, pp. 695-717; A. Fidora, M. Lutz-Bachmann (hrsg.), *Erfahrung und Beweis. Die Wissenschaften von der Natur im 13. und 14. Jahrhundert / Experience and Demonstration. The Sciences of Nature in the 13th and 14th Centuries*, Akademik Verlag, Berlin 2004; T. Benaoutil, I. Draelantes (éds.), *'Expertus sum'. L'expérience par les sens dans la philosophie naturelle médiévale, XIII-XIVe siècles*, Sismel, Firenze 2010.

7 D. Jacquart, *La scolastica*, cit., p. 261.

alla Creazione; è anche e soprattutto denotato dalla Caduta⁸. Con essa il tempo entra nell'uomo (egli ora nasce, cresce e muore, perché ha perso la somiglianza con Dio secondo cui Egli l'aveva creato); e l'uomo stesso entra nel tempo: i singoli, come l'umanità intera, da allora in poi si collocano, come *viatores*, in un percorso temporale orientato – sia esso relativo ai pochi anni concessi a ciascuno, o al Tempo previsto per l'umanità –, che va dal degrado alla salvezza. Con la Caduta e con il Peccato, entra nel mondo e nel tempo anche la malattia – condizione “naturale” dell'uomo *viator* dopo la Colpa⁹ – e quindi si presenta anche la medicina, intesa come *remedium* per la fragilità fisica dell'uomo, come un *donum* che un Dio giusto ma pietoso elargisce¹⁰, come risposta – in parte divina, in parte umana – suscitata dalla *necessitas* in cui l'umanità versa nella storia, dopo e a causa della Caduta.

Da quando dunque, col peccato e con la malattia, la medicina è entrata nel tempo, essa potrà avere una storia. Se è un *donum Dei*, infatti, non è il dono istantaneo e totale di un miracolistico potere taumaturgico (riservato solo a Dio e ai Suoi), ma si presenta come l'elargizione di “talenti”, cioè di capacità intellettuali orientate a sviluppare una forma di sapere; è dunque solo una possibilità che implica e richiede un divenire. Le condizioni di insorgenza nel tempo della medicina (il Peccato, il dono) sono dunque fuori dal tempo della storia, ma è poi nel corso del tempo che essa come disciplina si dispiega, attraversa fasi diverse, conosce periodi di latenza o di splendore scientifico, stando a quanto alcuni medici raccontano. Abbiamo resoconti – che dal sec. XIII si infittiscono – sulle vicende della disciplina: in essi i tempi di Dio, l'avvicinarsi delle sette mediche, le risorse del *donum*, della *revelatio* e dell'*inventio* non sempre si dispongono in successione lineare, più spesso si intersecano, e rinviano al più complessivo tema delle origini delle scienze e arti.

8 Cfr. i classici L.M. De Rijk, *Some Notes on the Twelfth-Century Topic of the Three (Four) Human Evils and of Sciences, Virtue, and Technique as Their Remedies*, in “Vivarium”, V, 1967, pp. 8-15; F. Alessio, *La filosofia e le 'artes mechanicae' nel secolo XII*, in “Studi medievali”, 3a s., VI, 1, 1965, pp. 71-161.

9 Cfr. J. Agrimi, C. Crisciani, *Medicina del corpo e medicina dell'anima*, Episteme, Milano 1978.

10 Cfr. *Ecclesiastico*, 38.1: “Honora medicum propter necessitatem; Etenim illum creavit Altissimus”; C. Crisciani, *Il cancelliere Gerson ai licenziandi in medicina*, di prossima pubblicazione; cfr. anche Arnaldo da Villanova (attr.), *Contra calculum*, in *Opera omnia*, Basel 1585, col. 565FG: “Medicina est scientia quam divina statuit providentia fore auxiliatricem homini contra incommoda necessitate quam genus humanum ob prevaricationem primi parentis incurreret”; Pietro d'Abano, *Conciliator*, Venezia 1565, diff. 9.

Nicolò Falcucci (†1412), *eximii nominis medicus*, illustre medico professionista in Firenze, nei suoi celebri e assai diffusi *Sermones medicinales* (e in particolare nell'esordio, dedicato a *De commendatione artis*)¹¹, vede, a partire dal dono divino ("plurima enim revelavit Deus circa hanc scientiam prophetis suis et viribus suis"), il sapere medico originarsi simultaneamente tra i sapienti di tutti i popoli: "Indi et Latini, Perses et Greci [...] et Arabes et Ebrei". Da costoro però derivano solo i *principia* dell'arte, che si articoleranno poi – nel tempo – in testi di prestigiosi *auctores*, in correnti, in stratificazioni di commenti che costituiscono ora l'amplessima tradizione disciplinare medica¹². Essa è frutto per altro, oltre che dell'iniziale *donum*, anche di *ratio* ed *experimentum*: tramite questi criteri la "medicinalis scientia inventa est et postea in tempore aucta", cioè la medicina si evolve nel tempo. I primi inventori però non lasciarono testi scritti, e sembrano essersi limitati a *experimenta*, cioè a operare e a proporre rimedi puntuali¹³. Secondo la precedente ricostruzione di Nicolò Bertucci (†1347)¹⁴, gli autori della scienza medica furono i primi fra tutti, e la medicina stessa s'instaura, a suo avviso, ben prima che i principi delle altre scienze "forent aliquatenus reperta". Anche qui però sembra che questi primi ricercatori, così in anticipo sugli altri, fossero *empirici* più che *rationales*; per di più di costoro restano tracce luminose ma labili, e precisamente solo la loro fama che sfuma nella lontananza del mito: in ogni caso i loro scritti non ci sono pervenuti, forse – ipotizza Bertucci – "propter interruptionem studii ex diluvio mundi"¹⁵.

L'origine della medicina però viene anche considerata da un'altra angolatura, insieme storica ed epistemologica. Accanto a origini sicuramente eccezionali ma vaghe, e agli altrettanto eccezionali (ma da sviluppare) doni/talenti divini, più umili e prosaici inizi hanno, dal basso, sollecitato l'origine della medicina, o, meglio, la sua *inventio*. Come in altre arti sorte

11 Cfr. Nicolò Falcucci, *Sermones medicinales*, Papiæ 1481-1484; E. Guarneri, M.A. Mannelli, *La vita e l'opera di Nicolò Falcucci medico toscano del secolo XIV*, in *Atti XXI Congresso internazionale di storia della medicina*, Arti grafiche Cossidente, Roma 1970, vol. I, pp. 1-10.

12 N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 1, f. 2rab; cfr. anche Giovanni Matteo Ferrari da Grado, *Practica*, Papiæ 1497, f. 2rb.

13 N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 1, cap. 8 *De inventoribus seu auctoribus medicinae*, ff. 6vb-7bv.

14 Nicolò Bertucci, *Collectorium medicinae*, Lugduni 1518; attivo a Bologna, docente di medicina pratica fino al 1342.

15 N. Bertucci, *Collectorium*, cit., f. 2rab; per il riferimento al Diluvio cfr. anche *Practica Petrocelli Salernitani*, in S. De Renzi (a cura di), *Collectio Salernitana*, Napoli 1852-1859, vol. IV, p. 188.

per la spinta della *necessitas* – condanna perenne non meno che pungolo quotidiano e occasione di progressi materiali –, gli *inventores* sono coloro che “rinvencono” l’efficacia di certe procedure e rimedi tramite rivelazioni e sogni, o anche per fortuna, o per *exemplo vel imitatione*: essi cioè hanno avuto occasione di scoprire rimedi per caso, o hanno imitato e adattato ai bisogni umani gli atti autoterapeutici di certi animali. Queste pratiche sono diventate *usuales*, sono usualmente ripetute per la loro efficacia (constatata, non spiegata), sono tramandate oralmente di generazione in generazione *per usum* e immutabili. Anche per la medicina vale dunque la considerazione di Ugo di San Vittore secondo cui “Omnes enim scientiae prius erant in usu quam in arte”¹⁶. Sotto questa angolatura dunque, sostiene Pietro Torrigiano (†1330/1335)¹⁷, gli inizi dell’arte – come testimonia anche Aristotele – sono *horrida et agrestia*, e ogni scienza “in exordio suo est cruda et immatura”. Lo si constata anche per la medicina, i cui antichi autori “sola accidentia, quae in egro sensibiliter comprehenderunt [...] mandaverunt libris, tantum numerantes aegritudines”: essi si limitavano cioè a registrare dati empirici e a elencare patologie in modo semplice e scarno, senza spiegarle tramite *rationes* e ricerca delle cause.

Questi inizi – collocati nella bontà divina che dona, nella vaghezza favolosa del mito, nella ripetitiva fissità dell’*usus*, nella rozzezza del rilevamento esclusivamente empirico – costituiscono una specie di preistoria della medicina in quanto scienza, sono solo le condizioni del suo sorgere. Tuttavia, se seguiamo e interpretiamo questi resoconti, risalendo dal basso dell’empiria e dell’*usus*, o scendendo dall’alto della *revelatio* e del dono, lungo il percorso che la medicina segue (e che è insieme temporale ed epistemologico), si incontra un punto, nel tempo e in un *auctor*, in cui le due direzioni confluiscono e in cui un salto epistemologico decisivo si effettua in un momento storicamente definito. L’*auctor* è Ippocrate, “primus medicinalis scientie repertor”¹⁸, *inventor* per antonomasia¹⁹, come già aveva

16 Cfr. Ugo di San Vittore, *Didascalicon*, ed. C.H. Buttner, Catholic Univ. Press, Washington 1939, I, 12.

17 Pietro Torrigiano, *Plusquam Commentum in Parvam Galeni artem*, Venetiis 1557, f. 5h; il suo rinvio ad Aristotele è a *Metafisica*, I, 10, 993a15; cfr. anche Matteolo da Perugia, *De laudibus medicinae*, in A. Messini, *Tre orazioni nuziali*, Ist. Tipograf. Tiberino, Roma 1939, p. 40, e Pietro d’Abano, *Conciliator*, cit., diff. 1, f. 3Cb.

18 Bertucci, *Collectorium*, cit., f. 1rb.

19 Cfr. D. Jacquart, *Hippocrate: le maître lointain et absolu des universitaires médiévaux*, in G. Zuccolin (a cura di), *Summa doctrina et certa experientia*, Sismel, Firenze 2017, pp. 139-160; I. Ventura, ‘*Experimentum vero fallax*’: *acquisizione della conoscenza e sperimentazione pratica nei commenti ad Aphorismi I.1.*, in Benaoutil, Draelantes (éds.), ‘*Expertus sum*’, cit., pp. 359-383.

segnalato Isidoro. Egli incarna, per Pietro d'Abano, la generosità divina, è un dono personificato²⁰; è anche colui che chiude la genealogia degli inventori mitici, venerati come dei o semidei; è colui che, dopo il periodo di circa 500 anni²¹ in cui l'arte (per il Diluvio?) *latuit*, la revocò alla luce. Soprattutto Ippocrate è *auctor* per eccellenza, perché è il primo e antichissimo *scriptor* di quest'arte, il primo le cui opere scritte siano giunte fino a noi²².

Lo stacco storico-epistemologico che con Ippocrate si realizza è quello che fa passare la medicina dall'*inventio*, dall'*usus* e dall'*ars* (ancora priva di spiegazioni), alla scienza, alla *doctrina*, all'*ars scientifica* ed alla *traditio*, cioè a un insieme ordinato di scritti²³. Prima di lui le acquisizioni erano esclusivamente empiriche, casuali, fortuite, rapsodiche e comunque disordinate; l'*ars* si presentava *in fieri* e quasi "in motu, cum adhuc habitum scientiae non haberet perfectum et quietatum in anima"²⁴. Con Ippocrate si realizza un simultaneo e contestuale approdo dalla varietà dei modi dell'*inventio* all'ordine omogeneo della *doctrina*, dalla mobilità dell'*ars* alla saldezza della scienza, dalla casualità delle procedure empiriche di ricerca alla cogenza della logica, dalla labilità della comunicazione orale alla stabilità della trasmissione scritta, che diventa così *traditio*. Da Ippocrate dunque – e senza più interruzioni – s'instaura la medicina come una *scientia fere perfecta* e prende inizio la continuità di un'altrettanto *perfecta traditio*. I successori hanno ricevuto questo lascito che da allora in poi si

20 Pietro d'Abano, *Conciliator*, diff. 1, f. 3ABa: Ippocrate "quem quidem deus tamquam nunquam peccantem produxit humano misericorditer providens generi ad perfectam medicinae traditionem"; vedi anche Ferrari da Grado, *Practica*, cit., f. 2ra.

21 Su questa latenza cfr. anche Plinio, *Naturalis historia*, 29,2, e Celso nella prefazione al *De medicina* (cfr. *La préface du 'De medicina' de Celse*, ed. e tr. P. Mudry, Art et Metiers, Losanna 1982, pp. 53-54; cfr. qui n. 16). Il periodo di questa latenza è già registrato nelle *Etymologiae* di Isidoro (IV.3: *De inventoribus medicinae*), che parla di 500 anni in cui "et ars simul cum auctore deficit" (per il colpo di fulmine per cui morì Esculapio), finché Ippocrate non la rivificò: cfr. A. Ferraces Rodriguez (ed.), *Isidorus medicus. Isidorus de Sevilla y los textos de medicina*, Universidade La Coruña, La Coruña 2005.

22 Su questo dato insistono in molti: cfr. Pietro d'Abano, *Conciliator*, cit., f. 3Ba, f. 6Bb; Bertucci, *Collectorium*, cit., f. 2rb; Falcucci, *Sermones*, cit., f. 7vb; cfr. anche Celso, prefazione a *De medicina*, cit., pp. 17, 63-67.

23 Cfr. Taddeo Alderotti, *In Claudii Galeni Micratechnen Commentarii*, Neapoli, 1522, f. 6va: "Medicina dicitur ars dum est in fieri, et scientia dicitur dum est in facto esse"; Pietro d'Abano, *Conciliator*, cit., f. 6BCb: "Alii vero iam fere ab eo [scilicet Ippocrate] perfectam accipientes, ut sic plus eam habent scientiam appellare"; Ferrari da Grado, *Practica*, cit., f. 2va.

24 Cfr. Aristotele, *Analitici secondi*, II, 19, 100a, citato anche da Ferrari da Grado, *Practica*, cit., f. 2rb-va, e Nicoletto Vernia, *Quaestio an medicina*, in E. Garin, *La disputa delle arti nel Quattrocento*, Vallecchi, Firenze 1947, p. 116.

è potuto a buon diritto chiamare scienza: un'ordinata *quies*, un insieme articolato ma strutturato di metodi e di dottrine. Al posto di una ricerca che "olim, antequam in scientia redacta esset, inconstans multum fuit", s'installa, in una specie di "lungo presente", una disciplina *constantissima*, che primeggia sulle altre per la sua certezza ed efficacia dimostrativa che la rendono stabile (*fixa et immobilis*)²⁵.

Quando dunque la scienza medica come tale entra nella storia, pare quasi che la sua storia finisca. Un unico stacco temporale separa un periodo di tempo in cui si realizza qualcosa che ancora non è scienza da un altro periodo in cui ugualmente forse non si può più parlare di storia, della scienza almeno, visto che ciò che inizia ora è la storia della sua trasmissione. Il *docere*, il tramandare eccede sull'*inventio*; la scienza, oltre che con la *doctrina* (stabile) viene a coincidere con la *traditio*.

È quanto mostra emblematicamente il rapporto che viene istituito tra Ippocrate e Galeno. Dopo Ippocrate, ma anche contrapposto a Ippocrate – *inventor, repertor* e primo *scriptor* –, si colloca Galeno, definito innanzitutto *praeceptor* e considerato come modello di estensore di commenti, un *expositor fidus*²⁶. I due ovviamente sono entrambi *principes* della medicina e autori prestigiosissimi, poiché la scienza "dupliciter suscitatur: uno modo ex sua plena inventione, alio modo ex sua explanatione"²⁷. Il nesso essenziale tra i due è quello della scrittura, essi sono due *auctores*; sembrano però svolgere, con pari dignità, due ruoli diversi nei ritmi storici della scienza medica: il primo chiude la serie degli *auctores/inventores*; il secondo inaugura quella – tuttora in corso – degli *auctores/expositores*.

3. Inizia dunque una storia della *traditio*. A cominciare proprio dalla concreta materialità dei testi che la costituiscono, è chiaro infatti agli stessi medici che lo scorrere del tempo non poco incide nel movimentare l'andamento del sapere che i testi tramandano. I testi stessi innanzitutto si trasformano, se non altro perché subiscono gli interventi e gli effetti – su cui i medici scolastici sono molto attenti e consapevoli – di successive *traslationes* geografiche e

25 Cfr. Pietro d'Abano, *Conciliator*, cit., f. 6Bb; Iacopo da Forlì, *Medicina scientia preclarissima*, in J. Agrimi, C. Crisciani, *Edocere medicos*, cit., p. 269; Vernia, *Quaestio*, cit., p. 116; N. Bertucci, *Collectorium*, cit., f. 1rb-va.

26 Cfr. ad es. P. Torrigiano, *Plusquam Commentum*, cit., f. 5E; Matteolo da Perugia, *Commento agli Aforismi* (ed. in P. Kibre, N. Siraisi, *Matheolus of Perugia's Commentary on the Preface to the Aphorisms of Hippocrates*, in "Bulletin of the History of Medicine", XLIX, 1975), p. 426; Iacopo da Forlì, *Medicina*, cit., p. 269.

27 Taddeo Alderotti, *Expositiones in arduum Aphorismorum Ippocratis*, Venetiis 1527, f. 1ra.

perciò linguistiche. I testi poi sono innumerevoli: nessuna scienza è quanto la medicina così "scavata" (*exarata*) dai commentatori²⁸. Ma se la quantità dei testi e dei commenti fanno della tradizione una sicura garanzia della stabilità e continuità scientifica della medicina, proprio la materiale concretezza del disporsi storico della tradizione stessa può farla apparire come una *congestio*²⁹, cioè un ammasso, a prima vista ricco ma confuso, disordinato, non direttamente utilizzabile. Sembra quasi che la verità, di principio trasparente e luminosa, e certamente contenuta in quei testi autorevoli, sia resa implicita e opaca dai pur inevitabili modi e percorsi del suo diffondersi nella storia: richiede perciò di essere ritrovata tramite la tecnica dell'*expositio*, la cui *lux* è indispensabile: se la medicina è *scientia* anche perché "traditur in libris", e anche vero che "scientia scripta non irradiata explanatione non perficit intellectum"³⁰.

È noto quanto l'*expositio* scolastica (che si definisce *fidelis*) sia in realtà aggressivamente interpretativa nei confronti dell'*auctoritas*: questo rilievo vale anche nel caso della medicina³¹. Gli interventi del commentatore sono molteplici: le sue analisi implicano correzioni delle interpretazioni precedenti e richiedono esplicitamente di essere in futuro corrette³²; comportano anche *addenda*, *additamenta*, *ampliationes*, *complementa*³³ sul testo dell'*auctor*, nei cui confronti si tratta non solo di "exponere, sed apponere [...] cum occurret necessitas"³⁴. Per questo, ad esempio, il commento alla *Techne* di Pietro Torrigiano, visto che egli non ha voluto chiudersi ripetitivamente nei confini materiali dell'opera galenica, ma ha introdotto digressioni, integrazioni, analisi di cause, notazioni esterne al dettato del testo, giustamente viene da Torrigiano stesso definito *Plusquam Commentum*, e ha fama meritata per le "nuove e inaudite opinioni" che contiene³⁵.

28 Così N. Bertucci, *Collectorium*, cit., f. 2rb.

29 Così N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 1, f. 2rb.

30 Rispettivamente T. Alderotti, *In Micratechnen*, cit., f. 6va, e Id., *Expositiones*, cit., f. 1ra.

31 Cfr. D. Jacquart, *Commentaire et écriture médicale au XIVe et XVe siècles*, in G. Fioravanti (a cura di), *Il commento filosofico nell'Occidente latino*, Brepols, Turnhout 2002, pp. 43-60; J. Chandelier, *Le genre du commentaire médical en Italie*, in L. Moulinier-Brogi, M. Nicoud (éds.), *Écritures médicales*, CIHAM, Lyon 2019, pp. 45-71.

32 Cfr. C. Crisciani et al., *Due manoscritti con questioni mediche. Note e schede (sec. XIV)*, in J. Chandelier, A. Robert (éds.), *Frontières des savoirs en Italie à l'époque des premières universités*, Ecole Française de Rome, Roma 2015, specie pp. 400-401.

33 Ricorrono questi termini, ad es., nel commento agli *Aforismi* di Ugo Benzi e in quelli di Ferrari da Grado e Giovanni Arcolano al *Nonus Almansoris*.

34 P. Torrigiano, *Plusquam Commentum*, cit., ff. 1BC e 10D.

35 Filippo Villani, *Vite di illustri fiorentini*, in *Croniche di Giovanni, Matteo e Filippo Villani*, s.e., Trieste s.d., p. 438 (corsivo mio).

Novità, aggiunte, complementi: siamo di fronte qui ad un progresso cumulativo di conoscenze? Se sì, si tratta comunque di una particolare accezione di progresso e di sviluppo, che va colta – oltre che nei pur significativi termini che vengono usati – nel più complessivo nesso tra *auctoritas*, verità ed *expositio* che definisce l'esegesi scolastica³⁶. Certo il rapporto dell'*expositor* con l'*auctor* non è piattamente ripetitivo, e l'*expositor* è consapevole del suo ruolo indispensabile (senza cui l'*auctor* sarebbe muto: i testi infatti parlano *per voces tacitas*³⁷), e lo rivendica spesso fieramente, per nulla succube nei confronti dell'*auctoritas*; spesso questo ruolo implica – si è visto – un lavoro di autentica sommatoria (*addendo, abbreviabo, complebo*) e l'*expositor* sa d'introdurre “novità”. Altrettanto sicuramente però egli non intende rappresentare il suo contributo come una crescita cumulativa di nuovo sapere, o come mutamenti qualitativi all'interno della verità della teoria. *Expositor* e *auctor* sono infatti vincolati dallo stesso atemporale, immutabile valore di verità: che nel testo dell'autore è sicuramente depositato, ma che le vicende storiche hanno potuto offuscare, occultare, rendere meno luminoso. Compito che esplicitamente il commentatore si assegna è ritrovare questa verità (non incrementarla né modificarla), e riportarla alla luce in tutte le sue sfaccettature e implicazioni (queste sì, talvolta nuove)³⁸. Domina, almeno al livello della rappresentazione, ed anzi è condizione indispensabile entro cui poi di fatto si possono collocare anche gli interventi più aggressivi sul testo, l'idea di una attualizzazione di una potenzialità già definita, di recupero di una verità già data, che talvolta dal tempo è stata resa implicita o nel tempo è rimasta latente e appannata. Tale verità va spiegata, approfondita indefinitamente da generazioni di ricercatori/commentatori che si succedono nella storia, protesi con sforzi continui verso un obiettivo che in sé però appare prefissato e che non muta né si accresce³⁹. Il tempo, o anche i personali limiti di un *auctor*,

36 Mi limito a rinviare al classico A.J. Minnis, *Medieval Theory of Authorship*, Scholar Press, London 1984; cfr. anche J. Agrimi, C. Crisciani, *Edocere medicos*, cit., capp. 3-4.

37 Così lo Ps. Lullo, *Testamentum*, in M. Pereira, B. Spaggiari, *Il 'Testamentum' alchemico attribuito a Raimondo Lullo*, Sismel, Firenze 1999, p. 102.

38 L'insistenza su luce/luminosità delle teorie mediche e del sapere/verità in genere è presente in molti commenti (cfr. J. Agrimi, C. Crisciani, *Edocere medicos*, cit., pp. 81-87) nonché in orazioni accademiche di medici; cfr. C. Crisciani, *Teachers and Learners in Scholastic Medicine: Some Images and Metaphors*, in “History of Universities”, XV, 1997-1999, pp. 75-101; Ead., *L'insegnamento medico nel Medioevo: aspetti istituzionali e rappresentazioni retoriche*, in “Medicina nei secoli”, XVI, 2, 2004, pp. 277-292; Ead., *Silenzio, parole e discorsi del medico: tra scienza ed etica, tra filosofia e retorica*, in corso di stampa.

39 Cfr. ad es. Taddeo da Parma che in un quodlibet medico sulla *mala complexio* (ms. Paris, Sorbonne 128, f. 111va) conclude così: “Non enim ad dicendum que dixi

possono aver introdotto deviazioni, blocchi o lacune che non riguardano la verità, ma il suo occultarsi o esplicitarsi nella tradizione e nel tempo. In una simile rappresentazione, le novità, le correzioni, le aggiunte, gli apporti originali (che non mancano affatto e sono riconosciuti per tali con fierezza) che l'*expositor* introduce, più propriamente assumono il nome di *delucidatio*, di attualizzazione, di approfondimento interpretativo di una verità data. Si parla quindi di *promotio veritatis*: dove a me pare che *promotio* si debba leggere primariamente come svelamento, esplicazione e soprattutto insegnamento/diffusione del vero.

L'immagine di sapere che emerge dal processo che ha il suo inizio in Ippocrate e si distende poi nel tempo nella serie di *auctores probi* e *expositores approbati* è dunque quella di un sistema assestato quanto al suo ambito e ben definito quanto ai suoi metodi, confini, testi e basilari teorie. Esso presenta certe variazioni, correnti e dinamiche interne, contrasti anche assai vivaci tra linee dottrinarie, nonché decadimenti, limiti, opacità. Si tratta quindi di un sapere non immobile, né amorfo, né stancamente ripetitivo. Le sue dinamiche però si realizzano all'interno di un quadro che viene presentato come sostanzialmente delimitato, definito nelle sue coordinate e chiuso: mobile sì, ma non modificabile.

4. Questa provvisoria conclusione riguarda l'aspetto più dottrinario-teorico della medicina, che si esprime e si sviluppa prevalentemente nel genere letterario dei commenti e nella forma in cui la ricerca più pienamente coincide con il *docere*, cioè nell'attività didattica. Vale questa interpretazione anche se consideriamo altri testi, quelli più connessi all'attività operativa del medico, per esempio quelle grandi *summe* di nosologia e terapeutica che sono le *Practicae*?

Per impostare correttamente questa domanda è necessaria un'ulteriore precisazione circa la storia della medicina che alcuni testi offrono. Si sarà notato che essi presentano una successione cronologica lineare orizzontale, un andamento "storico", se con questo s'intende una messa in serie nel tempo di fasi: assenza di scienza, *usus*, *inventio*, *scientia/doctrina*, tradizione. Contemporaneamente però i momenti di questa serie sono di fatto anche i livelli in cui epistemologicamente si struttura, in forma gerarchica e verticale, la medicina scolastica: scienza teorica, scienza pratica, arte, intervento pratico puntuale⁴⁰. Per lo più il nesso epistemologico che s'in-

me movit pompa vel arrogantia, sed sola investigandi veritatem diligentia, que debet esse finis cuiuslibet speculantis".

40 Per un'esplicazione piena, e stabile, di questi livelli – già per altro segnalati da molti in precedenza – cfr. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 1, f. 5rb-va. Cfr.

staura tra questi livelli è discendente (dalle *rationes* generali della teoria ai canoni della pratica che esse fondano, le cui regole a loro volta orientano poi l'intervento singolo): opposto dunque a quello storico, che si muoveva dall'*usus* e dall'empiria verso la scienza.

Il divenire storico dunque si duplica e si fissa in un dinamismo epistemologico, svincolato dal tempo, per meglio dire continuamente in atto, in cui dunque è in primo piano la concatenazione, la successione logica, non la cronologia. Si capisce meglio l'effetto di questa duplicazione se si considera il ruolo dell'*inventio*, che ha almeno due significati⁴¹. Uno è quello che ne fa un momento del passaggio alla scientificità, avvenuto una volta per tutte, quando il tumulto ricco e vario dell'*inventio* si è appunto placato nell'assestata *doctrina* e nella disciplina, con Ippocrate. L'altro significato rinvia al vivace dinamismo, alla molteplicità di forme di acquisizione di dati e di nozioni che – all'interno di questo assetto ormai instaurato – sempre e continuamente accade nella medicina, al livello dell'arte e del suo coinvolgimento necessario col piano delle osservazioni puntuali e degli interventi singolari, secondo un processo che ha il suo modello in ciò che storicamente è avvenuto una volta per tutte. In altri termini, ciò che si è verificato una volta nella storia, sempre e di nuovo si ripete nell'epistemologia.

Questa duplicazione – speculare e invertita – contribuisce a chiarire due punti. 1) Quando nell'epistemologia medica scolastica (tra i secc. XIII e XIV) sono stati messi a punto certi vincoli di dipendenza/*subalternatio* adatti a coordinare tra loro le *rationes* della scienza, i canoni (o *regulae*) dell'arte e infine l'intervento puntuale, si provvede poi anche a radicare questa sistemazione in precisi momenti del passato della disciplina e a garantire la stabilità di questi rapporti anche spiegandone la genesi storica: e infatti i resoconti da cui sono partita sono tanto più articolati quanto più sono relativamente tardi (specie in Falcucci, agli inizi del sec. XV, e già in Bertucci, seconda metà del sec. XIV). 2) il dinamismo dell'*inventio* continua ad essere presente nelle modalità di crescita del sapere medico

N. Siraisi, *Taddeo Alderotti and his Pupils. Two Generations of Italian Medical Learning*, Princeton U.P., Princeton 1981, specie cap. 5; Ottosson, *Scholastic Medicine*, cit., specie capp. 1, 2; J. Agrimi, C. Crisciani, *Edocere medicos*, cit., in particolare capp. 1, 2, 5; J. Chandelier, *Avicenne et la médecine en Italie*, Champion, Paris 2017.

41 Cfr. Matteolo da Perugia, *Commentario*, cit., pp. 426-428; Torrigiano, *Plusquam Commentum*, cit., f. 32rv; Pietro Ispano, *Commentarium singulare super librum dietarum universalium Isaac*, Lugduni 1515, f. 20r-v; N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 1, f. 7va.

e si colloca appunto al livello dell'*ars*. Certo, l'arte è subordinata alla teorica perché da essa derivano le *rationes* che la orientano; è anche vero però che la medicina come *ars* compensa quasi questa dipendenza con la molteplicità, la ricchezza, la varietà dei suoi modi di intervento: l'*ars* cioè conserva, dalla preistoria di quella che ora è una disciplina *costantissima*, caratteristiche di duttilità, mobilità e apertura, rese del resto necessarie dal suo più diretto contatto col piano del singolare, dell'intervento operativo, dell'osservazione puntuale.

Testimoniano di questa apertura appunto le *Practiche*, che si collocano al livello epistemologico della *scientia operativa* o *ars scientifica*⁴². I criteri secondo cui sono costruite sembrano esplicitamente cumulativi: le *Practicae* intendono infatti *colligere* e *aggregare* quanto i testi degli autori, ma anche l'esperienza dei più e la competenza operativa dei professionisti, offrono⁴³. Ma il *colligere* delle *Practicae* non significa tanto e in primo luogo una raccolta di novità; è piuttosto scegliere e ordinare ciò che risulta disperso in troppi testi, troppo ampi e poco organizzati⁴⁴. In ogni caso è comunque qui che s'incontra un'altra accezione di "progresso", che sembrerebbe assumere proprio il senso di assunzione e accumulo, a partire dal basso, anche di novità, di casi, dati, ricette che continuamente arricchirebbero il patrimonio dottrinario medico. E lo arricchiscono, infatti: ma solo se si integrano nell'ambito del già noto rispettando certi criteri. L'apporto dal basso è visto come un pullulare (alla base, ma all'interno di un sistema strutturato e chiuso) di ritrovati e di dati che non modificano l'ambito della disciplina e l'assetto definito della teoria⁴⁵. Possono confermarla e arricchire

42 Su questo genere letterario cfr. ad esempio L. Demaitre, *Scholasticism in compendia of Practical Medicine*, in "Manuscripta", XX, 1976, pp. 81-95; J. Agrimi, C. Crisciani, *Edocere medicos*, cit., capp. 5-8; A. Wear, *Exploration in Renaissance Writings on the Practice of Medicine*, in A. Wear et al. (eds.), *The Medical Renaissance of the Sixteenth Century*, Cambridge U.P., Cambridge 1983, pp. 118-145; cfr. inoltre L. Loviconi, *Les Practicae : un révélateur de la structuration et de l'élaboration des savoirs théoriques et pratiques médicaux*, in L. Moulinier-Broggi, M. Nicoud (éds.), *Écritures médicales*, cit., pp. 73-99, e M. Nicoud, *Les régimes de santé au Moyen Age*, Ecole Française de Rome, Roma 2017, 2 voll.

43 I testi di medicina pratica di Guglielmo da Brescia e di Iacopo Dondi sono titolati *Aggregator*; Bertucci definisce il suo scritto *Collectorium*; inoltre, e ad es., Pietro Hispano nel *Tesaurus pauperum* (in Id., *Obras medicas*, ed. M.H. Da Rocha Pereira, Univ. Coimbra, Coimbra 1973, p. 79) dichiara di voler esporre fedelmente ciò che ha potuto raccogliere nei testi di antichi medici e maestri o dei moderni *experimentatores*.

44 Cfr. N. Bertucci, *Collectorium*, cit., f. 1ra; Ferrari da Grado, *Practica*, cit., f. 2rb.

45 Cfr. M. McVaugh, *Introduzione* alla sua ed. di Arnaldo da Villanova, *Aphorismi de gradibus*, Univ. Barcelona, Granada-Barcelona 1975, specie pp. 112-113.

chirla, e per questo devono passare dal regime di dati e nozioni casuali a quello di dati e nozioni dottrinari. Questo passaggio si effettua tramite un vaglio, effettuato sul piano epistemologico, secondo i criteri della *ratio*, dell'*auctoritas* e di ciò che è stato esperito dai più. Si stabilisce così la compatibilità tra “nuovo” e già acquisito, e assai di frequente si neutralizza il nuovo, almeno nel senso che, per essere accettato, esso deve essere reso omogeneo a ciò che è già scientificamente assestato. Ad esempio, spesso le ricette che si dicono frutto della propria esperienza sono di fatto prestiti (documentabili) da scritti più antichi; una ricetta, un caso clinico “nuovi” tanto meglio vengono accettati se, oltre che essere accertati dalla personale *experientia*, sono reperibili anche nel testo di un autore, o sono riconoscibili come casi particolari di generali *rationes*. Questo orientamento ridimensiona alquanto – io credo – il senso progressivo e cumulativo che il *colligere* indubbiamente presenta: si accetta ciò che per altre vie già si sa essere vero e verisimile, e si accumula ciò che comunque ha già uno spazio epistemologico – prefissato – in cui poter essere fatto rientrare. Più che accumulare novità, di fatto le *Practicae* mettono in atto il normale meccanismo di raccordo tra canoni e *rationes* generali e casi singoli. In ogni caso, se qualche novità entra – e questo certo accade: basti pensare alle necessarie e vere novità farmacologiche –, l'integrazione avviene solo tramite l'organizzazione scritta e la conseguente sanzione da parte della comunità scientifica di questi dati e ritrovati. Se la ricetta o il dato osservativo conservano la loro “novità” e singolarità assolute e restano prive di quelle relazioni con ragioni e autori (che solo lo scritto mette in luce e fissa), vengono definiti non *experimenta* ma *empirica*. Così è delle terapie “usuali” e delle formule rituali (*empirica*) di *vetulae*, *mulieres* e *rustici* che non si traducono in *experimenta* scritti⁴⁶; delle procedure casuali cui non vengono assegnate *rationes*. Si può trattare anche di ritrovati “nuovi” e talora eccezionali (e sono detti perciò meglio, talvolta, *mirabilia*): tutto ciò comunque resta fuori dal sapere scientifico, perché fuori dalla norma e dalla normalizzazione che solo autori, *rationes* e scrittura garantiscono,

46 Cfr. J. Agrimi, C. Crisciani, *Per una ricerca su 'experimentum' – 'experimenta': riflessione epistemologica e tradizione medica (secoli XIII-XV)*, in P. Janni, I. Mazzini (a cura di), *Presenza del lessico greco e latino nelle lingue contemporanee*, Pubbl. Facoltà di Lettere e Filosofia Università di Macerata, Macerata 1990, pp. 9-49; Eaed., *Immagini e ruoli della 'vetula' tra sapere medico e antropologia religiosa (secoli XIII-XV)*, in A. Paravicini Bagliani, A. Vauchez (a cura di), *Poteri carismatici e informali: chiesa e società medioevali*, Sellerio, Palermo 1992, pp. 224-261; C. Crisciani, *Experimentum, ricetta, raccolta: un percorso epistemologico*, in corso di stampa.

e che lo renderebbe scientificamente significativo e quindi integrabile. Le registrazioni di indubbe novità ci sono, nelle *Practicae*, e spesso è detta ascrivibile alla collaborazione tra i moderni *rationabiliter practicantes* un'effettiva crescita del sapere medico: suggerisco però che tale acquisizione sia considerata da questi autori come una trasformazione epistemologica di dati (in un sistema chiuso) prima che, e più che, come un effettivo accrescimento dei dati stessi⁴⁷.

5. Queste considerazioni sulle modalità di crescita del sapere medico nel suo insieme risultano forse più chiare se si applicano a suoi specialistici settori o partizioni. Perché infatti non tutte le branche della medicina hanno simultaneamente gli stessi ritmi temporali nel loro divenire, anche se tutte seguono – parrebbe – lo stesso schema o modello di assestamento storico ed epistemologico. Falcucci lo esprime bene con la metafora con cui rappresenta la medicina nel suo complesso: essa è una pianta “in qua sunt *simul* flores et fructus, et acerbi et maturi”: albero assai singolare, in cui contemporaneamente convivono temporalità diverse innestate nella sincronia formale di un unico tronco/modello⁴⁸.

Che la chirurgia come disciplina tra '200 e '300 sia ancora acerba⁴⁹ e necessiti di vigorose spinte verso una piena maturazione è desolantemente

47 Per questa dinamica nella tradizione aristotelica cfr. F. Calabi, *La crescita del sapere scientifico secondo Aristotele*, in “Atti Accademia Scienze Torino”, CXI, 1976-1977, pp. 169-199; M. Vegetti, *Il coltello e lo stilo*, Il Saggiatore, Milano 1979, specie pp. 88-89; P. Reif, *The Textbook Tradition in Natural Philosophy*, in “Journal of History of Ideas”, XXX, 1969, pp. 17-32; P. Rossi, *Aristotelici e moderni. Le ipotesi e la natura*, in L. Olivieri (a cura di), *Aristotelismo veneto e scienza moderna*, Antenore, Padova 1983, vol. I, specie pp. 141-149.

48 N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo I, f. 5rb.

49 In generale cfr. M.R. McVaugh, *Strategie terapeutiche. La chirurgia*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. I *Antichità e Medioevo*, Laterza, Roma-Bari 1993, pp. 371-398; Id., *Surgical Education in the Middle Ages*, in “Dynamis”, XX, 2000, pp. 283-304; Id., *The Rational Surgery of the Middle Ages*, Sismel, Firenze 2006; T. Pesenti, ‘*Professores chirurgie*’, ‘*medici ciroici*’ e ‘*barbitonsores*’ a Padova nell’età di Leonardo Buffi da Bertipaglia, in “Quaderni Storia Università Padova”, XI, 1978, pp. 1-38; G. Zuccolin, *I chirurghi nel Trecento: formazione dottrinale e professionale*, in M. Ferrari, P. Mazzaello (a cura di), *Formare alle professioni. Figure della sanità*, Franco Angeli, Milano 2010, pp. 58-77; N. Siraisi, *How to Write a Latin Book of Surgery. Organizing Principles and Authorial Devices in Guglielmo da Saliceto and Dino del Garbo*, in L. García-Ballester et al. (eds.), *Practical Medicine from Salerno to the Black Death*, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1994, pp. 88-109; J. Agrimi, C. Crisciani, *The science and practice of medicine in the 13th century according to Guglielmo da Saliceto, Italian surgeon*, in L. García-Ballester et al. (eds.), *Practical*

chiaro precisamente ai suoi esponenti⁵⁰. Alcuni di essi, nei prologhi delle loro *Chirurgie*, quasi a giustificazione del proprio impegno e quale primo passo perché il loro sapere acquisti dignità, ne scrivono la storia seguendo schemi ormai topici⁵¹. Essi rilevano che solo di recente la chirurgia è caduta in questa miserevole condizione, e non a seguito di biblici disastri né per mitiche secolari latenze. Il degrado è subentrato – ritiene Guy de Chauliac (†1368), che, secondo la definizione di McVaugh⁵², è “il primo vero storico della chirurgia” – perché la chirurgia si è separata dal tronco vigoroso e fondante della *physis* (da intendersi qui come medicina teorica) a cui era rimasta unita dai tempi di Ippocrate fino ad Avicenna. Questo passo verso una relativa autonomia è stato certo opportuno, ma si è verificato in modi improvvidi e improduttivi. Ne è risultato che ora, prosegue Chauliac, per la colpevole trascuratezza, superbia e stolto disdegno dei chirurghi stessi, molti interventi spettanti alla chirurgia sono di fatto caduti in mano di barbieri rozzi e *mechanici*⁵³. Simultanea e sintonica a questa separazione, che ha comportato degradazione verso il basso dell’empiria, è la perdita di una dignità disciplinare, che si esprime innanzi tutto nella mancanza di vero insegnamento e di testi scritti: “perit scientia – lamenta ancora Falcucci parlando della chirurgia⁵⁴ – et non remaserunt ex ea nisi descriptiones parve”: ovvia conseguenza del fatto che questa pratica è passata nelle mani di *illiterati, ydiotae, rustici, mulieres*, si è cioè appiattita nel più “usuale” empirismo, come lamentano i chirurghi da Lanfranco da Milano a Bruno di Longobucco, da Henri de Mondeville a Guy de Chauliac.

Due dati emergono da questi allarmati resoconti “storici”. In primo luogo la vicenda della chirurgia è tutta spostata in tempi più recenti, in tempi

Medicine, cit., pp. 60-87; F. Roversi Monaco (a cura di), *Teoria e pratica medica nel basso Medioevo: Teodorico Borgognoni vescovo, chirurgo e ippiatra*, Sismel, Firenze 2019.

50 Rinvio a *Cyrurgia Guidonis de Cauliaco et cyrurgia Bruni Theodorici Rogerii Rolandi Bertapaliae Lanfranci*, Venetiis 1498; Henri de Mondeville, *Die Chirurgie des Heinrich von Mondeville*, ed. J. L. Pagel, Berlin 1892 (che citerò col solo nome dell’autore); l’*Inventarium sive chirurgia magna* di Guy de Chauliac è disponibile anche nell’ed. di M. McVaugh, Brill, Leiden 1997.

51 Cfr. ad es. Bruno, *Cyrurgia*, cit., f. 83ab; H. de Mondeville, *Cyrurgia*, cit., pp. 135, 137-139; G. de Chauliac, *Inventarium*, cit., ff. 2vb-3rab.

52 Cfr. M. McVaugh, *Historical awareness in Medieval Surgical Treatises*, in *Geschichte*, pp. 171-200, fondamentale anche per l’interpretazione che viene data di tale storia, anche in relazione a atti giuridici coevi emessi dall’Università di Parigi.

53 Cfr. Lanfranco, *Cyrurgia*, cit., f. 168va; Bruno, *Cyrurgia*, cit., f. 83ab; G. de Chauliac, *Inventarium*, cit., ff. 2vb-3rb.

54 N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 7.1.

quasi contemporanei, privi di sfondi mitici o divini: si tratta dunque di una branca della medicina più recente, più nuova e insieme più rozza e primitiva, almeno nella sua attuale fisionomia. In secondo luogo il suo appare un percorso all'ingiù, è una storia di progressive e collegate cadute che la collocano, o l'hanno riportata, in quella fase prescientifica in cui versava la medicina prima di Ippocrate. Domina infatti l'*usus* statico e ripetitivo; mancano testi autorevoli; i ritrovati *empirica* restano tali, casuali e non scritti; per lo più viene insegnata solo in stretti circoli famigliari, con una formazione settaria ed ermetica, che Henri de Mondeville molto critica nei suoi predecessori. Guy de Chauliac a sua volta ironizza sulle "favole" e sulla "rozzezza" nei testi di Ugo da Lucca e di Teodorico Borgognoni⁵⁵. È vero anche però – ammette ancora Henri – che le sette dei chirurghi immediatamente precedenti a lui hanno progressivamente corretto i più gravi errori e mancanze: ma questo non è ancora sufficiente⁵⁶. Occorre ora effettuare quel passaggio che porti la chirurgia (o, meglio, la riporti) ad un regime di scientificità.

È in questa direzione infatti che si muovono gli appelli, così insistenti proprio nelle *Chirurgie* trecentesche, perché si attui un insegnamento dell'arte che, pur non trascurando il tirocinio pratico, qui indispensabile, si basi su testi sanzionati e sulla preliminare conoscenza dei principi generali della medicina; perché vengano scritte opere – quelle appunto in cui si impegnano i chirurghi del '300 – in cui siano proposte regole e canoni stabili perché razionalmente definiti, che sono massimamente necessari in questa scienza operativa proprio perché essa è così legata all'attività manuale e all'intervento puntuale. È ancora in questo contesto di attuale degrado e di urgenza di riforma che si comprende l'ansia – esplicita soprattutto in Henri de Mondeville⁵⁷ – affinché tutto ciò che risulta acquisito – per esperienza diretta, per assidua lettura dei testi medici, per indefesso studio – venga sistemato secondo un ordine e sia affidato allo scritto.

Il passaggio della chirurgia dalla preistoria alla storia, contestuale all'accesso alla dignità scientifica, sta appunto verificandosi ora, con questo slancio e impegno vigorosi dei chirurghi del Trecento. Essi appaiono, anche qui, come sforzi verso un fine, volti però ad una meta prefissata, già nota come modello, alla quale bisogna tendere ed approdare ma da non superare. Lo testimonia emblematicamente il personale percorso formativo di Teodorico Borgognoni⁵⁸, che così descrive il suo itinerario soggettivo,

55 G. de Chauliac, *Inventarium*, cit., ff. 2vb, 3ra, 13rb, 15vb, 69rb.

56 H. de Mondeville, *Cirurgia*, cit., pp. 12, 39, 138.

57 Id., pp. 124-125, 332-33.

58 Teodorico, *Cirurgia*, cit., f. 106ra.

che però ripete la successione storica e l'andamento epistemologico della disciplina. Egli – racconta – ha visto e seguito per un certo tempo le pur *expertissimas curas* del padre e maestro Ugo, ma non fu in grado di “comprendere nec discernere ad plenum”; si volge poi ai testi di Galeno e solo allora può dare un senso razionale e dottrinale a quello che aveva appreso *per usum*, perché si accorge che ciò che il padre praticava con “usuali” interventi si ritrova in Galeno, ma qui corredato da *rationes* esplicative e organizzato in una sistemazione scritta che li rendono comprensibili e scientifici. Lo testimonia, ancora, la definizione normativa che Henri dà della chirurgia – o di ciò che la chirurgia dovrà essere –, e che è identica nella struttura formale all'articolazione in livelli epistemologici che si è vista nella medicina nel suo complesso⁵⁹.

L'andamento che la chirurgia sta seguendo – negli intenti e nelle opere dei chirurghi trecenteschi – conferma, da un osservatorio più ravvicinato nel tempo – alcuni motivi su cui ho insistito. Innanzitutto il divenire, che pur movimentata vivacemente sia il sapere medico che la rappresentazione che ne viene data, ha la forma, per così dire, di uno “sviluppo bloccato”, nel senso cioè che è caratterizzato dalla tensione verso mete definite, e segue uno schema stabile e conchiuso, in cui la dinamica dei rapporti epistemologici domina e orienta gli accadimenti storici, in sostanza consentendone solo uno: quello per cui si passa dalla non-scienza alla scienza e viceversa. Come appunto accade per la chirurgia, già scienza, degradata poi ad *usus* ed empiria, risospinta ora verso una nuova dignità disciplinare. Nuova, ma anche recuperata, ripristinata sul modello di risultati precedentemente conseguiti (che vengono ora meglio compresi) o già raggiunti da altri settori del sapere medico: quasi che appunto lo sviluppo di una potenzialità non possa darsi se non secondo un modello già attualizzato o in relazione a una forma già una volta in atto.

Quando viene conseguito questo assetto ben definito e definitivo, anche nella chirurgia si instaura quel processo di integrazione mobile e vivace dal basso che non ne altera però più la configurazione formale. Tuttavia, proprio perché nella chirurgia si è di fronte ad un livello del sapere medico meno assestato, molto ravvicinato all'operare e dotato di uno sfondo testuale più esile (anzi, solo ora alcuni antichi testi vengono valorizzati e nuovi testi sono scritti); e poiché si tratta di una disciplina non ancora pienamente istituzionalizzata⁶⁰, vigono anche qui certo gli usuali criteri di integrazione del nuovo, ma i rapporti di dominanza tra essi paiono più

59 H. de Mondeville, *Cirurgia*, cit., pp. 70-71.

60 Vedi qui nota 49.

incerti e duttili. *Auctoritas*, *ratio*, ed *experientia* talvolta si rafforzano l'un l'altro, talvolta si contrastano⁶¹. Anche qui, risulta più facile l'integrazione quando un *experimentum*, uno strumento, una procedura sono sostenuti da *rationes*, e soprattutto quando i testi e la personale esperienza concordano: ma si tratta di casi rari. Più spesso accade che, di fronte ad una procedura in uso ma su cui c'è dibattito (per esempio sull'efficacia del bendaggio delle ferite), qualcuno la rifiuta decisamente, perché – dichiara – ha riscontrato nella sua esperienza che è inefficace; altri invece la raccomandano, perché Albucasis la segnala con approvazione. Ne risulta un'oscillazione e un'incertezza – ma anche una maggior disponibilità, duttilità e assunzione di rischio – nello scegliere ciò che può essere incluso nel patrimonio disciplinare della chirurgia. Per gli stessi motivi, altrettanto mossa e altrettanto caratteristica di queste *Chirurgie* è la dialettica tra antico e nuovo, tra tradizione e progresso. Emblematiche in questa direzione sono molte pagine di Henri de Mondeville⁶²: esse sono ricche di ammirazione per i progressi che i "moderni" stanno compiendo in chirurgia, aggiungendo continuamente nuovi casi e nuove forme d'intervento che gli antichi non avevano conosciuto e non potevano conoscere (anche perché certe ferite ora sono prodotte da nuovi tipi di armi, allora ignote). Sono pagine cariche anche di amarezza disgustata per l'eccessiva *confidentia* nei confronti degli antichi e per lo stolto attaccamento alla *consuetudo* che tutti i pazienti e non pochi colleghi manifestano⁶³.

61 Henri stesso lo ha sperimentato quando sue indicazioni innovative sul bendaggio di ferite sono state fortemente contestate; ma lo aiutò la verità, "pro qua debet homo potius mortem sustinere quam adhereat falsitati" (H. de Mondeville, *Cirurgia*, cit., p. 125).

62 Cfr. H. de Mondeville, *Cirurgia*, cit., p. 11: "operator non debet tantum confidere de eis, quae scripta sunt in libris; [...] successores [...] editiones optimas suorum praedecessorum [...] aliquando corrigunt et decorant superaddendo bona, quae ab ipsis per experientiam et assuefactionem in opere noviter sunt inventa; le indicazioni di Mondeville sui rapporti tra la tradizione in parte inaffidabile e i progressi necessari e auspicabili in chirurgia meriterebbero un'analisi più dettagliata: cfr. comunque le sue considerazioni più interessanti al riguardo in ivi, pp. 12, 61, 69, 138-143.

63 Cfr. H. de Mondeville, *Antidotarium* (allegato alla sua *Cirurgia*), pp. 507-508: "in medicinis compositis ab antiquo multae novae virtutes sunt inventae per experientiam modernorum, quas non esset curiale sub silentio pertransire [...] absurdum et quasi hereticum videtur, credere quod Deus gloriosus et sublimis dedisset ita sublime ingenium Galeno et sub tali pacto, quod nullus post ipsum posset aliquod novum invenire [...]. Miserum autem esset ingenium nostrum, si semper uteremur inventis"; e p. 508: "licitum est nobis scire aliqua quae non erant scita tempore Galeni et necessarium est ea scribi".

Queste frasi sono estremamente suggestive e sicuramente ci obbligano a riconoscere qui un'accezione specifica di progresso (inteso sia come accumulo quantitativo che come incremento qualitativo). Non va però dimenticato il contesto in cui si colloca la pur vivace spinta progressiva e innovativa di Henri: infatti nel suo testo accanto ad una spiccata enfasi, anche terminologica, per il *novus*, altrettanto ossessivamente è ribadita l'esigenza per l'*ordo*, cioè per racchiudere comunque nella compattezza di un ordinamento razionale e scritto (cui egli sta appunto provvedendo) l'altrimenti incontrollabile ricchezza della "novità", che comunque lo attira e lo entusiasma⁶⁴.

6. Incertezza, duttilità, disponibilità e sgomento insieme verso il nuovo sono ancora più evidenti nel caso della farmacologia, la cui situazione disciplinare tra '300 e '400 appare tra le più anomale. È dubbio infatti che qui si sia di fronte ad una disciplina istituzionalmente strutturata o in via di esserlo, anche se è vero che la medicina si articola da sempre in *diaeta*, *potio* (farmaci) e *chirurgia*; e anche se è unanimemente riconosciuto che anche i farmaci – semplici e composti – in radice rinviano ad un generoso dono divino⁶⁵. Ma nella situazione dell'insegnamento universitario scolastico e nell'assetto corporativo delle professioni nel tardo medioevo, la collocazione del sapere sui farmaci da un lato, e l'attribuzione di competenze tra professionisti dall'altro, appaiono fluide e varie⁶⁶. Certo è comunque che le tanto deprecate pratiche ripetitive, casuali quando non inquinate da *superstitio*, gli *empirica* di *vetulae*, *mulieres*, *rustici* ed *empirici* vari, consistono sostanzialmente in preparazione e somministrazione di pozioni e rimedi. Più urgente che mai sembrerebbe qui passare dall'*usus* alla *doctrina*, progredire cioè incanalando la casuale empiria con canoni e regole razionali.

64 Cfr. ad esempio l'enfasi sul "nuovo" nel suo *Antidotario*, p. 507.

65 Cfr. *Ecclesiastico*, 38, 4: "Altissimus crevit de terra medicamenta et vir prudens non abhorrebit illa"; cfr. anche C. Crisciani, *Il cancelliere*; G. de Chauliac (ed. McVaugh cit., p. 7) attribuisce alla setta degli *omnium Theutonicorum militum* la cura delle ferite con formule e pozioni "fundantes se super illo quod Deus posuit virtutem suam in verbis, herbis et lapidibus".

66 Rinvio qui ai molti lavori di Iolanda Ventura sulla farmacologia medievale, e specie a *Farmacologia scolastica nei commenti all' 'Antidotarium Nicolai'*, in C. Panti, N. Polloni (a cura di), *Vedere nell'ombra*, Sismel, Firenze 2018, pp. 277-297; Ead., *Pharmacopée et 'pharmacologie' entre textes et pratiques: nouvelles perspectives*, in D. Jacquart, A. Paravicini Bagliani (a cura di), *Le Moyen Age et les sciences*, Sismel, Firenze 2021, pp. 487-517; per una esaustiva presentazione vedi anche McVaugh, *Introduzione*, cit.; Id., *'Apud antiquos' and Medieval Pharmacology*, in "Medizinhistorisches Journal", I, 1966, pp. 16-23.

Potrebbero allo scopo servire, almeno come punto di riferimento, opere autorevoli che orientino in questo campo sterminato della farmacopea: infatti qui, a differenza che per la chirurgia, i testi degli autori non mancano di certo. Risultano però poco utilizzabili, e per diversi motivi, che i medici lucidamente individuano. Innanzi tutto qui le difficoltà terminologiche sono più ardue, e più pericolose, che in altri ambiti: questo nonostante la relativa normalizzazione che l'imporsi egemonico del *Canone* di Avicenna (qui specie il libro secondo) ha introdotto, e nonostante l'ausilio di prontuari di sinonimi che i medici scolastici stessi producono. Inoltre gli autori in questo settore sono forse troppi e appaiono ben difficilmente "conciliabili" proprio nell'ambito specifico degli ingredienti e dosi, visto che ciascuno ha tenuto presenti, ovviamente, erbe, farmaci, misure in uso e a disposizione nella propria area geografica e nel suo tempo. Ne risultano problemi di traducibilità (non solo terminologica) assai consistenti, talvolta pericolosi e comunque fuorvianti⁶⁷. Talora poi i testi degli autori farmacologici sono troppo schematici: infatti riassumono risultati che erano chiari per chi, ai loro tempi, usava questi testi come prontuari, mentre sono quasi incomprensibili per utenti lontani nel tempo e nello spazio. Infine, le variazioni geografiche (e climatiche) di fruizione dei testi rendono spesso non riconoscibili e non riproducibili erbe, ricette e prescrizioni antiche, mentre per lo stesso motivo salta la corrispondenza tra farmaci e malattie; oppure, anche, i Latini hanno di fronte affezioni ignote ai Greci e agli Arabi, per le quali gli autori non hanno previsto dei rimedi farmacologici: come scrive Guglielmo da Saliceto, certe prescrizioni di Avicenna, utili ai suoi tempi e nella sua regione, sono ora e nei nostri climi poco efficaci se non dannose⁶⁸.

Quando poi è stata tentata un'impostazione teorica più complessiva e scientifica – ad esempio circa la procedura *de gradibus* – il risultato (come rileva Pietro d'Abano, che scrive prima che i Latini stessi affrontino il problema della graduazione quasi *ex novo*⁶⁹), il risultato è stato deludente: le promesse e le premesse di Dioscoride e Galeno, *fundatores* di questa linea, sono rimaste tali, e ora gli studiosi non possono "invenire auctorem authenticatum in cuius convenirent positione", e vagano incerti. Tutti questi

67 Cfr. Gentile da Foligno, *Consilia*, Venetiis 1498, f. 66rbva: "licet hic error sit solum in vocabulo non tamen est parvus, quia ex ipso forsitan resultavit maximus error in opere" (a proposito di una discutibile traduzione di un termine); cfr. anche le molte lamentele sui difetti di traduzione che impediscono di progredire in chirurgia espresse soprattutto da Guy de Chauliac (vedi McVaugh, *Historical Awareness*, cit.).

68 Guglielmo da Saliceto, *Summa conservationis*, Venetiis 1490, ff. a5va-b4va.

69 Pietro d'Abano, *Conciliator*, diff. 138, f. 195Ca.

rilievi caricano d'incertezza il valore dell'*auctoritas* e rendono peggio che fluida, quasi sdruciolevole e inaffidabile, la *traditio*. Ma più radicalmente che in altri ambiti, qui si percepiscono gli effetti della Caduta moltiplicati nella storia biologica. L'organismo umano, già fragile, di generazione in generazione si è indebolito sempre più; le infermità si sono moltiplicate, anzi variano e si complicano e si intrecciano⁷⁰ nella decadenza fisiologica dell'uomo, forse inarrestabile, e in un modo che gli antichi non potevano prevedere, così che è impossibile usare per i nostri mali rimedi predisposti per individui ben più solidi e robusti, e forse più semplici, in cui cioè il danno originario non si era ancora "moltiplicato". Non resta dunque che diffidare dei *dogmata antiquorum* sui farmaci; anzi, ritengono alcuni, meglio evitarli con cura⁷¹.

Per la verità, qui occorre – parrebbe – diffidare di tutto e di tutti: antichi e moderni, *vulgares* e sapienti. In queste condizioni infatti – in cui non sussistono regole approvate dai più⁷², né autori affidabili o direttamente utilizzabili – gli antichi sembrano proporre rimedi incomprendibili, i *vulgares* e i *simplices* offrono *empirica*, cioè rimedi irrazionali e inaffidabili, i "moderni" prospettano fantasiosi e discordi preparati di cui vanitosamente e futilmente si compiacciono⁷³ e che non vanno seguiti ("nolli, o medice, ire post medicinas novellas"⁷⁴). Tuttavia fidarsi solo di se stessi – cioè di uno solo – è quasi impossibile. Se ciò che costui propone fosse corretto, gli "antiqui [...] in libris suis dixissent"⁷⁵; se discorda in toto dagli antichi più famosi, la sua propo-

70 Cfr. Ferrari da Grado, *Practica*, cit., f. 2rb; Michele Savonarola, *Practica maior*, Venetiis 1559, prefazione, f. non numerato.

71 Ps. Arnaldo da Villanova, *Contra calculum*, Lugduni 1520, f. 1568F: "Itaque olim multa exeperimenta veterum medicorum salubria que propter defectum [hominis] hodie sunt mortifera [...]. Moderamini ergo medici moderni, quod mundi labor agitat dogmata et experimenta antiquorum tempora dividendo"; cfr. anche Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 1, f. 10rab, e sermo 2, f. a6va.

72 Cfr. Savonarola, *Practica*, cit., ff. 11vb, 14ra.

73 Molte al riguardo le testimonianze, tra cui Lanfranco, *Antidotarius* (quinto trattato della sua *Cirurgia*), f. 206va; Arnaldo da Villanova, *Aphorismi*, p. 196; Savonarola, *Practica*, ff. 9ra, 13ra; G. de Chauliac, *Inventarium*, cit., ff. 51va, 56ra; Antonio Guaineri, *Opus preclarum ad praxim*, Papiæ 1518, f. 243ra. Su Guaineri cfr. D. Jacquart, *Theory, Everyday Practice*, cit., e M. Nicoud, *Antonio Guaineri, un médecin de cour entre Savoie, Montferrat et Lombardie*, in B. Andenmatten et al. (éds.), *Le duc-pape et sa cour. Amédée VIII-Felix V (1383-1451), Actes du colloque de Chillan (22-24 sept. 2016)*, in corso di stampa.

74 Ps. Arnaldo, *Contra calculum*, 1568EF: "Novis experimentis fidelis medicus non studeat quia solent novitates pericula inducere".

75 Bruno, *Cirurgia*, cit., f. 91ra.

sta farmaceutica va respinta: infatti più "verisimile est quod iste unus, posito quod esset aequalis ingenio et experientia, decipiatur a falsis imaginationibus quam quod illi erraverunt"⁷⁶. È evidente che è in cortocircuito proprio quell'apparato integrato di *ratio*, *auctoritas*, *experientia* i cui componenti, sostenendosi a vicenda, consentono di vagliare, scegliere, organizzare un settore del sapere.

Testi equilibrati – la *Repetitio* di Arnaldo da Villanova, il *Sermo* sulla farmacologia di Falcucci – forniscono almeno indicazioni e cautele di massima su come condursi in generale in questo infido e pericoloso terreno per non cadere completamente in confusione ("in errorem et labyrinthum": così si esprime Teodorico Borgognoni⁷⁷). Le ricette dei *vulgares* potranno essere accolte purché "non manifeste repugnent rationi", e purché il medico che le adotta e raccoglie si rammenti bene che esse hanno un'origine e una validità "regionale", difficilmente estrapolabile ed esportabile⁷⁸. Al capo opposto della gerarchia degli agenti di trasmissione di ricette, non tutto ciò che si trova nei libri dovrà soddisfare il medico, anche se è scritto, e scritto da antichi. Il *modernus medicus* deve pertanto a lungo riflettere sugli *experimenta antiquorum*, e non deve insistere solo sugli scritti, ma "solerti ingenio satagere debet ad novam propensionem": è infatti ben poca cosa l'ingegno di colui che si appaga nell'uso esclusivo di cose già trovate da altri⁷⁹.

Ma proprio qui, dove è indispensabile *consueta relinquere*, dove la spinta alla novità è una necessità riconosciuta (e addirittura fondata dalla riflessione medico-antropologica sul decadimento della *complexio* nel corso del tempo della storia), l'incertezza, il disorientamento, il senso di insicurezza e di pericolo che la novità suscita sono quasi tangibili: si manifestano a partire dal modo di scrittura, dove l'ansia porta a non scegliere ma a elencare tutto ciò di cui si è venuti a conoscenza, senza prendere posizione e lasciando che ciascuno si regoli come può e crede. Abbondano pertanto nelle sezioni farmacologiche delle *Practicae* o delle *Chirurgie* gli elenchi (*alii... alii..., aliqui... ego*), oppure le serie, ripor-

76 Arnaldo da Villanova, *Repetitio super aphorismo Hippocratis 'Vita brevis'*, ed. M. McVaugh, Publicaciones Univ. Barcelona, Barcelona 2014, pp. 215 ss.

77 Teodorico, *Cirurgia*, cit., f. 106ra.

78 Arnaldo, *Repetitio*, cit., pp. 211-213.

79 N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 1, f. 10ra-va; cfr. anche per valutazioni titubanti su farmaci alcuni altri testi falsamente attribuiti ad Arnaldo (*Antidotarium, De vinis, De simplicibus, Contra calculum, Breviarium*, in *Opera omnia*, Basileae 1585, pp. 385E-386EFD, 588C, 379D, 1568A, 1291E); N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 2, f. a6va; Savonarola, *Practica*, cit., *passim*; cfr. anche qui nota 63.

tate senza commenti, di opinioni di *auctores* contrastanti e non risolte su un farmaco o una cura. Insicurezza e ansia si esprimono anche nella continua oscillazione, non di rado nello stesso autore, tra diffidenza e però fiducia nelle indicazioni degli antichi; tra ironia e però anche aspettativa verso le proposte dei moderni⁸⁰. Questa situazione conferma che anche quando l'*inventio* e l'accumulo del nuovo sono ritenuti necessari dagli stessi medici, è arduo intraprendere questa via dove non c'è una forma e una norma a cui ridurre la novità e se – come è il caso della farmacologia – manca proprio quell'assetto disciplinare chiuso e garantito nella sua struttura entro cui solo l'integrazione appare possibile.

Si profila forse una garanzia di diverso tipo, più informale e fluida, non disciplinare ma sociale, fornita dalla comunità scientifico-professionale e dalla competenza degli esperti che la compongono. La sua approvazione, la circolazione di proposte di rimedi e di ricette al suo interno, le valutazioni incrociate degli *experti et rationabiliter practicantes*, appaiono ad alcuni il criterio più sicuro, duttile ma sanzionante, a cui il singolo può rifarsi. Una simile accentuazione del ruolo della comunità scientifica implica un'ulteriore insistenza sulla necessità dello scritto (solo se scritti i nuovi ritrovati possono circolare tra gli esperti, venir valutati, messi alla prova e corretti dai colleghi), nonché la decisa valorizzazione di impegni di collaborazione e scambio tra i membri del gruppo⁸¹.

Com'è noto, questi valori – collaborazione, apertura controllata al nuovo, disponibilità alle correzioni, pubblicità e circolazione di risultati, scrittura, scambio di informazioni nella comunità – sono stati spesso associati al concetto di progresso scientifico. Ancora una volta dovremo vederne qui un'accezione particolare. Si ricordi infatti che Henri de Mondeville, ad esempio, che presenta con molta insistenza e convinzione un'idea di progresso promosso proprio dallo scambio di vedute e corre-

80 Atteggiamenti che si riscontrano in varie pagine delle opera di Savonarola e Antonio Guainieri, su cui cfr. D. Jacquart, *Theory, Everyday Practice, and Three Fifteenth-Century Physicians*, in "Osiris", 2nd s., VI, 1990, pp. 140-160; Ead., *De la science à la magie: le cas d'Antonio Guainieri*, in "Médecines, Littératures, Sociétés", IX, 1988, pp. 137-156 (vedi in particolare una certa ironia di Guainieri su rimedi di *vetule* e empirici, che però egli comunque registra); cfr. anche N. Falcucci, *Sermones*, cit., sermo 1, f. 10ra-vb.

81 Al riguardo, analisi più puntuali sono offerte da L. Demaitre, *Theory and Practice in Medical Education at the University of Montpellier*, in "Journal of the History of Medicine and Allied Sciences", XXX, 1975, pp. 103-123; Id., *Scholasticism in compendia*, cit.; J. Agrimi, C. Crisciani, *Edocere medicos*, cit., specie pp. 185-188 e cap. 8.3; M. McVaugh, *Two Montpellier Recipe Collections*, in "Manuscripta", XX, 1976, pp. 175-181 (con edizione del testo).

zioni tra le successive generazioni e nella comunità dei periti chirurghi⁸², rappresenta quest'ultima come un gregge in un ovile: questo è sì dotato di porte, è certamente "aperto" (a nuove acquisizioni, a nuovi membri), ma è anche chiuso da robusti recinti e ben difeso contro chi vi si introdurrebbe da nemico perché privo di studi e di esperienza, e quindi portatore di errori e deviazioni⁸³.

7. Per chiarire il senso dei concetti di incremento, non sommatorio accumulo ma indefinito approfondimento, di dinamica vivace ma senza radicali mutamenti in un quadro chiuso e stabilito una volta per tutte, è utile ricorrere alle metafore con cui alcuni medici scolastici descrivono la forma di crescita precedente e quella di sviluppo del loro sapere. Una è di tipo organico-agricolo. Ippocrate – a partire da Galeno lo ripetono in molti – "fuit bonus agricola qui primus hanc artem seminaverit"⁸⁴: i suoi semi di scienza producono ricche messi di sapere poiché c'è stato chi li ha poi irrorati e fatti crescere. Come ogni metafora biologica, essa veicola l'idea di crescita, sviluppo nel tempo: ma qui la metafora è mantenuta solo fino a che la forma organica prevista, e potenziale nel seme, non si è pienamente realizzata; spesso, invece, in tali metafore dovrebbe seguire la fase della decadenza/ invecchiamento ed eventuale rinascita. Su queste ulteriori tappe i nostri testi non si soffermano, paghi – mi sembra – di segnalare la necessità di una crescita che però non può travalicare la forma prefissata data, pena la perdita di fisionomia e di identità della pianta che si è così ben sviluppata. L'altra metafora è di tipo architettonico-artigianale. Henri de Mondeville e Guy de Chauliac ricorrono, per indicare i necessari *additamenta, melioramenta* che si impongono nella scienza chirurgica, alla immagine della casa, del bel edificio. Attorno ad esso continuamente gli operai si adoperano e s'affannano appunto per riparare guasti, ampliare locali, sostituire parti, rettificare pareti. Ma la casa è "jam incepta et completa": la sua struttura è definita, e gli interventi che la migliorano e l'abbelliscono, pur necessari e continui, non ne modificano né la compattezza, né la sostanziale solidità⁸⁵.

82 H. de Mondeville, *Cirurgia*, cit., pp. 12, 61, 64, 67, 69-70, 138-139, 332-334; simile orientamento anche in Arnaldo da Villanova, *Repetitio*, cit., e Savonarola, *Practica*, cit.; si veda anche la posizione di Tommaso del Garbo, in K. Park, *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*, Princeton U.P., Princeton 1985, pp. 206-209.

83 H. de Mondeville, *Cirurgia*, cit., pp. 64-65.

84 N. Bertucci, *Collectorium*, cit., f. 2rab; cfr. anche Matteolo da Perugia, *De laudibus*, cit., pp. 39-40; G. de Chauliac, *Inventarium*, cit., Proemium, f. 2ra.

85 H. de Mondeville, *Cirurgia*, cit., pp. 11, 70, 508: certo, osservandola "nei dì di festa" come "muratori della domenica" [si potrebbe anche tradurre, con un ne-

Si potrebbe pensare che due storie della medicina umanistiche, entrambe scritte tra il secondo '400 e gli inizi del '500 – il *De Medicina et medicis* del bibliotecario di Nicolo V, Giovanni Tortelli (una riproposizione della voce “Ippocrate” della sua monumentale *Orthographia*), e il *De antiquitate medicinae* del medico Gian Giacomo Bartolotti⁸⁶ – comportino radicali novità nelle notazioni sulla “storia della medicina” viste fin qui. Di fatto sono “nuovi” il latino molto più elegante, le accurate citazioni, l’attenta ricerca di puntuali dati dottrinali, di particolari eruditi, di compiaciuti riscontri classici. La loro vera novità non sta però nel modificare il quadro che gli accenni “storici” dei medici scolastici consentono di delineare, né nell’introdurre nuove declinazioni nelle fasi del passato della medicina, quanto nel fatto che essi tra i primi – precedendo le proposte di Simphorien Champier⁸⁷ – si propongono di stendere una complessiva “storia della medicina” (storia che sia fondata e promossa in quanto *magistra*, o con funzioni di *decorum*⁸⁸, o con istanze classicheggianti, o anche nei modi della descrittiva *historia*). Si inaugura quindi in questi due testi la forma aurorale di una nuova disciplina autonoma – la “storia di”⁸⁹ –, al posto dei sporadici accenni e delle forme occasionali, e talvolta implicite e da decifrare, propri delle riflessioni sul proprio passato, che costellano molti scritti dei medici scolastici. Ma il quadro che le loro ricostruzioni forniscono resta per ora invariato, pur nella nuova forma umanistica di presentazione delle vicende della disciplina.

ologismo, “come umarell”), la si può anche migliorare in futuro o nel caso di altri edifici; e certo ancora (p. 508) se un costruttore dei tempi di Galeno ora si mettesse all’opera non starebbe alla pari con un muratore, e certo si sa anche che *antiqua palatia et ecclesiae* vengono distrutti per rifarli migliori (e però non sono fatti forse con gli stessi materiali?).

86 Cfr. L. Belloni, D.M. Schullian (a cura di), *Della medicina e dei medici / Giovanni Tortelli. Dell’antica medicina / Gian Giacomo Bartolotti. Due storie della medicina del XV secolo edite e tradotte*, Stucchi, Milano 1954; D. Mugnai Carrara, *Il “De medicina et medicis”*, in A. Manfredi et al. (a cura di), *Giovanni Tortelli primo bibliotecario della vaticana*, Biblioteca Apostolica Vaticana, Città del Vaticano 2016, pp. 339-365.

87 Cfr. B. Copenhaver, *Symphorien Champier and the Reception of the Occultist Tradition in Renaissance France*, Mouton, The Hague 1979; mi riferisco a *Libelli duo* (1506: “Opus tum propter hystoriarum cognitionem tum propter rei novitatem perutile”), ma anche in altre sue opere Champier tratta delle fasi “storiche” della medicina.

88 Cfr. A. Grafton, *The Identities of History in Early Modern Europe: Prelude to a Study of the ‘Artes Historicae’*, in G. Pomata, N. Sirais (eds.), *Historia. Empiricism and Erudition in Early Modern Europe*, The MIT Press, Cambridge 2005, specie pp. 58-64.

89 Cfr. M. Grmek, *Introduzione a Storia del pensiero medico occidentale*, vol. I.