

QUESTIONI DI NASO

L'IMPORTANZA DEGLI ODORI NELLA VITA E IN MEDICINA

di Vittorio A. Sironi*

La perdita di percezione degli odori è stato un sintomo iniziale dell'infezione da coronavirus. Così l'olfatto, uno dei sensi più trascurati, è balzato all'attenzione del pubblico. L'articolo che presentiamo analizza la storia della scoperta dell'olfatto, la sua fisiologia e le sue patologie; inoltre, il suo ruolo in medicina, trascurato per molto tempo da un'ideologia igienista dominante nell'Ottocento e nel Novecento, che tendeva a creare un ambiente privo di odori. Invece l'olfatto è un importante «senso clinico» come sintomo di molte patologie. Benché a lungo trascurato è importante anche il significato che esso ha avuto nella storia dell'uomo e il ruolo che ha giocato nell'evoluzione della nostra cultura.

* Docente di Storia della Medicina e della Sanità e di Antropologia medica presso l'Università di Milano-Bicocca

Elemento guida nell'evoluzione della specie e spia essenziale della salute individuale, l'odore è la percezione veicolata dall'olfatto, una facoltà sensoriale misconosciuta e a lungo trascurata, ma che è balzata all'attenzione del pubblico e della scienza perché la sua perdita è stato uno dei primi sintomi nelle fasi iniziali dell'infezione da Coronavirus durante la recente pandemia di Covid-19. Analizzare la storia della scoperta dell'odorato e raccontare le implicazioni mediche, sociali e antropologiche degli odori sono gli obiettivi di questo articolo.



La scoperta degli odori e la fisiologia dell'olfatto

Per Platone (428-347 a. C. circa) e per Aristotele (384-322 a. C.) il naso serviva prima di tutto per respirare l'aria fresca che giungeva ai polmoni. Aristotele però era consapevole che un'altra importante funzione del naso fosse l'olfatto, a cui attribuiva un ruolo importante nel favorire la sopravvivenza, poiché consentiva – soprattutto agli animali – di riconoscere ciò che poteva essere dannoso. Nell'uomo, tuttavia, egli lo considerava un senso inferiore agli altri, associandolo soprattutto ai piaceri carnali.

Contrariamente alla tradizione greca, il poeta latino Tito Lucrezio Caro (94-55 a. C. circa), convinto sostenitore delle concezioni atomistiche formulate da Democrito (470 -457 a. C. circa), rivalutò l'olfatto riconoscendogli pari dignità rispetto agli altri sensi e interpretando correttamente il meccanismo dell'odorato nell'ambito della sua visione atomistica. Secondo la sua concezione particelle invisibili delle sostanze odorose, gli atomi appunto, colpivano il naso producendo gli odori.

Oggi si sa che per percepire un odore si devono verificare due condizioni: la prima è che alcune molecole di una sostanza devono entrare in contatto con le terminazioni

Nel Medioevo si conviveva «tranquillamente» con il puzzo dei cadaveri uscenti dai cimiteri in piena città, con l'olezzo delle latrine che traboccavano liquame fecale nelle strade, con l'acre sentore dell'urina sulla pubblica via, con il ripugnante odore delle carogne di animali in decomposizione che pervadeva i nuclei urbani. Durante il Settecento s'incominciò sempre più costantemente col vedere negli odori (la puzza delle latrine, dei cimiteri, delle carceri, delle caserme, degli ospedali) la causa prima delle epidemie. In una grande città come Parigi la situazione veniva così lucidamente descritta: «Se mi si chiedesse come si possa restare in questo sudicio ricettacolo di tutti i vizi e di tutti i mali, ammicchiati gli uni sugli altri, in un'aria avvelenata da mille vapori putridi, tra le beccherie, i cimiteri, gli ospedali, le chiaviche, i rigagnoli d'urina, i mucchi di escrementi, i laboratori dei tintori, dei conciatori e dei conciapelli; nel fumo perenne-mente prodotto da un'incredibile quantità di legna, nel vapore che esala da tutto quel carbone; circondati dalle sostanze arsenicali, solforose, bituminose, esalate senza posa dai laboratori in cui si violentano il rame e gli altri metalli: se mi si chiedesse come si vive in quest'abisso, la cui aria greve e tepida è tanto spessa da essere visibile e la cui atmosfera si sente in un raggio di oltre tre leghe; in un'aria che è impedita di circolare e che non fa che turbinare in quel dedalo di case [...], risponderci che l'abitudine avveza i parigini alle brume umide, ai vapori deleteri e al fango infetto» [Corbin 1983, pp. 74-75]. Si incominciò a divenire intolleranti verso questi odori, a questi «miasmi pestilenziali» (cioè, portatori di peste) a questa mala aria, donatrice di malaria, a questo «aere corrotto», facilitante i mali di petto e la tosse debilitante. «La capitale – scriveva Tour-non a fine Settecento – è ormai tutta quanta una vasta fogna, dove l'aria è putrida, e ci sono quartieri talmente infetti che gli abitanti riescono a stento a respirarvi». Si notava anche che le lamentele si moltiplicavano ogni giorno e che chi abitava nella zona dei mercati o dei macellai e delle fonderie di sego dava prova di un'intolleranza prima inesistente nei loro confronti [Corbin 1983, p.86]. Occorreva dunque far presto: le istanze igieniste di fine Settecento si coniugavano con la nascita della «chimica pneumatica» che fondava sullo studio dei gas dell'aria il superamento della vecchia teoria del flogisto. Alla fine del XVIII secolo si assistette alla traduzione della «vigilanza olfattiva» in linguaggio scientifico. Era questa «una vigilanza che [aveva] tra i suoi obiettivi quello di scoprire le «arie» irrespirabili, di identificare e descrivere i miasmi, i veleni (virus) in precedenza inafferrabili; programma irrealizzabile perché si fonda[va] su un errore ... sul quale s'affanneranno i medici sino al trionfo delle teorie di Pasteur. Nell'impossibilità di riuscire a reperire mediante l'odorato quegli esseri terrificanti, a lungo sussisterà la speranza di poterle per tale via scoprire gli effetti sui corpi viventi. Mentre la medicina clinica che [andava] abbozzandosi mette[va] in risalto il morboso e le lesioni osservate nel cadavere, il sincretismo medico allora predominante e dove il neoippocratismo si mescola al retaggio meccanicista, istituì un collegamento tra gli odori del patologico e la gamma delle decomposizioni putride definita mediante osservazione» [Corbin 1983, p. 19]. V'era chi, come Becher, aveva tentato di descrivere l'odore dei diversi stadi della decomposizione putrida. «Nei primi istanti dopo il decesso – affermava - fa la propria comparsa un 'odore dolciastro', paragonato a una 'fermentazione vinoso'; si sviluppa quindi un odore acido più intenso, assai spesso simile a quello del formaggio che marcisce, definito 'acidocaseoso'. Infine, si manifesta l'odore di putrefazione, che dapprima è insulso e non acre, e tuttavia questo nidore dà la nausea [...] poi l'odore diviene penetrante, ed eccolo ormai acre e abominevole. Al sentore putrido fa seguito uno erbaceo e con esso l'odore d'ambra» [Corbin 103, p. 24]. Da un lato la «vigilanza atmosferica» della medicina neoippocratica settecentesca andava ispirando il progetto di una tavola pneumopatologica che cercava di correlare gli odori putridi con l'origine delle malattie, dall'altro la «percezione olfattiva» doveva indurre il medico a determinare con esattezza gli odori delle malattie.

Odori e medicina

L'odore dei corpi, del resto, era accolto da tempo nella semiologia medica. Ippocrate gli assegnava un posto nella categoria dei sintomi. L'irruzione della malattia poteva tradursi sia nella perdita di un odore segno di salute che nella comparsa di un odore morboso. L'itinerario che conduceva alla malattia prima, poi alla morte, andava dall'acido all'alcalescenza della putredine. Ancora in pieno Settecento Theophile Bordeu (1722-1786) constatava che la medicina del suo tempo giudicava l'essenza delle varie parti e del loro stato di salute o di malattia per mezzo dell'olfatto.

Il medico non si contentava di essere esperto di mefitismo: al capezzale del paziente doveva mostrarsi capace di «sentire riflettendo». Il medico compiva innanzitutto un complesso calcolo olfattivo che aveva lo scopo di stabilire l'odore che il paziente avrebbe dovuto emanare, tenuto conto dell'età, del sesso, del temperamento, del colore dei capelli, della professione e, se possibile, del suo odore individuale, registrato quand'era in buona salute. Il sanitario si rifaceva poi all'itinerario olfattivo che caratterizzava ciascuna delle categorie patologiche. L'odore del malato gli avrebbe permesso poi di formulare facilmente diagnosi e prognosi. L'analisi olfattiva evidentemente privilegiava le «risultanti», principalmente il fiato, le feci e soprattutto il pus, la cui leggibilità era addirittura sorprendente.

«Ogni giorno – si osservava - è dato notare, dalla medicazione delle piaghe, e persino da ogni suppurazione cutanea, che, se un malato è stato preda di passioni violente, se si è dedicato a esercizi troppo intensi o troppo prolungati, se segue un regime inadatto, se soprattutto abusa di liquori forti, se ingurgita alimenti acidi, salati o affumicati, se abita in luoghi dove l'aria sia infetta o paludosa, la qualità delle materie della suppurazione mutano [...]. Da lungo tempo nel popolo si spiano i segni olfattivi della malattia. Padrone e domestiche, soprattutto in campagna, spontaneamente riferiscono al medico i mutamenti subiti dall'odore di sudori, feci, urine, sputi, ulcere o panni che siano stati in contatto con il corpo dei malati [...]. I sanitari esercitati distinguono perfettamente l'odore che emana da ulcere complicate da cancrena, l'odore particolare dei tisici, delle persone affette da dissenteria, febbri tifoidee e maligne; e quel sentore di topo che è proprio delle febbri ospedaliere e carcerarie [così come], se l'odore acidulo e di latte della puerpera diviene fetido, è lecito predire una 'febbre da latte'» [Corbin 1983, pp. 57-58].

Questa abilità doveva essere anche insegnata e trasmessa a chi s'accingeva a esercitare la professione medica. «Il professore – scriveva nel 1819 Landrè-Bauvais (1772-1840) – che deve insegnare a riconoscere al letto degli ammalati e a trattare le numerose alterazioni che sopravvengono al nostro organismo, incomincia a fissare i sensi degli allievi sopra i sintomi delle malattie [in modo da] far loro acquisire quella giustezza e precisione dei sensi che fa distinguere la maniera della lesione e il grado di ogni sintomo [...] caratteristico della malattia [sì che possa] rischiarare sopra lo stato presente e futuro degli ammalati».

Tra i sensi, insieme alla vista, che forniva «l'occhio clinico», e prima dell'orecchio, che consentiva di indagare i rumori patologici (amplificati anche grazie allo stetoscopio) e del tatto, che consentiva di apprezzare il polso, veniva l'olfatto, in grado di mettere direttamente e immediatamente a disposizione del medico una gran quantità di informazioni sul malato e la sua malattia.

A caratterizzare l'ambiente olfattivo dell'ospedale, più che quello delle carceri o dei cimiteri, era la complessità degli odori putridi. «La respirazione affrettata e i sudori infetti dei malati, i loro sputi purulenti, le varie sanie che colano dalle piaghe, il contenuto dei buglioli e delle comode, gli aromi dei medicinali, gli effluvi degli impiastri, si amalgamano in un lezzo che il sanitario si sforza di scindere nelle sue componenti" fisiologiche e patologiche. Il sesso, l'età, la professione e il carattere dei malati inseriscono variazioni in questo fetidume generale sul quale emergono gli effluvi della

malattia predominante. Ma la peggiore è la 'putredine ospedaliera', il puzzo di cadavere che precede e annuncia la morte e che sale dalle membra in cancrena e dai letti impregnati di sudore riservati agli agonizzanti» [Corbin 1983, p. 70-71].

In attesa che l'ospedale si trasformasse nell'Ottocento in una machine à guerir, una «macchina per guarire», esso era ora una puzzolente «macchina da infezioni», che giustificava ampiamente la popolare diffidenza per l'ospedale, considerato «inferno in terra».

Per il momento, mal si distingueva l'odore degli umili da quello dei ricchi: a essere putrida era la folla. Il fetore dei poveri malati ammassati in ospedale non era meno pericoloso del puzzo dei cadaveri dei ricchi sepolti nei sotterranei delle chiese. E se in queste ultime si faceva abbondante uso di incenso per fumigazioni che, più che funzione liturgica, avevano finalità deodoranti, negli ospedali si effettuavano fumigazioni aromatiche con ginepro e rosmarino per rendere salubri gli ambienti.

Inizia in questo periodo quella strategia di abolizione degli odori che porterà alla disinfezione intesa come eliminazione dell'odore della malattia più che come procedura di difesa dall'infezione.

L'odore del povero e del malato: dalla deodorizzazione alla disinfezione

Il graduale sorgere del concetto di «individuo», con un suo spazio corporale ben definito e «isolato» da quello degli altri, il trionfo di una visione borghese del mondo, la lotta di classe, il cui discrimine era tra coloro che «sanno di buono» (i borghesi agiati) e coloro che «sanno di sudore» (i poveri), incrementavano questa sensibilità verso gli odori. Negli ospedali, in tutti i luoghi in cui s'ammucchiava confusamente la folla, nelle case rurali o urbane una nuova curiosità induceva a scovare gli odori della miseria (e della malattia), a scoprire il puzzo del povero e della sua tana.

L'accentuarsi della repulsione olfattiva nei confronti del proletariato emerge assai bene nei resoconti dei medici e di coloro che si recano a visitare gli ammalati. In precedenza, il medico sembrava insensibile al disgusto. Anzi, come s'è visto, l'odore era un elemento diagnostico importante. Ma dalla fine del Settecento ai primi decenni dell'Ottocento «per il medico il domicilio del paziente [la corsia d'ospedale o, peggio ancora, la sala anatomica per le dissezioni autoptiche dei cadaveri] divengono il luogo di un quotidiano supplizio. «Vi si soffoca letteralmente' - assicurano Monfalcon e Polinière - è impossibile mettere piede in quel focolaio di infezione, e spesso il medico che visita il povero non riesce a sopportare il fetore della stanza, e la ricetta la scrive sull'uscio o sulla finestra» [Corbin 1983, p. 213].

«Nella stanza del malato la soglia percettiva, o per meglio dire la tolleranza olfattiva, definisce l'appartenenza sociale. La repulsione borghese accompagna e giustifica la fobia per il contatto tattile. Più del rispetto per il pudore delle donne, è il puzzo del malato a promuovere l'uso dello stetoscopio» [Corbin 1983, p. 233]

Accanto alle strategie di «deodorizzazione sociale e igienica» degli ambienti cittadini (selciare le strade, drenare i ristagni, ventilare gli ambienti), sfoltire gli esseri umani procedendo a una ridistribuzione dello spazio nell'ambito delle strutture urbane, sembrava il mezzo più atto per rendere possibile il controllo delle esalazioni e la limitazione degli effetti morbiferi delle emanazioni sociali attraverso una grande opera di «disinfezione collettiva e individuale».

L'ospedale è al centro di questa strategia. Il «letto collettivo» viene sostituito dal letto individuale, che si tramuta in un'unità spaziale e territoriale. Vengono dettate regole precise: il malato che entra in ospedale deve lasciare i suoi vestiti e mettere abiti puliti, che dovrà cambiare una volta alla settimana; non deve portare o tenere né cibo né bevande: tutto verrà fornito dall'ospedale stesso; dovrà espletare i suoi bisogni corporali in appositi spazi e la biancheria del suo letto dovrà essere lavata e sostituita almeno due volte al mese.

Se ancora a metà Settecento «portare un profumo gradevole», mettere compresse odorifere in un bruciapfumi o fare fumigazioni aromatiche equivaleva ad arginare

l'infezione, verso la fine del secolo, prima che si imponessero le scoperte di Lavoisier, i chimici erano tesi nella febbrile ricerca dell'antimefitico per vincere insieme il cattivo odore, il potere asfissiante e il rischio di malattia: una ricerca che accelerava la promozione del «deodorante-disinfettante chimico» inteso ad abolire, più che la malattia, il suo sgradevole odore.

Nel frattempo, più che all'acqua il «potere disinfettante» era attribuito al fuoco e sovente, durante le pestilenze, si accendevano in più punti della città grandi falò, così come si bruciavano le case degli infetti o le navi contaminate. L'odore, considerato la materializzazione del miasma, minaccia morbifera assoluta, non doveva essere mascherato, ma distrutto. Se il latte di calce aveva dato qualche buon ma isolato risultato a metà del secolo, nel 1773 le fumigazioni fatte con un miscuglio di sei libbre di sale e di due libbre di acido solforico consentivano di eliminare gli odori putridi delle salme inumate che erano state evacuate dai sotterranei della chiesa di Sant-Etienne a Digione.

È il primo successo di una disinfezione «di massa». Anche le preparazioni con acido nitrico danno buoni risultati, ma è con l'uso dei cloruri che avviene una vera e propria «rivoluzione disinfettiva»: con la candeggina (sale di cloruro di sodio) prima e l'acqua clorurata (sale di cloruro di calcio) di Labarraque poi.

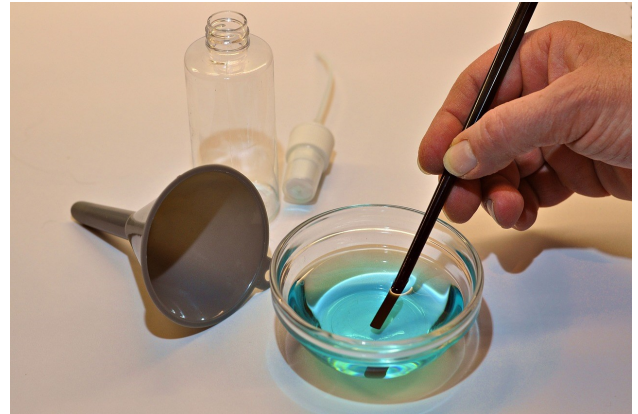
Ancora maggiormente nell'Ottocento e durante il Novecento, i disinfettanti sempre più usati in ambito medico esplicano una duplice inseparabile funzione: servono sì a sterilizzare ambienti e persone, ma anche (e soprattutto) a sovrastare ed eliminare l'odore della malattia. Se in precedenza quello che caratterizzava gli ospedali era l'odore pungente dei malati, ora a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, quello che connota l'ambiente medico è, per antonomasia, il «profumo» dei disinfettanti.

La medicina clinica del primo Novecento rendeva l'occhio del medico ancora più penetrante: grazie alla scoperta nel 1895 da parte di Roentgen (1845-1923) dei raggi X, l'uso della radiografia, la «fotografia dell'invisibile» permetteva di vedere cose nascoste e segrete come le lesioni degli organi interni; parallelamente il perfezionamento del microscopio consentiva di vedere distintamente quelle parti infinitesime della vita parassitaria che sono i «microbi» e che da poco Louis Pasteur (1822-1895) aveva inconfutabilmente dimostrato essere la vera causa delle malattie infettive. Questi germi e non dunque i miasmi dovevano essere l'oggetto di una efficace disinfezione. Intanto anche la «chimica clinica» permetteva di effettuare i primi esami del sangue e delle urine, distinguendo il sano dal malato.

Con questa nuova tecnologia semeiologica in ambito clinico gli odori diventavano superflui, anzi fastidiosi per non dire addirittura fuorvianti. Andavano aboliti, nascosti, camuffati. L'ideologia superigienista che la guerra contro i germi e le malattie infettive promuove tra Ottocento e Novecento e poi le idee salutiste della prima metà del Novecento e il delirio del pulito che caratterizza l'ultima parte del secolo fanno sì che gli odori del malato - ma più ancora del sano - non hanno più diritto di esistere.

La prassi corrente «esige» che il paziente si presenti dal medico neutro di odori (e paradossalmente carico di profumi) e che gli odori della malattia anche in ospedale siano accuratamente «cancellati» da una vigorosa «disinfezione profumante». Bagni, docce, spugnature, frizioni, lavaggi del cavo orale, detersione degli sfinteri e degli organi genitali - che pure è necessario fare - diventano più un quotidiano rito deodorante che un efficiente momento di sana igiene personale e collettiva.

D'altra parte anche il medico ci tiene a sottolineare la sua «superiorità» e la sua «diversità» non solo attraverso l'abito (il camice bianco del clinico, visualizzazione di un pulito e di astaticità esterno e interno, o quello verde o azzurro del chirurgo, evocatore di speranza e attenuatore del cruento colore rosso del sangue), ma anche



attraverso «profumi igienici» che sono caratteristici della sua persona e che diventano «odori sanitari» per eccellenza: quelli dell'etere, dello iodio, dell'alcool.

Recupero degli odori in medicina

Si è così perso il senso clinico degli odori. L'osservazione olfattiva può essere però ancora importante sia per la gestione medica che per quella umana e assistenziale dei malati. Se il medico oggi tende a privilegiare esclusivamente la dimensione tecnologica della medicina è bene che l'infermiere non dimentichi la dimensione antropologica della sua professione. È bene che recuperi l'uso dei sensi nella raccolta delle informazioni sanitarie e nel mettersi in relazione con gli assistiti.

L'attenzione agli odori ci può consentire di cogliere i bisogni e di avvertire i cambiamenti del malato prima ancora di usare un codice verbale o di effettuare esami complessi. Saper riconoscere dall'alito acetosico, dal tipico «odore di mele mature», un diabetico che sta scompensandosi, da quello ammoniacale, simile ad urina, un uremico o nel dolciastro «odore di topo» del foetor hepaticus un grave insufficiente epatico portano ad una diagnosi intuitiva e indirizzano l'iter medico facilitando il percorso assistenziale. Così ugualmente riconoscere un ascesso o una gangrena polmonare dall'odore putrido dell'escreato o una grave patologia infettiva del cavo orale dall'odore fetido dell'alito possono fornire elementi per una iniziale idea diagnostica.

Con l'aspetto, l'odore dell'urina e più ancora delle feci è sovente patognomonico. Nell'insufficienza pancreaticata e nelle diarree che aumentano la flora putrefattiva intestinale esse hanno un tipico odore di uova marce. Nelle coliti ipersecretive assumono un odore acre e pungente, simile a quello dell'aldeide formica, mentre nell'insufficienza biliare, nelle coliti e nelle diverticoliti assumono un odore di burro rancido. Nella malattia celiaca e nella mucoviscidosi sono maleodoranti, mentre nelle dissenterie protozoarie, in particolare nell'amebiasi, possono assumere un odore spermatico. Sono invece inodori nelle diarree acquose, come ad esempio nel colera. Le feci nere della melena hanno aspetto putrido e tipico odore nauseabondo. L'acro e penetrante odore del sudore dei tubercolotici o di quello degli epatopatici, così come il caratteristico odore di «pesce avariato» delle vaginiti batteriche sono anch'essi tipici e non facilmente dimenticabili.

Nelle piaghe da decubito e nelle ulcere l'osservazione olfattiva è quasi insostituibile, poiché consente d'identificare con grande rapidità ed estrema precisione i germi responsabili del processo infettivo e diventa un preciso indicatore dell'andamento clinico. Inodori quelle da anaerobi, tipicamente nauseabondo e ripugnante quelle da aerobi.

In una società multietnica quale ormai si avvia ad essere anche la nostra, persone di cultura ed etnie diverse tradiscono le loro origini anche in base a particolari caratteristiche olfattive, insolite e sovente percepite come fastidiose, ancora di più quando agli odori «fisiologici» si mischiano quelli «patologici».

In questo contesto la storia medica degli odori porta a una loro riscoperta sanitaria e assistenziale che non significa un acritico rifiuto delle conquiste igieniche degli ultimi due secoli, ma più semplicemente il recupero di una dimensione relazionale sottovalutata se non dimenticata per lungo tempo: una dimensione che consente a chi fa dell'assistenza e della cura al malato il proprio lavoro quotidiano (alludo sia ai medici che agli infermieri) di tenere nella giusta considerazione, accanto alla più moderne, efficienti ma troppo spesso disumanizzanti conquiste tecnologiche, la dimensione antropologica e i bisogni umani del malato.

Odori e profumi: antropologia evolutiva dell'olfatto

Oggi, nella maggior parte dei nostri ambienti di vita e di lavoro, gli odori non si avvertono più o, quando sono presenti, si fa di tutto per eliminarli.



Indicazioni Bibliografiche

A. Corbin, *Storia sociale degli odori. XVIII e XIX secolo*, Mondadori, Milano 1983.

A. Le Guérrer, *I poteri dell'odore*, Bollati Boringhieri, Torino 2020.

S. Fuso, *Sensi chimici. La scienza degli odori e dei sapori*, Carocci, Roma 2022.

A. Gusman, *Antropologia dell'olfatto*, Laterza, Roma-Bari 2004.

V.A. Sironi, *Neurogastronomia: il cervello alimentare*, in "Le declinazioni del cibo: nutrizione, salute, cultura", Laterza, Roma-Bari 2015, pp. 139-145.

M. Zazhytska et al., *Non-cell autonomus disruption of nuclear architecture as a potential cause of Covid-19 induced anosmia*