

LA GRANDE GUERRA E I FARMACISTI DIMENTICATI (XX Secolo - 1915/1918)

Giulia Bovone

INTRODUZIONE

L'organizzazione sanitaria con cui il Regno d'Italia entrò nel primo conflitto mondiale derivava dal Corpo di Sanità Militare, istituito nel 1845 e minimamente rivisto in seguito all'unità del Paese. La sua organizzazione prevedeva la presenza di medici e farmacisti con il grado di tenente o sottotenente all'interno dell'organico dell'esercito, ma con notevoli differenze tra le due figure.

Nel 1915 il Regio Esercito era diviso in battaglioni che comprendevano all'incirca un migliaio di soldati, ulteriormente distribuiti in più compagnie che potevano avere da un minimo di 100 unità fino a un massimo di 200. Il personale medico e farmaceutico generalmente non faceva parte delle compagnie, ma iniziava ad essere presente soltanto nei battaglioni o eventualmente nei reggimenti. Il numero di unità previste in servizio era estremamente esiguo in quanto per 1000 soldati erano previsti soltanto due medici e due aiutanti di sanità: numeri decisamente inadeguati per un conflitto su larga scala. I medici, per scelta tattica, non dovevano assolutamente essere esposti al fuoco nemico.

A causa dell'impostazione strategica con cui il Generale Cadorna intendeva condurre il conflitto, ossia con un approccio tipicamente ottocentesco che non vedeva nella presenza di reparti sanitari in prima linea un vantaggio decisivo per la vittoria della guerra, si preferì mantenere i medici fissi nelle retrovie.

In quest'ottica miope, derivata dal pensiero di una guerra – lampo, poco importava il salvare il maggior numero di feriti possibile, poiché il sacrificio delle loro vite era considerato un piccolo prezzo da pagare per una rapida e conveniente vittoria. Questa strategia crudele e superficiale porterà non pochi problemi in un conflitto dove il medicare e salvare con successo le vite dei fanti, affinché potessero ritornare in combattimento, era di assoluta importanza. A causa delle ingenti perdite sul campo di battaglia, ci si rese conto che per vincere la guerra occorreva limitare le perdite e per farlo erano necessari più medici.

Nel Regno d'Italia, all'alba del conflitto, la carenza di personale medico era così alta da necessitare l'istituzione dell'Università Castrense a San Giorgio di Nogaro, in modo da creare medici chirurghi specializzati da inserire immediatamente nei ranghi dell'esercito. L'Università Castrense aprì i primi corsi a febbraio del 1916 sotto la direzione del Dott. Giuseppe Tusini: potevano iscriversi gli studenti del V e VI anno di medicina per usufruire di un corso di studi accelerato per poter prestare poi servizio negli ospedali militari. Il primo anno si registrarono 822 iscrizioni, ma non tutti i corsi furono abilitati da subito: per esempio il corso di farmacologia, retto dal professor Carlo Gazzetti, fu introdotto solo nel secondo anno accademico.

I farmacisti invece provenivano dal sistema universitario tradizionale, ma nel mo-

mento dell'arruolamento solo alcuni entrarono a far parte dei reparti di sanità. In un ospedale da 50 posti letto, infatti, era necessaria la presenza di un solo farmacista insieme ad un assistente, quindi i posti disponibili sulla carta erano comunque pochi e, non essendoci la stessa richiesta rispetto ai medici, molti di loro si trovarono al fronte con un fucile in mano, anziché in una farmacia militare. Questa decisione fu però un errore di valutazione che gravò pesantemente, ingigantendosi man mano che il conflitto procedeva.

Alla figura del farmacista, infatti, spettavano vari compiti, tra cui preparare da zero non solo i farmaci per i degenti dell'ospedale da campo ma anche il materiale per la sala operatoria, come ad esempio garze medicate all'acido fenico o al vioformio. Inoltre, nei momenti di maggior difficoltà, il farmacista spesso alternava i suoi doveri all'assistenza di altro personale sanitario, per esempio redigendo i documenti cartacei che i medici non avevano tempo di compilare. Non di rado è possibile reperire liste dei degenti o atti di morte firmati da farmacisti, come nel caso dell'Ospedaletto 39 dove la documentazione era firmata dal Dott. Domenico Facini, il farmacista assegnato alla struttura.

Era quindi palese che un solo farmacista insieme al suo aiutante non era sufficiente a svolgere la gran mole di lavoro necessaria negli ospedali da campo, primo posto di medicazione efficiente presente nelle retrovie. Mal equipaggiati e con risorse ridotte, in questi luoghi i farmacisti dovevano "arrangiarsi" con quanto forniva la Farmacia Centrale Militare o con ciò che veniva sottratto al nemico.

Le dotazioni a disposizione del farmacista, stabilite dall'inventario standard dell'ospedale da campo, erano comunque limitate: tutto il materiale a disposizione era diviso in 6 casse, ciascuna indicata da una lettera dell'alfabeto, dalla A alla F.

Le casse A, B, C e D erano destinate ad ospitare flaconi e cartocci di prodotti farmaceutici, mentre le 2 casse E ed F erano adibite ai flaconi vuoti, i quali dovevano essere rispediti a Torino presso la Farmacia Centrale Militare per essere nuovamente riempiti.

I farmacisti assegnati al potenziamento di strutture ospedaliere militari già esistenti ma non al fronte facevano affidamento su ciò che era presente al momento in laboratorio. Ciò poteva avere sia risvolti positivi, come una maggior scelta di prodotti a disposizione, così come aspetti negativi: spesso era difficile ottenere in breve tempo approvvigionamenti provenienti dalla Farmacia Centrale Militare, la quale tendeva a privilegiare l'invio di risorse agli ospedali da campo.



Fig. 1 – Pacchetto da medicazione individuale, 1915. Collezione privata dell'autrice.

Inoltre, la Farmacia Centrale Militare si occupava di fornire i pacchetti da medicazione per i fanti al fronte (*Fig. 1*). In caso di ferita da arma da fuoco, il soldato avrebbe potuto medicarsi o medicare i suoi compagni grazie al pacchetto da medicazione individuale e ad una fialetta di tintura di iodio. Questo oggetto era considerato un dispositivo salvavita ancora agli inizi del Novecento, in quanto poteva essere utilizzato per tamponare ferite da proiettile, ma contro le raffiche di mitragliatrice risultava completamente inefficace.

Di seguito sono riportate le tabelle con l'inventario del contenuto e le grammature a disposizione delle casse A, B, C e D di un ospedale da campo di 50 posti all'entrata nel conflitto del 1915:

CASSA "A" 40 Kg

Parte sinistra

Acqua distillata di lauroceraso	g 200
Cloroformio	g 300
Cloruro ferrico secco	g 200
Elisir dell'Hanch	g 170
Etere	g 150
Fenolo liquido 10% x 2	g 400
Iodoformio	g 500
Iodio	g 350
Laudano liquido o vino oppiato composto	g 220
Polveri di oppio e di ipecacuana	g 180
Solfato di zinco	g 250

Acido acetico puro	g 200
Acido salicilico	g 50
Acido tannico	g 50
Acido tartarico polv. x 2	g 400
Cloruro di sodio	g 200
Spirito di coclearia	g 200
Soluzione alcolica di essenza di menta	g 180
Soluzione alcolica di essenza di cedro	g 180
Tintura alcolica di arnica x 2	g 360
Tintura alcolica di cannella	g 180

Parte destra

Acqua distillata x 2	g 400
Ammoniaca liquida del commercio	g 200
Balsamo di copaibe	g 280
Benzoato di sodio	g 80
Bisolfato di chinina	g 110
Bromuro di potassio	g 200
Clorato di potassio	g 200
Collodion	g 170



Fig. 2 – A sinistra tavolette di nitrato di bismuto già combinate con oppio – A destra tavolette di laudano in sostituzione del formato liquido. Entrambe risalenti al 1917. Collezione Bovone.

Elisir di china x 2 g 500
1 recipiente vuoto a disposizione

Glicerina x 2 g 540
Ioduro di potassio g 200
Nitrato basico di bismuto (Fig. 2) g 100
Olio di olive g 200
Olio di ricino x 3 g 600
Solfato di chinina g 50
Soluzione alcolica di ammoniaca con anice g 180
Tintura alcolica tonico amara g 180
Misura graduata da 250 grammi

CASSA “B” 40 Kg

Parte sinistra

Acqua distillata x 2 g 400
Caffeina g 50
Cognac x 2 g 450
Essenza di trementina g 200
Rabarbaro g 150
Salicilato di sodio g 100
Solfonale g 100
Zolfo sublimato lavato g 150
Tartaro borico potassico g 200
1 recipiente vuoto a disposizione

Acetato neutro di piombo	g 750
Cloralio idrato	g 470
Alcool rettificato x 2	g 700
Bicarbonato di sodio	g 450
Canfora	g 250
Nitrato di potassio	g 600
Ossido di magnesio	g 70

Parte destra

Bicloruro di mercurio	g 280
Cloridrato di morfina	g 12
Essenza di senape	g 50
Estratto fluido d'aconito	g 120
Estratto fluido di belladonna	g 120
Estratto fluido di noce vomica	g 120
Estratto fluido di oppio	g 120
Estratto di segale cornuta	g 110
Nitrato di argento fuso	g 100
Ossido di mercurio rosso	g 500
Ossido di potassio in cannelli	g 80
Solfato di atropina	g 15
Acetanilide (antifebbrina)	g 40
Aloe polvere	g 70
Anilina	g 50
Antipirina	g 75
Bicloridrato di chinina	g 60
Fenacetina	g 50
Gialappa polvere	g 50
Ipecacuana polvere	g 50
Kermes	g 100
Olio di crotoniglio	g 100
Protocloruro di mercurio (calomelano)	g 250
Solfato di rame	g 100
Fornelletto a spirito	

Scatola contenente:

Cloridrato di cocaina (in tubetti di vetro)	n. tubi 10
Dischetti oftalmici di atropina (in tubetti di vetro)	n. 1
Dischetti oftalmici di cocaina (in tubetti di vetro)	n. 1
Dischetti oftalmici di eserina (fisostigmina)	n. 1
Digitalina in globuli	n. 1
Ostie da involgere	n. 50
Scatola contenente bicloruro di mercurio in dischi	n. 50
Misura graduata da grammi 70	
Misura graduata da grammi 10	

CASSA “C” 43 Kg

Nafta per termocauterio	g 350
Empiastro di chilon	m. 10
Cataplasm di fuco carageo	n. 100
Guttaperca in foglio sottile	g 150
Fasce di garza gessata in scatole di latta	n. 6
Sparadrappo cantaridato	m. 1
China calissaia soppesta	g 1400
Bicarbonato di sodio polverizzato	g 1100
Cartine senapate in scatola	n. 72
Solfato di calcio anidro	g 1000
Sparadrappo americano	m. 10
Liquirizia in polvere	g 100
Estratto di genziana	g 250
Conserva di tamarindo	g 1350
Lino (semi polverizzati)	g 3000
Zucchero raffinato	g 3500
Pomata Mercuriale	g 200
Vaselina	g 1000

CASSA “D” 42 Kg

Acido tartarico polverizzato	g 1000
Camomilla fiori	g 200
Zucchero raffinato	g 2000
Gomma arabica polverizzata	g 1000
Senape semi polverizzati privi d’olio grasso	g 600
6 pezzi di sapone fenicato	
Acido borico	g 600
Tè	g 600
Solfato di magnesio	g 1600
Solfato di alluminio e potassio	g 1000
Solfato di sodio	g 800

La composizione delle casse però non rimase identica per tutta la durata del conflitto, subendo diverse variazioni sia nelle componenti che nei formati. Uno dei primi problemi infatti emerse nel momento in cui le casse dovevano essere trasportate per lunghe distanze su strade e sentieri sconnessi: non di rado poteva accadere che i flaconi contenenti liquidi potessero rompersi o stapparsi rilasciando così il loro contenuto. Per ovviare al problema, ove possibile, si sostituì il flacone pronto all’uso con i sali o con il farmaco in polvere, in questo modo, in caso di fuoriuscite, era possibile recuperare parzialmente o totalmente il prodotto.

È da notare anche la grande importanza data alla china e derivati come antifebbrili e analgesici: rispetto all’antipirina, acetanilide e alla fenacetina, “novità” di fine Ottocento, che compaiono per un totale di 165 g (75 g di antipirina, 40 g di acetanilide e 50 g di fenacetina), la sola quantità di china calissaia ammonta a 1,4 Kg. Il bisolfato di chinina

Fig. 3 – Bottiglia di fenolo cristallizzato, 1916. Ove possibile, i prodotti liquidi erano sostituiti con sali o polveri, maggiormente recuperabili in caso di fuoriuscite. Collezione Bovone.

ammontava a soli 110 g e non era già porzionato in pasticche, accorgimento introdotto solo successivamente.

Per quanto riguarda il comparto oftalmico, la quasi totalità dei rimedi si basava su alcaloidi (cocaina, atropina ed eserina) il cui scopo era concentrato più sull'eliminazione del dolore, rispetto alla soluzione della patologia. Altro problema pressante era trovare cure efficaci per i fanti colpiti da gas irritanti, in quanto le maschere date in dotazione (garza di mussola pressata) erano inadatte a fornire una buona protezione alle vie aeree e agli occhi: spesso chi non moriva asfissiato rischiava di perdere permanentemente la vista.

Nella disinfezione il sapone fenicato e il fenolo (Fig. 3) giocavano ancora un ruolo molto importante per garantire l'asetticità del materiale da utilizzare nelle medicazioni o in sala operatoria, dove le anestesie erano effettuate con etere (150 g) o cloroformio (300 g). Lo iodoformio o in alternativa il vioformio erano invece impiegati per la sterilizzazione o la preparazione di bende e garze già medicate.

I senapismi erano ancora ampiamente effettuati. Nella cassa D sono elencati semi di senape polverizzati privati dell'olio grasso, mentre nella cassa C sono presenti 72 carte senapate; normalmente l'effetto revulsivo derivante da questi rimedi sarebbe stato impiegato in caso di patologie dell'apparato respiratorio, ma negli ospedali militari potevano essere richieste anche per verificare la sanità mentale di una persona. Nei primi anni del Novecento si era diffusa capillarmente la credenza che chi fosse affetto da pazzia non provasse dolore, e per questo motivo sostanze caustiche e vescicatorie potevano essere impiegate per questi *screening*.

Era ancora molto presente l'idea che fosse il farmacista a produrre al momento i vari medicinali, e ciò si può evincere molto bene da due fattori. Innanzitutto, per quei prodotti come il cloruro di potassio (mal di gola), idrato di cloralio (insonnia) o il salicilato di sodio (antinfiammatorio), per citare alcuni esempi, non erano previste versioni già porzionate, nonostante questi farmaci fossero spesso impiegati in terapia da soli e non in



Fig. 4 – Tubi contenenti fiale di tintura di iodio. Collezione Bovone.



combinazione con altri principi attivi. L'idea della pastiglia o del cachet già pronto, che sicuramente avrebbe velocizzato e permesso una migliore gestione del tempo del farmacista militare, era ancora da venire.

Il secondo fattore da prendere in considerazione era rappresentato dall'assenza di standard: a seconda del farmacista dietro al bancone variavano anche le ricette e le dosi dei principi attivi, per ottenere la massima resa con il prodotto a disposizione.

A differenza delle dotazioni mediche di altri paesi europei, i quali presentavano parecchi spunti di modernità, nelle casse italiane dominavano ancora i liquori e gli estratti vegetali. Rispetto alle dotazioni francesi mancavano principi attivi molto diffusi in quegli anni, come guaiacolo o creosoto, cloruro di zinco e formaldeide, mentre l'Aspirina, il Gonosan o altri farmaci a marchio erano parte delle dotazioni dell'esercito del Kaiser Guglielmo II e dell'Impero Austro-Ungarico.

Per tutta la durata del conflitto non fu però possibile mantenere in maniera uniforme le dotazioni farmaceutiche, in quanto il taglio dei rifornimenti di materie prime dalle fonti tradizionali pesò parecchio sulla produzione interna, sottolineando la necessità di alternative, mentre scomparirono completamente i preparati esteri. Dal momento che non ci fu alcun accumulo preventivo, le scorte farmaceutiche con cui il Regno d'Italia entrò in guerra si esaurirono in pochi mesi, confermando che la Farmacia Centrale Militare di Torino non sarebbe stata in grado di soddisfare le richieste del fronte. Per ovviare alla penuria di prodotti si decise di rivolgersi al mercato dei farmaci civili e di limitare la copertura sanitaria a ferite e traumi, tralasciando problematiche come mal di gola, bronchiti, dissenterie e stitichezza, i cui medicinali venivano inviati al fronte da casa. MoM Candioli, Sapol, Pastiglie Bertelli e centinaia di scatole di pastiglie al mentolo, borato di soda ed alcaloidi iniziarono a comparire tra gli effetti personali dei soldati.

Con la dichiarazione di guerra il Regno d'Italia perdette l'accesso a molte molecole



Fig. 5 – A sinistra compresse di garza idrofila Dionigi Ghisio - A destra garza idrofila Pasteur Lister Sanitaria SA. Collezione Bovone.

coloranti di sintesi provenienti dalla Germania: vuoto che fu colmato con successo dagli stabilimenti di Garessio della Lepetit, poi fusasi con Dollfuss e Gansse in “Ledoga”.

Un altro problema era rappresentato dalla produzione di sieri e vaccini per la profilassi dei fanti, ai quali era prassi somministrare un’iniezione di vaccino antidifterico. Difficili da reperire e importare dovevano necessariamente essere prodotti a livello nazionale. L’appalto fu affidato all’Istituto Sieroterapico Vaccinogeno Toscano Sclavo. Il chinino e i suoi derivati erano processati dalla Schiapparelli di Torino, già aggiudicataria in passato di appalti riguardanti la produzione di bisolfato di chinina.

Per un breve periodo la Calosi di Firenze produsse le fiale di tintura di iodio (Fig. 4) da distribuire ai soldati, mentre le garze e le bende già medicate erano acquistate dalla Dionigi Ghisio & Figli (ex Hartmann & Guarneri), Sanitaria Ceschina, Zabban e altre fabbriche anonime (Fig. 5).

Ove però non fosse possibile approvvigionarsi di un determinato farmaco si cercava di provvedere a copiarlo o a produrre qualcosa di simile. Il 16 febbraio 1917 fu emanato l’ordine dell’intendente generale del Regio Esercito Lombardi, il quale ordinava ai farmacisti dei corpi sanitari di copiare il disinfettante Clorosol della Roberts, ritenuto eccellente per la disinfezione di ferite che tendevano alla cancrena. Non ci riuscì nessuno.

Non tutte le case farmaceutiche aderirono allo sforzo bellico: la Carlo Erba di Milano giocò un ruolo marginale nell’approvvigionamento di farmaci durante il conflitto, donando però la vita del nipote ed erede omonimo del fondatore, caduto durante un assalto sull’Ortigara.

Tra i molti farmacisti richiamati al fronte ci fu anche Francesco Angelini, fondatore dell’omonima industria farmaceutica. Per l’Angelini la Grande Guerra si rivelò un’esperienza preziosa per rendersi conto delle gravi difficoltà in cui si trovava l’industria chimico-farmaceutica italiana, ancora lontana dal competere con le grandi industrie del nord Europa. Questa visione lo porterà ad impostare la sua azienda sul modello tedesco, ponendo grande attenzione alle necessità del pubblico, così come alla ricerca di



Fig. 6 – Johnson's Surgeon's Rubber Adhesive Plaster, 1918. Collezione Bovone.

nuovi preparati, spesso con un pizzico d'azzardo. A conclusione della Grande Guerra, insieme a Giuseppe Ferranti, l'Angelini fonderà il 20 dicembre 1919 la ANFERA. La società durò poco, sciogliendosi per "incompatibilità" di carattere tra i soci. Ferranti mal tollerava la volontà di gettarsi in investimenti industriali arrischiati di Angelini e quest'ultimo credeva che senza un po' di rischio la società non sarebbe mai cresciuta. Ferranti fu liquidato e alla scissione la società prese il nome di ACRAF che sta per Aziende Chimiche Riunite Angelini Francesco.

Altro farmacista degno di nota fu il Dott. Antonio Paccanaro, farmacista-fotografo di stanza nell'Ospedale da campo 227 a Lozzo di Cadore, che con la sua Vest Pocket Kodak scattò splendide fotografie dei luoghi dove fu chiamato a operare. Non si trattò però di fotografie dal fronte ma di immagini di retrovia legate ai luoghi dell'assistenza ospedaliera. Piazze occupate da convogli militari, il passaggio della truppa, il rancio, e tanti altri quadri della vita quotidiana delle retrovie ospedaliere furono i suoi soggetti più frequenti, regalandoci immagini rare e di estremo impatto.

In questi ultimi anni è anche emersa la partecipazione delle donne alla Grande Guerra, ma non soltanto come crocerossine: Maria Clotilde Bianchi, Matilde Bonnet, Carolina Bosso, Irene Calandri, Evarista Clerico, Augusta Delù, Amalia Lusso, Grazia Ida Norzi, Emilia Palmegiani e Amalia Giuseppina Canaveri sono solo alcune delle farmaciste della facoltà di Torino a essere state nominate tenente farmacista entrando in servizio negli ospedali da campo gestiti dalla Croce Rossa. La Croce Rossa infatti giocò un ruolo fondamentale nell'assistenza dei feriti di guerra, ma anch'essa ebbe non poche difficoltà nell'approvvigionarsi di farmaci o principi attivi per i degenti nelle sue strutture. Questa penuria si risolse solo nell'aprile del 1917 con l'entrata in guerra degli Stati Uniti a fianco degli Alleati. Arrivarono così nel Regno d'Italia i prodotti della Johnson & Johnson (impiastro adesivo chirurgico), Abbott Laboratories (procaina e barbital), Sterling-Winthrop (assorbirà il marchio Aspirina al termine della guerra) e Smith Kline & French a rimpinguare le dotazioni mediche, così come altro personale sanitario, che contribuì alla vittoria alleata (Fig. 6).

La Grande Guerra è stata un banco di prova per i farmacisti e per l'industria farmaceutica italiana. La difficile situazione di approvvigionamento delle materie prime durante il conflitto e la conclamata vetustà dei farmaci a disposizione costituirono una presa di coscienza della situazione in cui versava la farmaceutica.

Furono gettate le basi per un nuovo approccio al confezionamento dei farmaci finalizzato al dosaggio e alla standardizzazione del prodotto in ambito militare. Questo avrebbe facilitato nel futuro il ruolo del farmacista dei corpi di sanità, non più impegnato in una routine di confezionamento per prodotti semplici, i quali potevano essere preparati in anticipo e stoccati senza rischi di deterioramento.

Sebbene nell'analisi storica il ruolo del farmacista sia percepito di poca importanza rispetto a quello del medico chirurgo nell'ospedale da campo, il lavoro che i farmacisti compirono durante il conflitto non è da considerarsi di minor conto. La dedizione con cui il farmacista si applicò nella gestione delle emergenze permise di salvare innumerevoli vite. Per la buona riuscita di un intervento era sì necessario un bravo chirurgo, ma erano anche fondamentali bende ben sterilizzate, anestetici ed antidolorifici preparati da un bravo farmacista, che con il contenuto di quattro casse di legno compiva miracoli.

Giulia Bovone

giuliabovone@libero.it

BIBLIOGRAFIA

ALBERTI ADRIANO, *Testimonianze Straniere sulla Guerra Italiana 1915-1918*, Roma, Edito a cura del giornale "Le forze armate", Ministero della Guerra, 1933, p. 28.

CROCE ROSSA ITALIANA - COMITATO CENTRALE, *Composizione ed inventario di uno spedale da guerra da 50 letti*, Tipografia delle Mantellate, Roma, 1915, pp. 39-42, Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, URL: <http://teca.bncf.firenze.sbn.it/ImageViewer/servlet/ImageViewer?idr=BNCF00004219796>. Ultima consultazione 26/10/2018.

DI AICHELBURG ULRICO, *Problemi sanitari di guerra*, Milano, Bompiani, 1943, pp. 14-19 e 49-55.

PELLEGRINI AUGUSTO, *Nozioni elementari di chirurgia di guerra*, Officine Grafiche Coen & C., Milano-Parigi, 1916, pp. 7-32.

THE GREAT WAR AND THE FORGOTTEN PHARMACISTS (XX CENTURY - 1915/1918)

ABSTRACT

The figure of the pharmacist during the World War I is growing dim. Only a few traces remain of his work, between presences at the front and in the hospital staff, fighting against enemy armies and antiquated medicines.

From the first months of the war it was clear how much the Italian Royal Army's endowments were outdated. The medical departments in which were enlisted the mobilized pharmacists, weren't able to meet the health needs of a conflict on such a large scale. Machine guns, gas, and grenades not only slaughtered soldiers, but heavily impacted on a

medical class that went to the front with a Nineteenth-century military health approach. The losses on the Western Front should have at least drawn attention to the destructive power of the new war technologies, but the fear that the war would end too suddenly, leaving Italy out of the peace treaties, led to an unprepared and blind entry.

The pharmaceutical equipment of field hospitals are among the many indicators of this mentality. With just the content of four wooden boxes, these pharmacists forgotten by history had to work miracles.