



BENEDETTO SCHIASSI

DI
BOLOGNA

LA
RESTAURAZIONE CHIRURGICA
— MORFOLOGICA E FUNZIONALE —
DELLO STOMACO E DEL COLON
PTOSICI ED ECTASICI

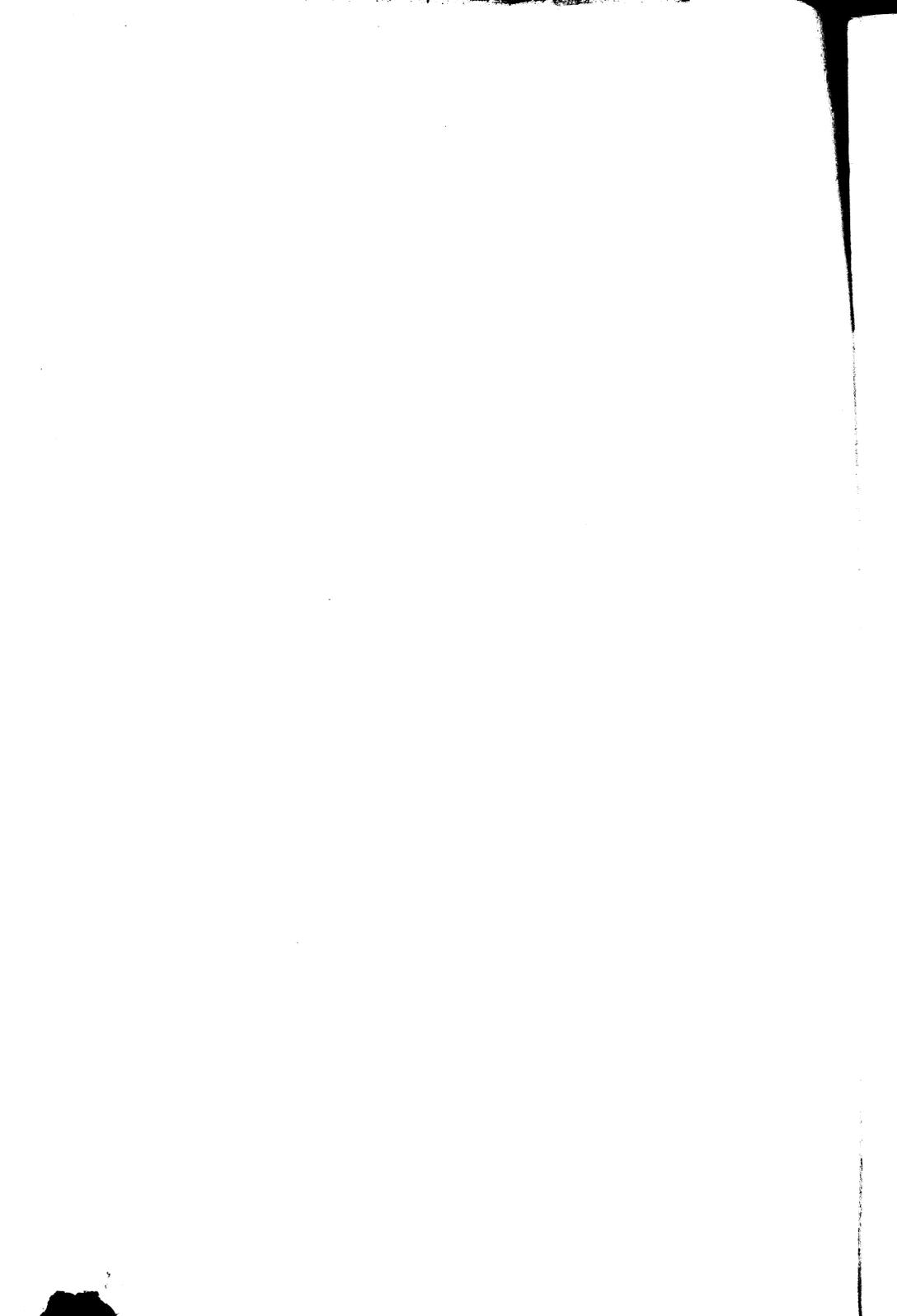


*“ per alcune idee chiare
di
terapia medica-chirurgica „*



*Alte.
P
55
112*

da "IL POLICLINICO",
Sezione Chirurgica - Vol XLIV (1937)
ROMA



BENEDETTO SCHIASSI

DI
BOLOGNA

LA
RESTAURAZIONE CHIRURGICA
— MORFOLOGICA E FUNZIONALE —
DELLO STOMACO E DEL COLON
PTOSICI ED ECTASICI



*“ per alcune idee chiare
di
terapia medica-chirurgica „*



da "IL POLICLINICO",
Sezione Chirurgica - Vol XLIV (1937)
ROMA

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma. Stab. Tip. Ditta Armani di M. Courier.



La
restaurazione chirurgica
== morfologica e funzionale ==
dello stomaco e del colon ptosici ed ectasici⁽¹⁾

*“ per alcune idee chiare
di terapia medica-chirurgica „*

P R E M E S S A

Taluni Autori nel considerare i fenomeni biologici hanno desunto dei “*principi*”, di così grande valore e di così vasta comprensione da offrire basi saldissime alla terapeutica di molte forme morbose.

Tali sono a mio avviso i postulati concepiti ed espressi da personalità quali A. Aschner ed A. Codivilla che ho richiamato nel corso di questo scritto e che possono ben illuminare nella cura delle ptosi-ectasie dello stomaco e dell'intestino grosso.

Si tratta di principî che concernono le proprietà costitutive degli organismi e quindi dei singoli organi e che

(1) Qui non si tratta di quelle gastroptosi parziali o totali che, come fece rilevare il prof. VIVIANI in uno studio pregevolissimo, non sogliono presentare sintomatologie morbose (R. VIVIANI, *Giornale del Medico Pratico*, n. 7, 1931).

indicano le norme per addurre col mezzo di appropriati provvedimenti verso confortanti successi. Io prego il lettore di rivolgermi una particolare attenzione perchè credo che il problema di cui qui si tratta vada preso in esame e risolto precisamente secondo le vedute morfologiche e biologiche prospettate dai due eminenti AA.

Potrebbe darsi che qualcuno, che non avesse volta la mente in modo speciale verso questioni generali inerenti alle possibili variazioni della costituzione ed alle vedute che riguardano le risorse chirurgiche restauratrici degli apparati muscolari, avesse gradito che qui si fosse dato un maggiore sviluppo da un lato alle idee di A. Aschner e dall'altro a quelle di A. Codivilla. Ma questo scritto deve avere un carattere prevalentemente clinico-operativo, quindi per chi intendesse di assumere ampie nozioni sulle concezioni di questi AA. darò le indicazioni bibliografiche.

L'argomento che concerne la restaurazione chirurgica delle posi-ectasie dello stomaco e del colon riveste anche oggi una notevole importanza per due ragioni:

prima perchè questa forma morbosa di una grandissima frequenza, come ha fatto notare nel 1932 il St. Jacques al XII Congresso dei Medici francesi dell'America del Sud (vedi *Presse Méd.*, 1932, 99, 1864), nell'interessare prevalentemente l'apparato gastro-enterico suole esercitare effetti nocivi sulla funzionalità di quasi tutti gli altri apparati dell'organismo, compresi il nervoso e persino l'uro-poietico, sì che i malati, pur senza essere esposti a gravi pericoli di vita, vanno soggetti a sofferenze ed a depauperamenti tanto profondi da raggiungere taluna volta la cachessia;

in secondo luogo perchè chi prenda in esame le idee ed i fatti che sono stati esposti dagli Internisti e dai Chirurghi negli scritti e nei Congressi (2) di questi ultimi anni, deve constatare che è necessario vi convergano ulteriormente l'attenzione tanto gli uni che gli altri.

Un eminente Chirurgo Americano, Robert C. Coffey, nell'inviarmi, or non è molto, da Portland i suoi geniali lavori mi scriveva:

(2) Vedi anche gli ultimi trattati tanto di Medicina Interna che di Chirurgia.

« LA MAGGIOR PARTE DELLE DISCUSSIONI CHE SI SON FATTE SUL-
« LA GASTRO-COLON-PTOSI SI SONO SVOLTE SECONDO DUE ESTREMI:
« NELL'UNO HANNO INTERLOQUITO COLORO CHE RITENEVANO QUESTA
« INFERMITA DA CONSIDERARE E DA CURARSI COME UNA MANIFESTA-
« ZIONE NERVOSA; NELL'ALTRO COLORO CHE VEDEVANO IL PROBLEMA
« ESCLUSIVAMENTE DAL PUNTO DI VISTA MECCANICO E POICHE
« LA VERITÀ RISIEDE FRA I DUE ESTREMI LA QUESTIONE PER MOLTI
« È RIMASTA INSOLUTA ».

Per dire che in generale gli Internisti ed i Chirurghi non hanno ancora capito quali siano i giusti criteri da seguire nella terapia di questa affezione l'Autore Americano non poteva esprimersi in modo più... generosamente garbato!!

Gli è che da una parte la fenomenologia nervosa che in cotesti malati può apparire prevalente e meritevole di speciale interesse e quindi di particolare trattamento, non è che un epifenomeno della ptosi-ectasia; quindi la terapeutica diretta soprattutto ai fenomeni nervosi non poteva riuscire fruttuosa non essendo causale.

D'altra parte la Chirurgia avendo dedicato a questi infermi i suoi ap- prestamenti secondo criteri meccanici, specie di carattere *passivo*, non doveva ottenere il successo presunto perchè con il far aderire lo stomaco od il colon ad organi vicini o col fissarli a questo o a quell'elemento fibroso, dirigeva la sua opera verso la condizione — *ptosi* — che rappresentava l'elemento meno importante quale fattore delle sofferenze, non provvedendo o provvedendo inefficacemente alla correzione dell'altro elemento — *ectasia atonica* — che era il più efficiente quale causale delle molestie. Di più la Chirurgia *passiva* non faceva che ostacolare in tutto od in parte la esplicazione di ben importanti proprietà essenziali nella funzione vitale degli organi, quali le libere traslazioni e le contrattilità, tanto più che queste erano già compromesse dalle condizioni ipotoniche.

Si sarebbe potuto avere, a mio avviso, una soluzione favorevole del problema se tanto agli Internisti che ai Chirurghi non fosse mancata gran parte di quell'attitudine e di quell'abito dell'intelletto che considera i fenomeni della vita normale e patologica (dacehè la patologia non è se non una aberrazione della fisiologia) avendo ognora presente la struttura originaria degli organi, ma sempre in rapporto con il rispettivo *destino funzionale*: quella mentalità che altre ripetute volte designai col nome di « *Naturalistica* » la quale dovrebbe presiedere sempre alla risoluzione di tutti i quesiti che concernono le alterazioni d'ordine morfio-vitale e quindi alla scelta dei mezzi che valgono per correggerle (3).

Difatti se da una parte i cultori della Medicina Interna fossero stati diretti da una mentalità quale ho indicato, non avrebbero rivolto le loro premure solo ai sintomi di carattere nervoso, ma sarebbero risaliti a ravvisare e rimediare la modificazione morfologica-funzionale come la prima e vera « *causa causante* » delle turbe sopravvenute *di poi*.

Similmente si dica per i Cultori della Chirurgia i quali, se fossero stati guidati da « *mente naturalistica* », non si sarebbero indulgiati ad escogitare

(3) BENEDETTO SCHIASSI in: *Virtute e Conoscenza in Chirurgia*. Capitolo: *Mente Naturalistica*. Dalla Gazz. Int. di Med. e Chir., Napoli, 1935.

ed applicare di preferenza i loro apprestamenti, come ha scritto l'Autore Americano che ho citato, « *esclusivamente dal punto di vista meccanico* ».

Reputo poi che alla mancata risoluzione del problema abbia concorso un'altra circostanza. Qui si tratta di uno di quei complessi morbosi che in altro tempo ritenni di designare come pertinenti alla « *Chirurgia Medica* » di quegli argomenti cioè che sono d'interesse così degli Internisti come dei Chirurghi e che dovrebbero esser studiati, curati e poi seguiti in collaborazione degli uni e degli altri. Ma è avvenuto che cotesta collaborazione non si è mai potuta effettuare, almeno in quel grado che sarebbe stato veramente proficuo, per un insieme di condizioni anche d'ordine extra-scientifico che non è il caso di richiamare in questo momento in queste pagine (4).

Si è avverato in più che molti Internisti hanno preso senz'altro posizione decisamente avversa nei riguardi dell'intervento operatorio per la cura di questa forma morbosa perchè giudicarono *a priori* che non era possibile l'applicazione veramente utile di qualsiasi apprestamento d'ordine chirurgico. Ho detto molti Internisti per alludere ad una maggioranza, mentre altri concessero invece una certa fiducia alla Chirurgia e fra questi ricordo Augusto Murri che più volte affidò per l'applicazione di provvedimenti chirurgici a me e ad altri Chirurghi, come Antonio Carle di Torino, così fatti infermi. Ma, ripeto, una forte maggioranza di Internisti anche oggi nutre una certa diffidenza verso l'efficacia delle cure cruente, tanto è vero che in recenti trattati di Medicina Interna si possono leggere espressioni come questa: « l'intervento chirurgico non è da consigliare per combattere la gastro-«*ptosi-eclasia* che in casi eccezionali » (5).

È giustificabile la opinione di quei molti Internisti cui ho alluso?

È proprio vero che la Chirurgia non è in grado di fornire apprestamenti fecondi di bene?

Quando si deve rispondere ad un quesito che concerne la rimediabilità di un fatto fisio-patologico, oltre il considerare la *natura* dell'affezione, conviene risalire alla conoscenza delle condizioni somatiche dell'individuo in cui si sviluppò il fatto morboso e delle circostanze che lo determinarono per dedurne una terapia a carattere causale.

Ora, se si considera la costituzione di questi malati, risulta che per lo più si tratta di persone che possono essere comprese sotto l'antica designazione dello Stiller, il quale le considerava come congenitamente deficienti nella loro generale organizzazione, come affetti da una predisposizione ai rilasciamenti in tutti i tessuti e quindi anche negli organi addominali compreso lo stomaco. Potrebbe pertanto esser legittima una pregiudiziale, secondo la quale non sembrerebbe che la Chirurgia fosse capace di provvedere alla correzione di un fatto morboso dipendente da un difetto congenito del « *terreno* », e quindi mal disposto a restaurazioni veramente utili e durature. La quale pregiudiziale verrebbe avvalorata dal fatto che molti individui che furono oggetto di intervento non ottennero quei benefici che si sarebbero attesi o li ottennero solo temporaneamente.

Ma la riuscita di un atto chirurgico non dipende solo dal « *terreno* » in

(4) Intorno a questo argomento scrissi già in *Valori intellettivi e morali* (loc. cit. a pag. 4) precisamente nel capitolo *Ardore di conoscenza*.

(5) *Nuovo trattato di Medicina*, ROGER-WIDAL-TEISSIER, fasc. XIII, p. 719, 1926.

cui viene praticato, ma anche dal « modo » con cui l'operatore lo eseguisce, cioè da *chi lo eseguisce*.

Inoltre un cospicuo valore contro la pregiudiziale ha il postulato generale già enunciato da B. Aschner:

« UNA COSTITUZIONE CHE OFFRA NELLA SUA COMPAGINE UNA CERTA ALTERABILITÀ PUÒ ESSER CONDOTTA VERSO CONFORTANTI E STABILI MIGLIORAMENTI OVE SIA TRATTATA CON MEZZI OPPOR-
« TUNI » (6).

Ora se quei chirurghi che si dedicarono a provvedere all'affezione in parola favorita nella sua patogenesi da una costituzione di una certa alterabilità, non ottennero quei miglioramenti che si attendevano, ciò poté forse dipendere da che dessi non seppero giovare di quei *mezzi opportuni* di cui la cenno l'Aschner? Vediamolo.

Ci si rivolse soprattutto alle *peccie*. La tecnica primitivamente adottata fu quella immaginata dal Duret, il quale fissava direttamente il viscere alla parete anteriore dell'addome con suture applicate alla piccola curva. Ma gli esiti non furono soddisfacenti, oltre che per altre ragioni, anche perchè quando si determina una gastro-ptosi-ectasia, il viscere si deforma specialmente nel fondo, donde l'intervento *peccico* portato sulla piccola curva non riesce a correggere a sufficienza la deformità che è particolarmente la cagione delle molestie.

Allora vari Chirurghi immaginarono, come il Rowsing, di fissare gran parte del *corpo* dello stomaco alle pareti dell'epigastrio. Ma nè meno gli effetti ottenuti da questi AA. furono confortanti: io stesso in più occasioni mi attenni alla tecnica raccomandata dal Duret, dal Rowsing, dal Moynihan e dagli altri, ma non potei lodarmene.

Accadeva che così fatti operati andassero soggetti, fra altro, a molteplici sensazioni moleste quali: dolori in sede epigastrica con irradiazioni verso gli ipocondri; stiramenti viscerali penosi, specie dopo i pasti; turbe dispeptiche con eruttazioni molto insistenti. Una mia operata alla Rowsing per esempio venne protestando per molto tempo perchè, specialmente dopo assunto il cibo era presa da urti tormentosi di singhiozzo; questi operati rassomigliavano a qualcuno di quei portatori d'ernia epigastrica od ombelicale che vengono alla nostra osservazione in fase irritativa od in periodo di incarceration e non hanno sollievo altro che quando assumano la posizione orizzontale. In taluni di essi i fatti molesti si andavano col tempo attenuando, ma in un caso di mia osservazione dopo due anni erano ancora penosi. Rilievi analoghi furono fatti anche da altri Chirurghi e ricordo un caso occorso al Weber (Press. Méd., 1933, 53, 1068) il quale riferì di un operato alla Rowsing il quale per *ben tre anni* presentò tali sofferenze che il Chirurgo fu costretto ad intervenire di nuovo per liberare lo stomaco.

Mi formai allora la convinzione che la *peccia* non può costituire una buona operazione soprattutto perchè si oppone alla soddisfazione di quei *bisogni* che sono inerenti allo svolgimento delle varie attività funzionali del viscere.

Mi sembra opportuno, prima di procedere, di richiamare alla mente del lettore qualche particolare di fisiologia gastrica poichè gran parte delle mo-

(6) B. ASCHNER, *Konstitutions. Therapie als Ansveg.* Stuttgart, 1933.

dalità secondo le quali si svolgono le fasi più importanti delle funzioni motorie dello stomaco non furono tenute abbastanza in considerazione dagli AA. che vennero immaginando i vari procedimenti pessici.

A misura che i cibi discendono nella cavità gastrica, la grande curvatura inferiore, tende a farsi anteriore e la piccola si rivolge posteriormente; si compie così quello che in fisiologia è stato indicato con « *rotazione passiva* ». In un primo tempo i vari alimenti rimangono sovrapposti gli uni agli altri nell'ordine secondo il quale sono stati ingeriti (fig. 1); in secondo

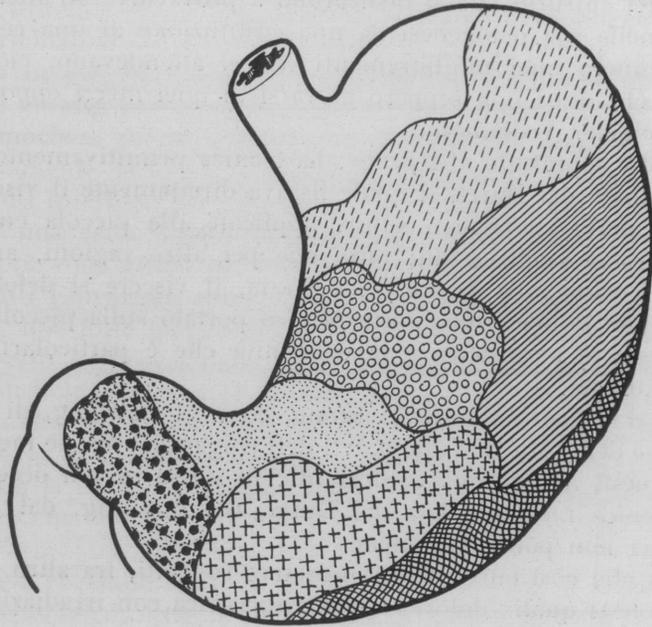


FIG. 1. — Dimostrazione grafica del come i diversi alimenti di mano in mano che vengono ingeriti si stratificano gli uni sopra agli altri mostrando le loro caratteristiche fisiche; solo in secondo tempo si effettua il loro rimescolamento. Sezione longitudinale dello stomaco congelato di un animale ucciso dopo la fine del pasto, avendo ingerito successivamente diversi alimenti diversamente colorati.

tempo si iniziano i movimenti attivi che determinano il rimescolamento delle ingesta e la penetrazione del succo gastrico nella intimità della massa alimentare; infine il contenuto stomacale sufficientemente ridotto in poltiglia e digerito, viene spinto ad intervalli verso il duodeno sino allo svuotamento del viscere.

La muscolatura dello stomaco con i suoi tre ordini di strati (longitudinale, circolare ed obliquo) conferisce all'organo la proprietà di agire in ogni senso, ed è degno di nota il fatto che nella piccola curva si trova un dispositivo muscolare che fu denominato « *cravatta di Helvezio* » o « *cravatta Svizzera* » che da un lato circonda il cardias, poi si estende lungo la piccola curva ed infine si diffonde verso il piloro (fig. 2). Per opera della contrazione di questa cravatta si determina un solco longitudinale diretto verso il piloro « *solco gastrico di Hasse* » in modo che il piloro viene avvicinato al cardias

ed anche aperto sì che questo fascio muscolare, durante il complesso meccanismo di svuotamento dello stomaco, concorre con gli altri fattori alla propulsione del contenuto, che è poi facilitata anche da un dispositivo di pliche della mucosa di questa regione che in senso longitudinale « *marcano* » per gli alimenti la così detta « *via gastrica di Waldeyer* ».

A me è avvenuto più volte di osservare insieme coi Radiologi che in occasione di lesioni magari poco estese della piccola curva, pur essendo perfettamente indenne il segmento pilorico, si rilevavano deficienze dello svuotamento dello stomaco. Credo che questo fatto possa dipendere almeno in parte da inceppamenti della funzione della cravatta di Elvezio.

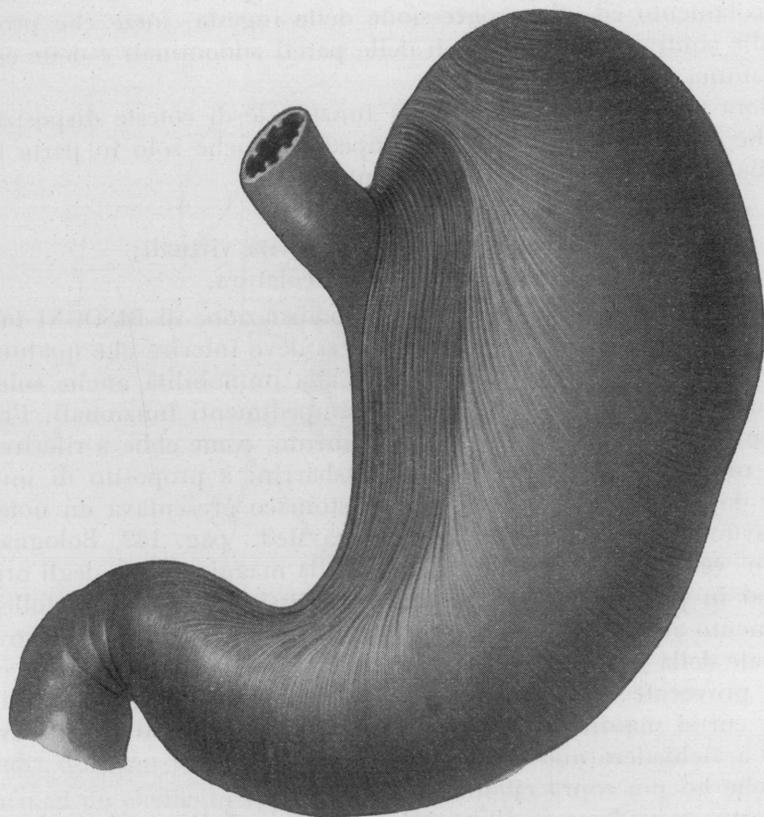


FIG. 2. — La cravatta di Elvezio o più propriamente il fascio muscolare di rinforzo della piccola curva che governa le contrazioni di questa zona gastrica e conseguentemente marca la così detta via gastrica del Waldeyer.

Inoltre mi sembra importante di richiamare l'attenzione del lettore sull'*ambiente* in cui si svolge l'attività motoria dello stomaco. Alludo al fatto che questo viscere trovasi situato fra due cavità virtuali, cioè la grande cavità peritoneale anteriormente e la retro-cavità degli epiploon posteriormente. Dell'ufficio di questa cavità non si è mai fatta alcuna menzione, che io sappia, nè nei libri, nè nelle scuole di anatomia e di fisiologia al di fuori di quanto è detto sulle proprietà *generali* della cavità peritoneale.

Gli è perciò che ritengo di doverne fare un cenno proprio qui, perchè penso si debbano considerare queste formazioni come un dispositivo naturale destinato a favorire taluni movimenti importanti dello stomaco: cosa che deve interessare in sommo grado il chirurgo dato che la Chirurgia deve sempre regolare le sue azioni in armonia con le disposizioni naturali.

Sono spazi virtuali cotesti che mentre assolvono, come ho accennato, all'ufficio che spetta in genere alla cavità peritoneale nei riguardi della pressione, della lubrificazione, ecc., ecc., sono particolarmente destinati a facilitare i movimenti estrinseci dello stomaco quando questo debba variare, entro i limiti assegnati, la sua sede e le sue dimensioni, ed in modo speciale poi quando intervengono, quali fattori cooperanti, quelle forze che sono rivolte al rimescolamento ed alla progressione delle ingesta, forze che provengono anche dalle contrazioni dei muscoli delle pareti addominali e delle escursioni del diaframma.

Qualora si riconosca l'importanza funzionale di coteste disposizioni e si rifletta che ogni atto chirurgico che impedisce anche solo in parte l'esplicazione delle varie fasi motorie, rappresentate

- dalla rotazione passiva;
- dalla traslazione del viscere nelle cavità virtuali;
- dalla contrattilità della intima muscolatura,

è un intervento che intralcia la normale soddisfazione di BISOGNI funzionali che hanno una importanza notevolissima, si deve inferire che qualunque varietà di *pessia* con la quale si obbligano alla immobilità anche solo talune porzioni dello stomaco deve dar luogo a impedimenti funzionali. Fra questi sono da annoverare le deficienze di svuotamento, come ebbe a riferire in uno studio di molto pregio anche il prof. Gasbarrini a proposito di un malato nel quale dopo 40 giorni dalla *pessia*, lo stomaco presentava un notevole ritardo di svuotamento. (Arch. Pat. e Clinica Med., pag. 132, Bologna, 1922).

È ben vero che lo stomaco, come nella maggior parte degli organismi animali od in parte di questi, possiede amplissime capacità di tolleranza o di adattamento ai perturbamenti delle sue funzioni, ma è anche vero che nel caso speciale della gastro-*pessia* se si avverano alcuni adattamenti o compensi alle turbe provocate dall'operazione, si hanno d'altra parte molti casi, anche troppi, in cui si manifestano molteplici sofferenze che dai gradi lievi giungono sino a richiedere nuovi interventi liberatori, come nel caso riferito dal Weber e che ho più sopra citato.

Del resto, considerando l'imprigionamento cui si costringe lo stomaco con una delle *pessie* che furono maggiormente raccomandate, come quella del Rowsing (fig. 3), credo che non si possa fare a meno di reputare che un viscere quale è questo, destinato ad ampie variazioni di volume e di posizione, ove sia saldamente obbligato per gran parte del suo corpo alla parete addominale deve di necessità funzionare in patimento. Ond'è che si deve inferire che qualunque tipo di *pessia* gastrica va considerato UN'OPERAZIONE ANTI-FISIOLOGICA.

Quelli che furono concordi in questo giudizio, invece di attenersi alle *pessie* più o meno immobilizzatrici, pensarono di operare sospendendo semplicemente lo stomaco mediante plastiche del legamento gastro-epatico (Beyea, Evc...) o con l'affidare il viscere al legamento rotondo staccato dalla parete

addominale e fatto aderire con sutura alla piccola curva (Perthes); oppure col fissare la piccola curva a due legamenti aponeurotici ricavati dai muscoli retti (Parlavecchio). Ma questi procedimenti non riuscirono così fruttuosi e così stabili come gli AA. avevano presunto perchè:

— in prima il legamento rotondo è sempre un elemento molto esile, anzi particolarmente debole nei soggetti gastro-ptosici-ectasici. Desso una volta isolato e quindi mal nutrito, non è in grado di sorreggere validamente e stabilmente un viscere che a momenti, per il suo contenuto alimentare, può richiedere notevoli resistenze al carico;

— in secondo luogo perchè lo stomaco ptosico-ectasico suole assumere una forma allungata con una bozza inferiore — un *bassofondo* — dove si

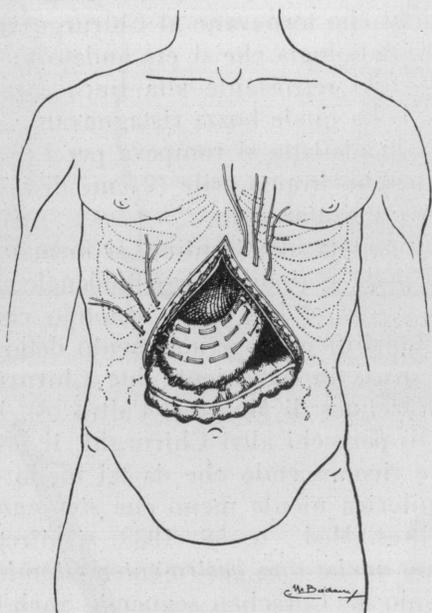


FIG. 3. — Dimostrazione dello imprigionamento dello stomaco ad opera del processo dello ROWSING (da evitarsi).

hanno ristagni alimentari. Ora l'attenersi ad un atto chirurgico che sospenda lo stomaco ad un elemento applicato lungo la piccola curva, per quanto questo possa valere e sollevare anche il basso fondo, non vi riesce quasi mai a sufficienza sì che per lo più l'operazione rimane inoperante;

— in terzo luogo, col fissare la piccola curva ad un elemento fibroso, si viene ad impedire l'esplicazione di gran parte dei movimenti contrattivi di questo segmento. Ho ricordato più sopra quanta parte abbia la « cravatta svizzera » nella produzione del solco gastrico di Hasse perchè insieme con le pliche longitudinali della mucosa venga « marcata » la via gastrica del Waldeyer; ora l'imprigionamento della piccola curva vuol dire impedire la libera esplicazione di una parte delle forze che presiedono alla propulsione del chimo.

Poichè col ripetersi delle osservazioni cliniche si vennero mettendo in evidenza le deficienze dei processi di sospensione che ho ricordato (si nota-

rono più del 50, 60 % di insuccessi), il Lambret di Lilla pensò d'agire pure in senso sospensivo, non più sulla piccola ma sulla *grande curva*. Si servì di una bandelletta di aponeurosi pedunculata alla sua parte superiore e scolpita sul bordo sinistro del muscolo retto di sinistra; introdottala nell'addome col suo estremo libero e dispostala lungo la grande curva, qui la incluse con sutura sierosierosa, mentre l'estremità libera di essa venne suturata alla parte alta del legamento rotondo del fegato. Per tal modo lo stomaco si trovava sospeso fra i due punti fissi della bandelletta: quello connesso col torace, a sinistra, e quello costituito dalla unione della estremità libera della bandelletta a destra con il legamento rotondo.

Ma nemmeno questo procedimento si dimostrò così utile come all'A. ed a qualche imitatore era inizialmente sembrato in quanto che:

1) in alcuni operati che tornavano al Chirurgo ancora sofferenti fu osservato con l'aiuto della radiologia che si era andato formando una bozza più o meno voluminosa, anti o retrostante alla linea sorretta dalla bandelletta lungo la grande curva, nella quale bozza ristagnavano gli alimenti;

2) molte volte la bandelletta si rompeva per l'eccessivo carico che doveva sopportare forse perchè troppo esile (2 cm. di larghezza) o per la sua atrofia sopravvenuta dopo l'intervento;

3) in parecchi casi (circa una trentina) si formarono briglie molto stipate in corrispondenza della regione piloro-duodenale, precisamente là dove la bandelletta era stata unita al legamento rotondo contro al « *genu superioris* » causa questa di un difficoltato svuotamento dello stomaco.

Nonostante questi gravi inconvenienti due Chirurghi, l'uno H. Stiven del Cairo (7) ed E. St. Jacques di Montréal l'altro (8), hanno creduto di applicare, ad imitazione di parecchi altri Chirurghi, il procedimento del Lambret, ma questo Autore riconoscendo che da tal modo di operare proveniva una condizione antro-pilorica niente meno che *stenosante*, in una pubblicazione supplementare (Pres. Méd., n. 58, 1933) si affrettò a suggerire come aggiunta al suo processo *anche una gastro-entero-stomia*.

Un ciruriano spagnolo M. Corachan seguendo anch'esso la concezione di affidare lo stomaco ad un elemento sorreggitore lungo la grande curva, escogitò di giovarsi non più di una bandelletta anoneurotica, ma di un mezzo più solido. Prescelse a tale scopo due grossi fili di seta bene attorcigliati per formare un grosso cordone; fissato questo con suture lungo la curva e fatti passare i due capi rispettivi sulle due arcate condrali sinistra e destra, qui li fissò (9).

Due chirurghi francesi V. Pauchet e P. Le Gac unirono le loro intelligenze per concepire un processo analogo a quello del cirujano spagnolo scegliendo, invece di un cordone di seta, un grosso catgut n. 4 ben cromato; lo applicarono e lo inclusero con sutura lungo la grande curva; tirarono poi sulle due estremità del catgut con lo scopo di rimpicciolire lo stomaco per *accartocciamento*; e passato poscia il capo destro del filo attraverso ad una bottoniera laterale praticata nella parete addominale qui lo fissarono; così procedettero per la parte sinistra.

(7) Journal Intern. de Chirurgie, n. 2, 1936.

(8) Journal Intern. de Chirurgie, n. 1, 1937.

(9) Presse Méd., n. 61, 225, 1933.

I due AA. vennero poi consigliando di far precedere sempre una gastro-duodenostomia. Presentarono essi i vari momenti di questa operazione in « Pratique Chir. Illustré » (Paris, Doin 1936, vol. XX) con delle figure che credertero di chiamare « les belles figures de Dupret » (fig. 4 e 5).

Senza badare se quelle « figures » siano veramente « belles », ma considerando la sostanza di questi procedimenti spagnolo e francese, è da reputare

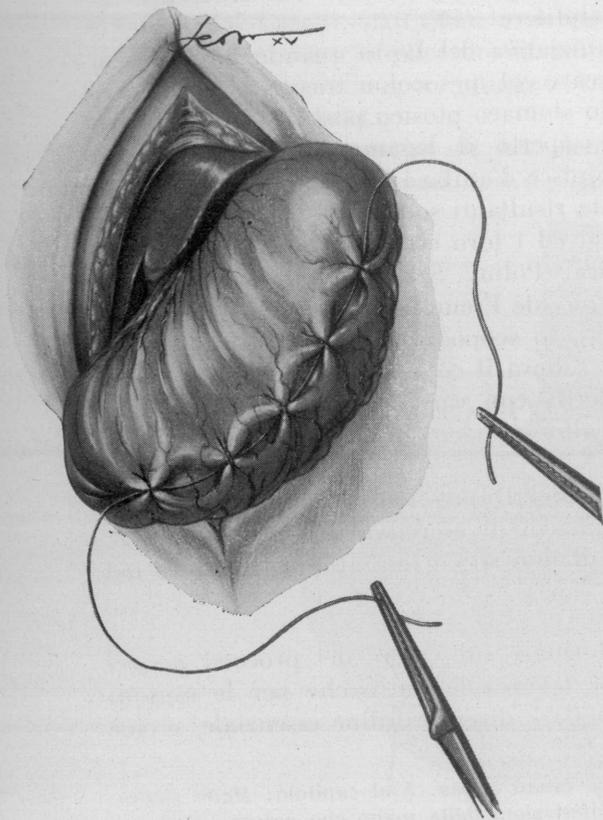


FIG. 4. — Procedimento V. PAUCHET - LE GAC.

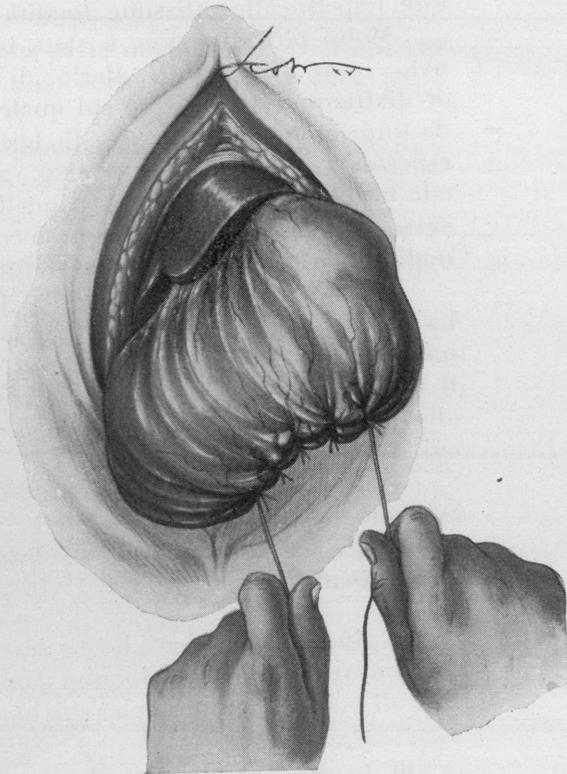


FIG. 5. — Come le ispirazioni di V. PAUCHET e P. LE GAC insegnerebbero a maltrattare lo stomaco per sospenderlo alle pareti addominali.

che ambedue non siano affatto meritevoli di accoglimento. Primo perchè quello del cirujano spagnolo non rappresenta che il processo del Lambret nel quale abbiamo visto come si comportino le pareti gastriche in avanti e posteriormente a quella specie di corda tesa fra due piloni cui si solleva lo stomaco, come se si trattasse di un capo di biancheria; di poi il processo dei due francesi è anche peggiore di quello dello spagnolo in quanto prescrive che, applicato il grosso filo lungo la grande curva, si tiri sui capi prima di fissarli negli estremi, con che si determina un accartocciamento così deformante (come risulta dalla figura annessa) da indurre gli stessi AA. a raccomandare di aggiungere sempre una gastro-duodeno-anastomosi. Ma i due AA. sentirono poi il bisogno di dichiarare: « les actes chirurgicaux même admirablement executés ont en general peu d'efficacité ».



Detto bene; ma ciò deve riferirsi ai *loro* atti magari *mirabilmente eseguiti* ma molto male *concepiti!*

E poi da notare che P. Desfosses elogiando le qualità di V. Pauchet scriveva che « *il procedait avec un brio extraordinaire* ». Ma in Chirurgia altro è il *brío* della esecuzione degli atti operatori e ben altra è la *sostanza* delle concezioni curative!!! Il *brío* è il prodotto del cervello *motorio*, la concezione invece è il prodotto del cervello *pensante*; due prodotti di ben differente valore rispetto alle altissime finalità salutifere! (10).

Molto più giudiziosa è stata la iniziativa del Losio quando ha immaginato, come ha scritto G. Merlo, di creare col mesocolon trasverso una specie di diaframma di sostegno sul quale lo stomaco ptosico possa adagiarsi libero da imprigionamenti diretti. Il Losio, aperto il legamento gastrocolico ed esposto il meso-colon trasverso, scolpisce d'ambo i lati nel peritoneo parietale una handelletta: le due handellette risultanti sono fatte trascorrere attraverso delle asole aperte nel meso-colon ed i loro estremi liberi vengono fermati ai margini della ferita laparatomica. (Policl., Sez. Chir., n. 7, 1936).

Il procedimento escogitato dal Dupuy de Frenelle (Gong. Chir. Fr., 1925) ha analogamente al processo del Losio, lo scopo di non creare imprigionamenti diretti dello stomaco. Questo A. solleva il colon trasverso e ne rovescia il meso per raccorciarlo; poscia fa aderire con vari punti di sutura il colon alla parete addominale offrendo così allo stomaco un piano meso-colico su cui il viscere si trova adagiato.

Tanto il processo Losio che quello del Dupuy mentre hanno il pregio, evitando le grandi fissazioni dello stomaco, di esercitare un ufficio *statico*, hanno d'altra parte la manchevolezza di non soccorrere affatto il viscere nel senso *dinamico*.

Il giudizio sintetico che si deve formare sul valore dei processi *passivi* che son venuto esponendo non appare favorevole, oltre che per le ragioni dette di volta in volta, anche per un motivo, direi, d'ordine essenziale, e cioè

(10) In altro scritto *Virtilute e Conoscenza* citato a pag. 3 al capitolo: *Mano sicura*, mettevvo in rilievo come in Chirurgia le manifestazioni della mano che possono esser rapide, brillanti ed eleganti e che possono esser crustate alla vista non all'intelletto ed elogiate come atti *andati ad eseguire « avec un brio extraordinaire »*, molte volte, anzi troppe volte, vanno a detrimento della esattezza dell'operazione, del rispetto dei tessuti e della tecnica bene ed ordinatamente pensata.

È ben vero che oggi il ritmo affrettato della vita ha impresso in generale un bisogno di estrinsecazione rapida di ogni attività, ma se cotale rapidità può suscitare una impressione favorevole in occasione delle manifestazioni del vivere comune, in medicina e specialmente in chirurgia in cui il sanitario ha la missione delicatissima di provvedere alla salute degli infermi con delle azioni che possono anche nuocere, in allora il contegno del chirurgo dovrebbe esser governato non in prevalenza della zona motrice del cervello, ma da quella che comanda con la ragione, quella cioè che presiede alla elaborazione del pensiero la quale richiede sempre un certo tempo per trasmettere gli impulsi alla zona motrice; altrimenti il chirurgo è esposto attraverso alle rapide esecuzioni a quegli *errori di fisiologia cerebrale* che in quello scritto venni indicando; altrimenti alle impressioni visive eventualmente gradite ed approvate da chi presenza, possono succedere eventi ben gravi a danno degli operati.

Ad uno di questi chirurghi « *brillanti* » che in Francia si chiamano *baristi* o *tehnisti* è accaduto di recente una sequela di morti operatorie tale che i medici della sua città lo vennero designando il Chirurgo della « *cipresso-terapia* ».

perchè in questi malati non si tratta solo di *ptosi* ma anche di *dilatazione atonica*, che poco od insufficientemente può esser corretta dai vari tipi di plessia.

Questo avvertirono giustamente quegli AA. che rivolsero le loro premure operative verso la correzione della deformazione del viscere, ricorrendo ad altri apprestamenti (11).

Il Bircher fu uno dei primi a giovarsi delle *plicature*, seguito poi dal Tricomi, dal Caselli, dall'Oliva e da molti altri.

Ma nell'eseguire le plicature la più gran parte degli AA. non si attennero alle norme necessarie per giungere ad una correzione morfologica quale sarebbe stata richiesta.

Difatti, fra altri anche gli AA. del Trattato Sargent-Tuffier a pag. 918, per insegnare come devono essere disposte le plicature, presentano figure

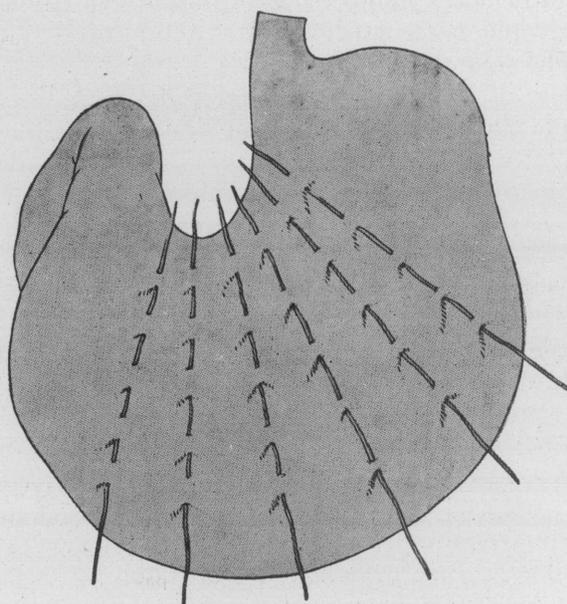


FIG. 6. — Si dimostra il procedimento di apposizione di punti plicatori in senso *contrario* a quello che si dovrebbe, in quanto la alterazione di forma nei gastro-ptosici-ectasici ha la caratteristica di avvicinare le due curve conferendo al viscere la foggia a clessidra che con questo processo verrebbe aggravata. (Figura riprodotta dal Trattato SERGENT, pag. 908).

che indicano un modo di operare *contrario* a quello che si dovrebbe, in quanto le pliche avvicinano la piccola alla grande curva, aumentando così la strettura media-gastrica (fig. 6).

(11) In altra pubblicazione presi in esame l'idea di taluni di resecare la porzione media ristretta dello stomaco e ricomporre poi il viscere unendo la parte cardiaca con l'antro-pilorica, operazione che fu eseguita qualche volta, ma ben tosto abbandonata perchè mal tollerata da questo genere di infermi spesso molto indeboliti. Ciò non ostante vi furono altri chirurghi che vollero applicare un'altra concezione demolitrice: *resecare la metà inferiore del viscere*. Ma anche questa operazione fu riconosciuta eccessiva.

Forse questo errore nel concepire l'operazione dipese dal fatto che in quel tempo non si conoscevano con precisione per mezzo delle indagini radiologiche le modalità secondo le quali in questi soggetti si istituiscono le amplificazioni dello stomaco. Inoltre questi malati venivano osservati più di frequente in posizione orizzontale, durante gli atti operatori, per cui la strettura medio-gastrica non risultava molto evidente sì che qualcuno, si attenne persino all'applicazione di suture a zig-zag, cioè senza un criterio in conformità allo scopo.

Si ebbero pertanto moltissimi insuccessi. Era indispensabile tener conto di un dato di fatto sostanziale e cioè, come ripeto, che lo stomaco plosico-eclastico-tonico suole assumere la forma di un organo cavo quasi verticale in continuazione con l'esolago. Una bozza per lo più di modica grandezza, ma che può essere anche molto ampia, che contiene aria, si ha nel segmento superiore (12); un'altra bozza molto maggiore è formata dal fondo del viscere, mentre fra queste due bozze esiste un tratto intermedio allungato dove le due pareti gastriche sono avvicinate (fig. 7 e 8).

Da questo dato di fatto mi pare di dover desumere un contegno operatorio a base di plicature che già esposi al Congresso della Soc. It. di Chirurgia, Napoli, 1921 e poi in Policlinico, Sez. Chir., 1922, Roma, Addussi allora fatti ed argomenti che inducevano a considerare cotesto contegno come fecondo di bene se applicato con criteri particolari.

Vi torno sopra anche oggi perchè la consuetudine che ho avuto con un gran numero di colleghi, Internisti e Chirurghi, mi ha fatto accertare che il preciso benefico rendimento che può dare quest'atto chirurgico non è riconosciuto così diffusamente quanto sarebbe necessario. Gli è che vi sono certe vedute che a taluni non appaiono in un primo tempo abbastanza chiare. Donde risulta sempre appropriato l'antico « *repetita iuvant* ».

Si tratta di un atto chirurgico che non si presta ad esibizioni di grandi virtuosità di tecnica, ma che richiede di essere eseguito con una metodica molto meticolosa, senza di che il successo può in tutto od in parte mancare, facendo poi attribuire l'imperfezione dell'esito al genere di operazione, mentre si tratta di deficienze *personali* dell'operatore.

Per la esecuzione delle plicature non sembra superfluo accennare ad alcune norme generali:

1) le plicature accorcino le pareti nel *sensu verticale* e comprendano ciascuna di parete gastrica una altezza di 3-5 cm. Per lo più si usano tre punti equidistanti applicati secondo una linea *trasversale* tanto sulla faccia posteriore che sulla anteriore;

2) le plicature siano costruite per mezzo di fili di seta, di un materiale cioè non riassorbibile, perchè il connettivo che si formerà loro intorno determini una condizione tissurale solida e quindi propizia ad una contenzione più *stabile* di quella che darebbe luogo se si adoperasse il catgut;

3) le linee di plicatura che vanno dalla piccola alla grande curva in *sensu perpendicolare* all'asse maggiore del viscere siano due o tre o più a seconda del grado di riduzione che s'intende di ottenere;

4) il Chirurgo, prima di accingersi a questo genere di operazione, vi « *faccia la mano* » magari operando dapprima su visceri di animali. La de-

(12) I gastro-eclastico-tonici sogliono essere acrofagi di alto grado.

licatezza della apposizione dei punti sotto-sierosi fu in senso generale già rilevata più volte da A. Carrel, il quale ha riferito che a suo tempo egli credette bene di esercitarsi molto a lungo su due fogli sovrapposti da carta velina, cer-

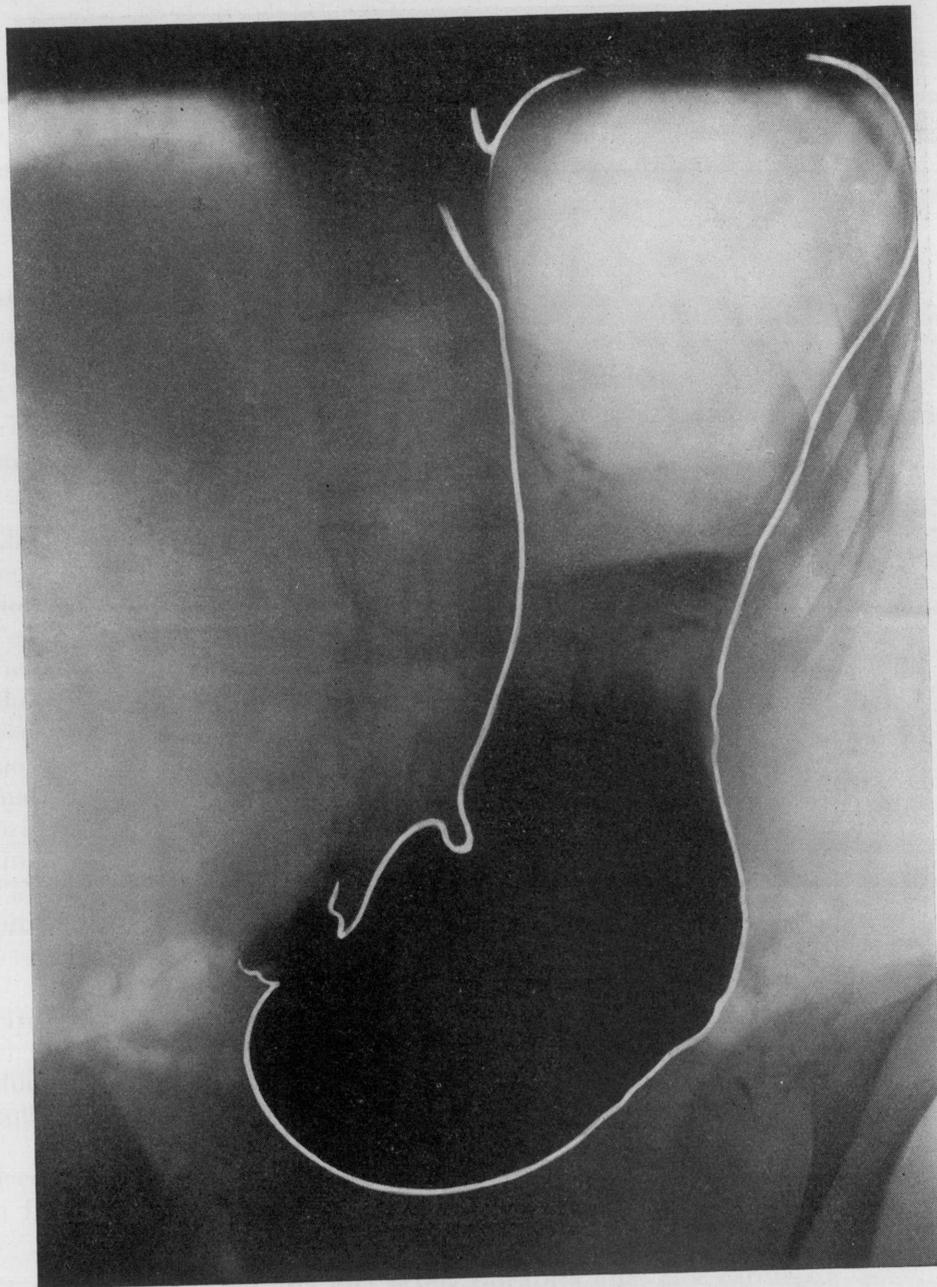


FIG. 7. — Esempio di gastro-ptosi-ectasia in soggetto maschile (Radiografia Prof. VIVIANI).

cando sempre di comprendere solo il foglio superiore. Ove non si sia bene esercitati in questa tecnica (utile non solo quando si opera sullo stomaco ma anche su altri segmenti del tubo digerente), può accadere :

— o di far scorrere l'ago-filo in un tratto non abbastanza esteso dello spazio sotto-sieroso e quindi di non comprendere tanto di sierosa da ottenere una *presa* sufficiente per una valida contenzione;

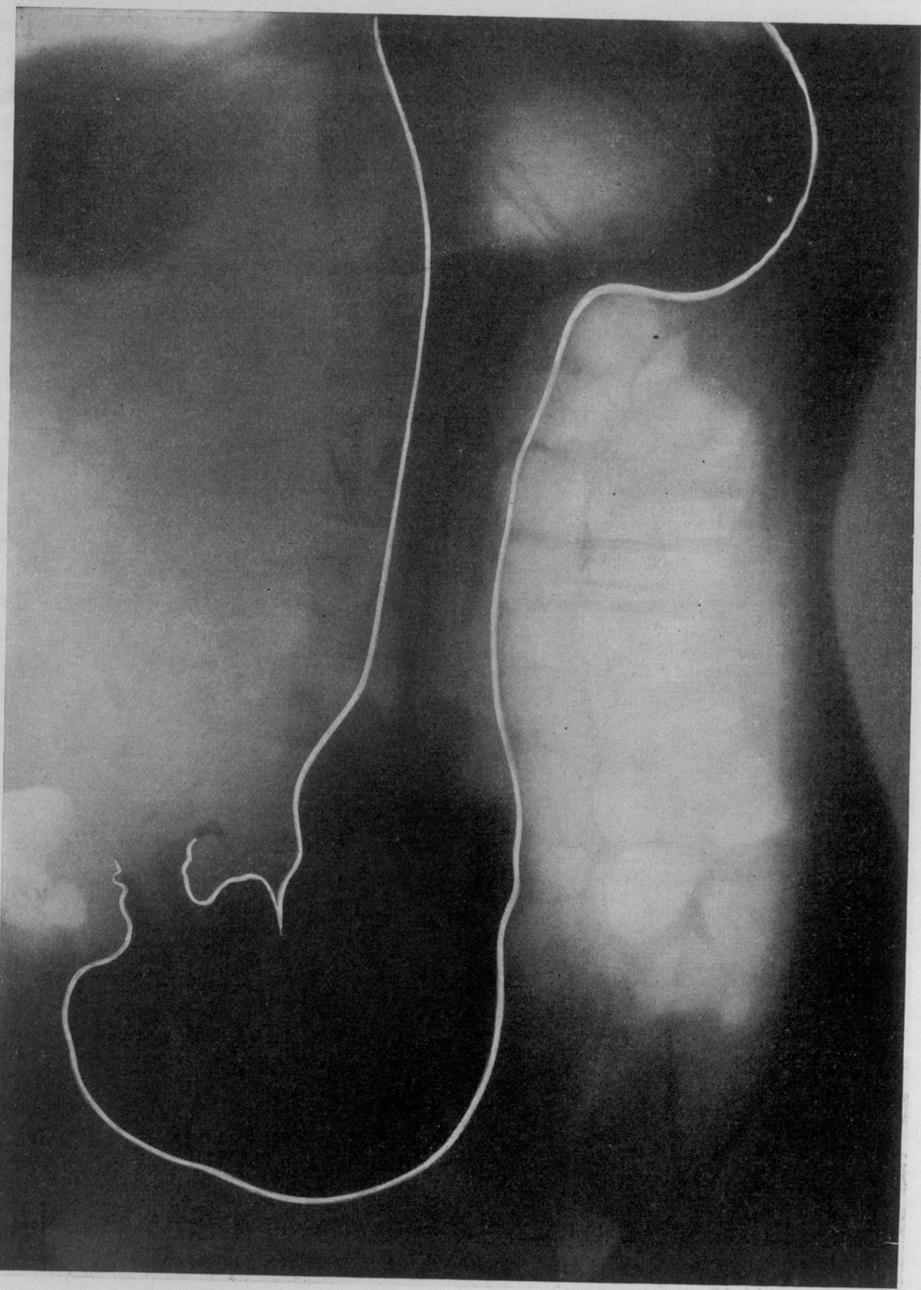


FIG. 8. — Esempio di gastro-ptosi-ectasia in soggetto femminile (Radiogr. Dr. PUVIANI).

— o di infossare l'ago-filo nello spessore delle pareti dando luogo, con la facile lesione dei vasi, ad ematomi che comprometterebbero una corretta esecuzione dell'atto operatorio;

o di trascorrere con l'ago-filo nell'interno del viscere e così trascinare in fuori dei germi capaci di infettare le plicature; evenienza questa temibile quando si opera sullo stomaco e più ancora quando le plicature si operino in segmenti distali dell'intestino, quali il colon.

Tecnica.

1° tempo. — Aperta la cavità peritoneale attraverso una incisione xifo-ombelicale, si procede all'esame dello stomaco per ciò che riguarda dimensioni, forma e superficie, e se ne trae fuori dalla ferita tutta quella parte che può consentire un esame accurato diretto in particolar modo alla regione pilorica per escludere la presenza di eventuali lesioni organiche. L'indagine viene estesa poscia anche alla faccia posteriore del viscere, giovandosi di una larga apertura creata nello epiploon gastro-colico preferibilmente in zona avascolare.

Accertato che si tratta veramente di gastro-ptosi-ectasia idiopatica ci si propone di operare dapprima sulla faccia posteriore.

2° tempo. — Per operare in perfetta evidenza sulla faccia posteriore il Chirurgo prende con la mano sinistra il corpo dello stomaco, gli fa fare un movimento di rotazione sospingendone la parete anteriore contro la posteriore in modo che questa appaia ben esposta attraverso l'apertura creata nell'epiploon gastro-colico; l'auto può facilitare la cosa mantenendo divaricato dolcemente tutto intorno il margine dell'apertura epiploica in modo che col venir ampiamente esposta la faccia posteriore dello stomaco siano ben visibili le due curvature disposte in senso parallelo e secondo una direzione presso che verticale. Il Chirurgo allora, mantenendo sempre con la mano sinistra in evidenza la faccia posteriore dello stomaco, fa passare un primo punto nello spazio sotto-sieroso lungo la grande curva ed a due centimetri all'interno di questa, facendo uscire e rientrare l'ago dal basso all'alto nello spazio sotto-sieroso per tre o quattro volte così da comprendere un tratto di parete viscerale della estensione di cinque o sei cm. (E bene giovarsi dell'ago curve montato in port'aghi).

Come è disegnato nella fig. 9 questa prima applicazione viene fatta a circa un centim. all'interno della grande curvatura. Una seconda applicazione si fa ad un centim. all'interno della piccola curva. Una terza nel mezzo delle due prime. I singoli fili vengono stretti e annodati solamente dopo che siano tutti e tre messi in posto e provvisoriamente affidati ad un Kocher.

Stabilita così coi tre punti principali la plicatura, la si rende più valida facendo passare con uno dei fili di ciascun punto una sutura siero-sierosa a tipo sopraggitto o meglio a tipo da asolaio.

Si ottiene così una contenzione solida ed uniforme.

3° tempo. — Istituita una prima plicatura alta, cioè cardiastica, se ne eseguisce una seconda più in basso con una tecnica identica.

In generale queste due plicature sono sufficienti, dato che per esse si possono ottenere riduzioni dello stomaco nel senso del suo asse verticale di 12-14 e più cm.

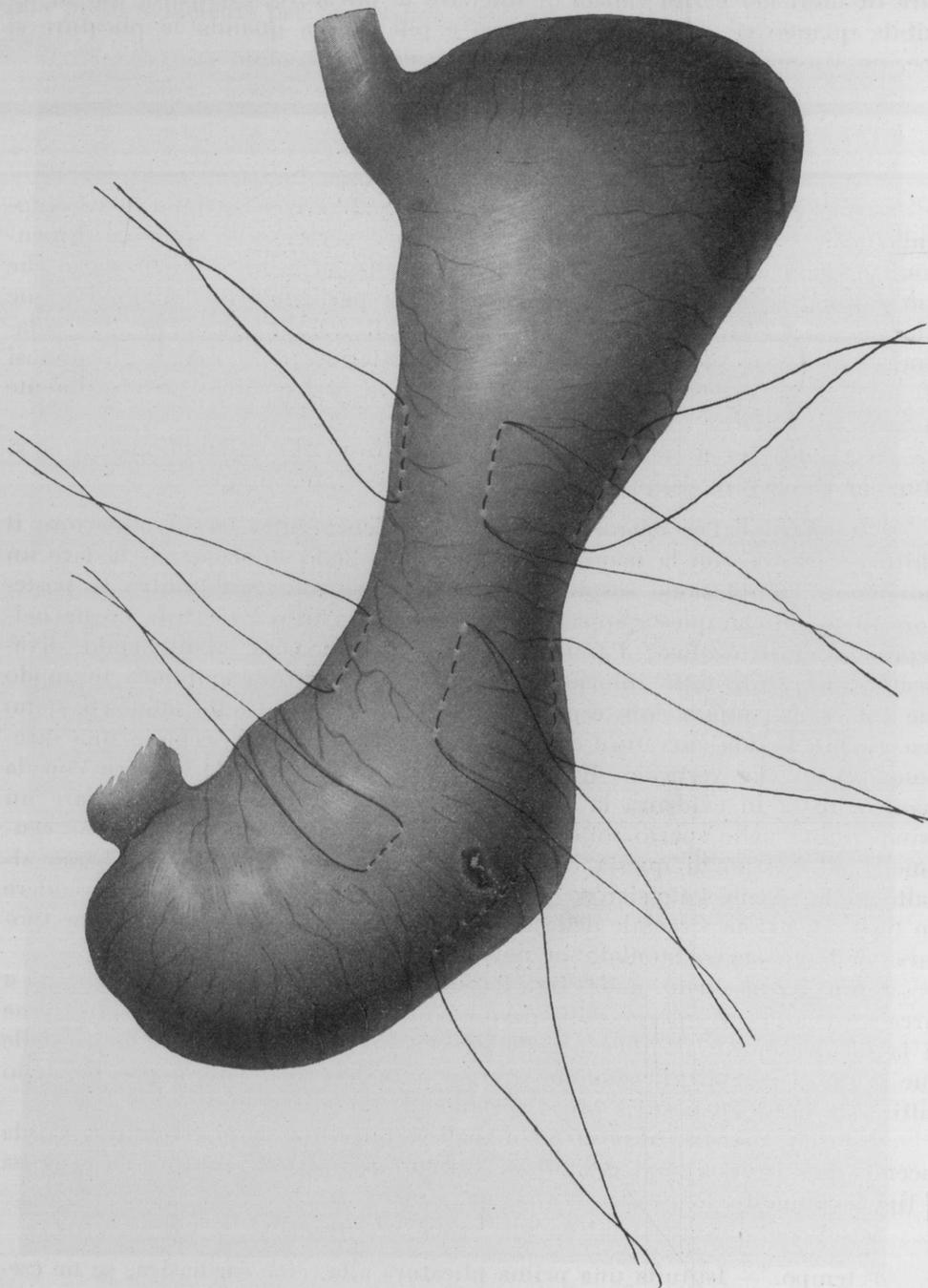


FIG. 9. — Come deve essere effettuata la costruzione delle plicature. Ciascun ordine di pliche della faccia anteriore deve avere il suo corrispondente, esattamente simmetrico, nella faccia posteriore.

4° tempo. — Si ripone lo stomaco nella retrocavità degli epiploon e, con qualche punto staccato in catgut, si chiude la scontinuità che si era creata nell'epiploon gastro-colico per accedere nella retro-cavità.

5° tempo. — Mentre l'aiuto stirando in basso il viscere mette bene in evidenza la parete anteriore dello stomaco, il chirurgo, con l'ago montato in port'aghi, passa la prima serie di punti plicatori sulla porzione cardiasica

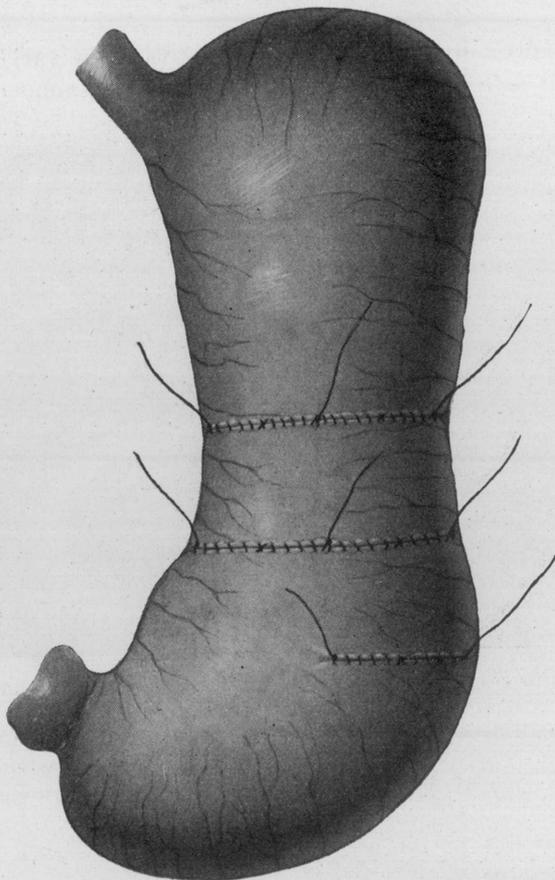


FIG. 10. — Si dimostra come il procedimento abbia per effetto: di correggere la clessidra medio-gastrica; di raccorciare l'asse longitudinale del viscere; di sollevare il fondo gastrico; di offrire alla muscolatura dell'organo la possibilità di acquistare nuove potenzialità contrattive.

alta, cercando che questa serie corrisponda in perfetta simmetria con quella che fu per prima già applicata sulla faccia posteriore.

Segue l'applicazione di una seconda serie più in basso, sempre perfettamente simmetrica alla seconda serie già applicata posteriormente: i punti di questa serie possono esser passati utilmente con l'ago retto a mano.

È da aggiungere che sulla faccia anteriore può essere indicata, in più, qualche plicatura in corrispondenza della sezione pre-antrale.

6° tempo. — Chiusura delle pareti addominali a strati.

Se il Chirurgo, all'esame preventivo della regione piloro-duodenale avesse assunto qualche elemento di dubbio sulla sua permeabilità, prima di procedere alla chiusura della ferita epigastrica può aggiungere una gastro-enterostomia trans-mesocolica posteriore, sempre con il complemento dei quattro punti fissatori dell'ansa anastomizzata per una certa estensione sotto il tetto del mesocolon, come alla figura 11.

Questo procedimento di cui mi sono giovato da vari anni per un numero cospicuo di sofferenti e che è stato applicato anche da molti Colleghi

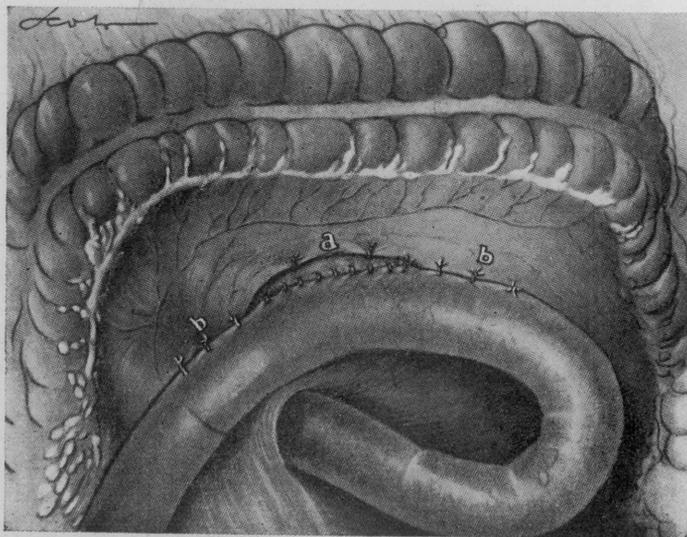


FIG. 11. — Si dimostra come col sussidio di due o tre punti (b-b) collocati per ogni lato della gastro-enterostomia trans-mesocolica posteriore fra ansa digiunale e mesocolon, si obblighi tanto il tratto afferente del digiuno quanto l'efferente in modo da impedire angolature e quindi imperfezioni della funzione anastomotica. (Vedi anche nei riguardi della genesi dell'ulcera peptica in *Mens agitat molem*, loc. cit.).

con risultati immediati e lontani ognora confortantissimi, credo abbia dei pregi di cui i principali sono:

In prima, di rispettare quei principi di fisiologia che ho più sopra esposte, così da consentire una completa libertà allo stomaco nei movimenti di contrazione intrinseca e di traslazione del suo corpo. Il viscere così può sentire anche utilmente le azioni che su di esso vengono esercitate dalle escursioni del diaframma e dalle pressioni e contropressioni della muscolatura delle pareti addominali, ciò che evidentemente non può in ugual grado avverarsi quando lo stomaco sia in tutto od in parte imprigionato o fissato secondo la maggior parte delle *pessie* che ho ricordato.

In secondo luogo la correzione morfologica ottenuta come si è descritto, amplificando in senso trasversale il segmento mediano ristretto, viene sollevato il fondo dello stomaco sino a ridurlo ad un livello normale.

Quale altro pregio poi di massimo valore è da segnalare la nuova energia contrattile che acquista lo stomaco. A rendersi ragione del come derivi costesta nuova energia dalla correzione morfologica del viscere, conviene muo-

vere dalla considerazione del dispositivo delle forze di contrazione ancora disponibili una volta che il complesso muscolare abbia subito la distensione. Dei tre ordini (longitudinali, oblique e circolari) che cadono in rilasciamento,

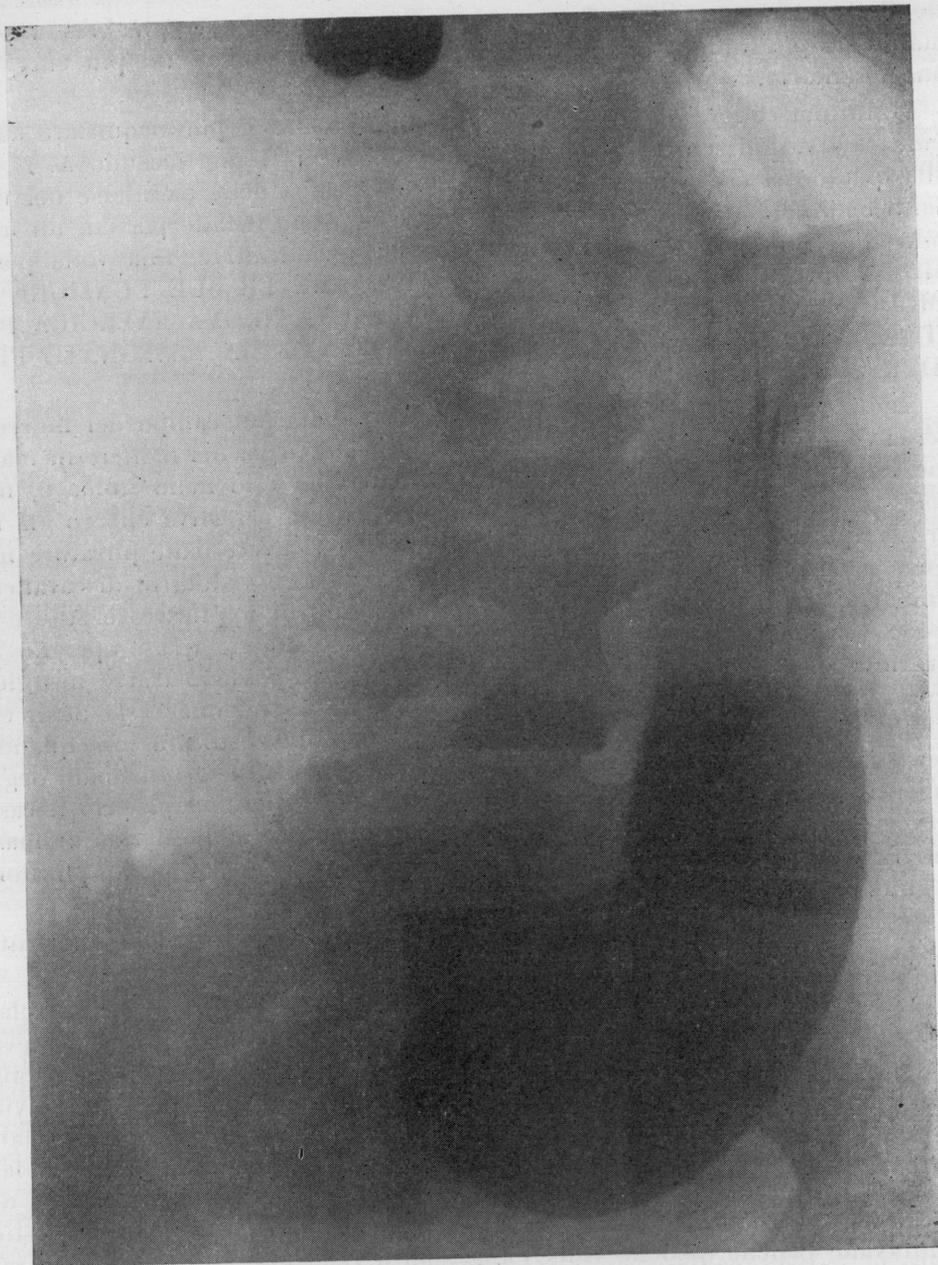


FIG. 12. — Esemplare di gastro-ptosi-ectasia prima dell'applicazione del procedimento rappresentato dalle figg. 9 e 10. Lo svuotamento gastrico si effettua dopo sette, otto ore.

quelle che vanno soggette a maggiore compromissione sono soprattutto le prime, poi le oblique, ed infine, in minor grado, le circolari. Ora, col costruire le pliche nel modo prescritto, si crea con ciascun ordine di esse come una

travata di tessuto connettivo perpendicolare alla direzione delle fibre longitudinali ed anche delle oblique, in modo che nell'atto di ciascuna contrazione la muscolatura trova nella travata come un punto d'appoggio, come se qui le fosse stato fornito un nuovo elemento per una inserzione fissa.

Per questo nuovo stato le escursioni muscolari si fanno più brevi e gradualmente più valide, sì che il viscere riesce ad assumere un più energico tono totalitario.

L'intima conoscenza di questo giuoco muscolare si può acquistare dalle acute osservazioni cliniche che per i muscoli striati venne facendo A. Codivilla quando si occupava della Chirurgia ortopedica delle paralisi e dei traipianti lendinei. Ci disse Egli come doveva esser visto il fatto per cui un muscolo affievolito per distensione nelle sue forze contrattive, una volta posto chirurgicamente in condizioni di « ESERCITARE LE SUE FUNZIONI IN « MODO MENO GRAVOSO PUÒ ACQUISTARE UNA NUOVA ENERGICA POTENZIALITÀ FUNZIONALE SPECIE QUANDO GLI SIA ASSEGNATO FRA « DUE PUNTI FISSI UN MODICO ESERCIZIO » (13).

Indicò Egli una certezza clinica che, trasportata nel campo dei muscoli lisci ci illumina sulle risorse che può offrire la Chirurgia nel mettere in maggior valore le forze minorate dalla distensione, non solo nello stomaco, ma anche in tutto il resto del tubo digerente. Il Tricomi e l'Oliiva ebbero già in altro tempo come ad *indorinare* quanto si poteva ricavare dalle plicature nei riguardi del tono muscolare dello stomaco, ma la loro veduta fu di carattere sommario, tauto è vero che il Tricomi immaginò di applicare le suture a zig-zag senza cioè tener conto delle direzioni secondo le quali operano le forze muscolari del viscere ed in qual modo queste possono trarre maggior vigore. La veduta del Codivilla invece ci offre la cognizione *certa* degli effetti che susseguono ad un trattamento chirurgico portato sui muscoli, quando si sia guidati da criteri dettati dalle disposizioni anatomiche e funzionali degli elementi di cui s'intende valorizzare le forze sopite. Questo è proprio il caso della chirurgia della gastro-ptosi-eclasia in cui, operando, si trae il massimo rendimento dal tono muscolare, ove l'apposizione dei punti plicatori sia guidata dai *precisi* criteri che ho indicato.

Ho accennato che alla operazione di rafia può essere associata utilmente una gastro-enterostomia.

Vi è stato un tempo in cui questa operazione veniva applicata da sola, cioè come provvedimento *unico*, ma si riconobbe che non corrispondeva allo scopo, perchè la deformazione del viscere costituiva tale una condizione per cui il chimo non poteva agevolmente e completamente prender la via del neo-stoma. Gli è che in questi soggetti l'organo suole ingrandire specialmente nella sua parete infero-anteriore mentre la gastro-enterostomia si faceva, per varie ragioni, transmeso-colica posteriore. Ed io ebbi occasione di trattare un caso già operato dal Clinico Chirurgo di Zurigo in cui le molestie perduravano benchè qualche volta l'anastomosi risultasse all'osservazione radiologica funzionante. Fu riperato da me e l'atto chirurgico fu ristretto a plicature dirette a restaurare specialmente la parete infero-anteriore, che a

(13) *Chirurgia Ortopedica a cura delle paralisi*, Annali di Neurologia, Napoli, 1908.

mo' di bisaccia scendeva verso il basso, di dove una parte del contenuto alimentare non poteva raggiungere il neo-stoma. L'operato in breve acquistò completo benessere e da 41 kg. salì al peso di 78 kg.

Altri operati da eminenti chirurghi, come A. Carle, non trassero dalla sola gastro-enterostomia quel beneficio che si attendevano e ciò per ragioni analoghe.

Convien pertanto ravvisare nella gastro-enterostomia una operazione che può riuscire utile quando sia preceduta da una restaurazione morfologica del viscere o quando esistano, insieme con la gastro-ptosi-ectasia, anche spostamenti o deformazioni del duodeno avverabili specialmente nel segmento di « *genu superius* » sì da compromettere una regolare svuotabilità del viscere. In allora alla plicatura dello stomaco SI DEVE far seguire la gastro-enterostomia.

Ho fatto parola più sopra della sfiducia in parte

— preconceita,

in parte

— radicata nello spirito di alcuni Internisti in seguito alla constatazione degli insuccessi chirurgici.

In quanto al *preconcelto*, non occorre, credo, che insista richiamando ancora il principio dell'Aschner, tanto più che estendendo l'applicazione dei « *mezzi appropriati* » per ottenere effetti duraturi ci si può giovare obbligando per lungo tempo gli operati all'osservanza di norme alimentari ed a regole di vita ben disciplinate.

In quanto alla sfiducia che concepirono taluni Internisti dopo che le operazioni eseguite non riuscirono così feconde di bene come si sarebbe sperato, può darsi che l'insuccesso sia dipeso dall'insufficienza dei criteri tecnici messi in opera.

Che quanto ho sin qui esposto abbia per base una perfetta giustezza di vedute è provato:

- 1) da prove sperimentali,
- 2) da indagini radiologiche,
- 3) da fatti clinici.

Prove sperimentali:

R. Strozzi eseguì una lunga serie di indagini sperimentali per accertare come si comportavano le reazioni tissurali nelle pareti dei visceri quando si fossero con seta costruite le plicature; indagini del resto già state condotte dal Caselli e dall'Oliva in altro tempo. I reperti ottenuti dallo Strozzi furono controllati dal punto di vista istologico anche da quell'eminente e severo scienziato che è il prof. Giulio Tarozzi. Fu visto che, « l'orditura anatomica susseguente alla costruzione delle plicature si forma attraverso alla neo-produzione di un tessuto connettivale, da prima giovane, che si trasforma poi in connettivo adulto, quasi sclerotico che garantisce della perfetta durevole contenzione, in quanto le robuste travate di connettivo provocate intorno ai punti di presa dei fili di seta col tempo si consolidano maggiormente » (14).

(14) R. Strozzi. Rinnovamento Medico, 1929.

Giò anche a grande distanza di tempo dall'operazione.

Indagini radiologiche:

La risposta che hanno dato le ricerche radiologiche condotte nell'uomo a chi richiedeva se agli effetti stabilmente contentivi che risultavano dalle prove sugli animali corrispondessero anche altrettanti effetti negli individui predisposti per costituzione ai rilasciamenti tissurali, è emerso che pure in così fatti operati le dimensioni e la postura del viscere operato a distanza di mesi e di anni si conservano perfettamente quali erano state ordinate con l'atto chirurgico. Fra i tanti, riproduco un documento ottenuto dal prof. A. Possati in una mia malata che operai 5 anni or sono (fig. 13). Molte altre simili prove potrei presentare ricavate coi raggi da valorosi e rigorosi osservatori quali proff. Viviani, Cogolli, Puviani. documenti tutti ben significativi in quanto presentano le immagini comparative dei visceri prima dell'operazione e dopo trascorso molto tempo dell'intervento.

Fatti clinici:

Ho già affermato che i fatti clinici dopo l'atto chirurgico eseguito come ho descritto, sono oltre modo significativi sia nel periodo immediato e più ancora a distanza di molto tempo. Ricordo la constatazione fatta di una donna, già operata da più di tre anni, che morì per infortunio ed esaminata alla necropsia nella regione gastrica, ci diede occasione coi colleghi di accertare che le zone plicate si erano mantenute come noi le avevamo costruite. Abbiamo avuto anche l'opportunità di seguire per anni una operata che in perfetto benessere era aumentata in peso intorno ai 14 kg. ed all'esame radiografico (prof. Possati) il viscere appariva della stessa forma e delle stesse dimensioni conferitegli con l'operazione.

Similmente potrei richiamare un gran numero di altre osservazioni cliniche fatte, non solo da me, ma anche da vari Colleghi quali i proff. dottori Biancheri, Mucci, Marchesini, Martinelli, Tonini... ecc. (15).

Ho fatto un cenno fugace a pag. 16 della stabilità della correzione morfologica del viscere, condizione che va certamente tenuta in conto col fine di operare in modo che le plicature gastriche abbiano un effetto duraturo.

Come in tutte le operazioni di plastica, anche in questa il maggiore affidamento deve essere riposto nella solidità del connettivo neo-formato nella sede della correzione. Non è bene perciò che il Chirurgo si giovi, come ho già raccomandato, del catgut per la contenzione delle pliche, ma è preferibile la seta anche perchè questa rimane inassorbita ed attorno ai fili si ordisce un tessuto sclerotico compatto che garantisce per sempre la contenzione.

Ho accennato anche a particolari norme alimentari ed a regole di vita. Specie nel periodo post-operatorio infatti ed anche nei tempi successivi, bisogna che siano evitate tutte le cause che possono dar luogo ad eccessivi stiramenti delle pareti gastriche. Si ricordi che questa forma morbosa non si

(15) Il Prof. VIVIANI valoroso cultore di Medicina Interna e nel contempo profondo e rigoroso interprete dei rilievi che può fornire la Radiologia ha rivolto da anni a questi sofferenti di gastro-ptosi-ectasia la sua attenzione ed ha verificato quanto sia feconda di bene una terapia chirurgica intesa ed eseguita come è descritto in queste pagine.

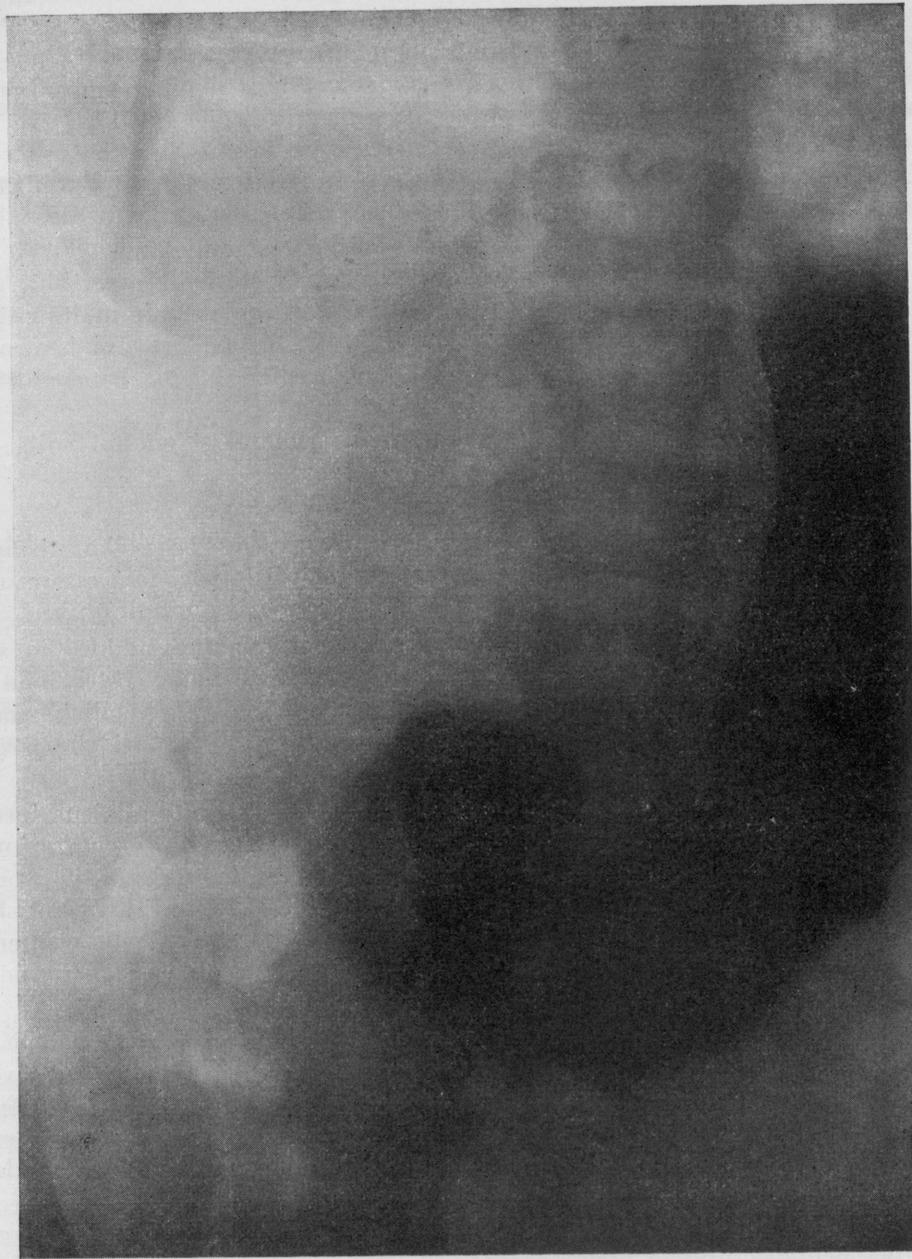


FIG. 13. — Dimostrazione della stabilità degli effetti dell'operazione. Lo stesso viscere della fig. 12 radiografato *dopo quattro anni*. Lo svuotamento gastrico si effettua dopo tre, quattro ore.

riscontra mai nei quadrupedi, ma solo nei bipedi, quindi l'atteggiamento del corpo va curato in modo da evitare qualsiasi gravame sullo stomaco in posizione eretta; non si permetterà pertanto all'operato di abbandonare la posizione orizzontale a letto prima di tre o quattro settimane dal giorno dell'operazione. Lasciato poi il letto si dovrà prescrivere di non camminare a lungo specialmente dopo aver assunto cibo e di non dedicarsi, dopo aver ingerito gli alimenti, ad occupazioni che necessitino la posizione eretta, a somiglianza di quel pittore che subito dopo il pasto si metteva a dipingere grandi tele, o quell'impiegato postale che appena mangiato si dedicava, in piedi davanti al casellario, alla partizione della corrispondenza.

Si dovrà inoltre suggerire la scelta di sostanze facilmente digeribili, poichè si tratta di individui in cui il succo gastrico non suole essere molto attivo. Per evitare quindi che lo stomaco sia costretto a troppo gravoso lavoro di rimescolamento, oltre prescrivere cibi facilmente digeribili, è bene esortare a mangiare adagio e masticare a lungo.

Sarà poi ben fatto che la ingestione degli alimenti si effettui volta per volta in piccola quantità e ad intervalli di 4-5 ore.

In riassunto si può dire:

— La gastro-plasi-ectasia atonica è una forma morbosa che, benchè spesso ripeta la sua origine da una condizione costituzionale, può essere utilmente e stabilmente corretta purchè si ricorra a « *mezzi appropriati* »:

— fra questi « *mezzi* » quello chirurgico, col quale si adduce lo stomaco verso la sua morfologia normale e che consiste nella costruzione di *plicature* delle sue pareti, è il più efficiente, a condizione che le *pliche* siano effettuate avendo per norma le disposizioni delle fibre muscolari che governano le forze contrattili del viscere;

— con questo preciso procedimento lo stomaco, restituito alla sua forma e capacità normali, acquista col tempo una rinnovata energia di contrazione. Ciò in armonia con quanto A. Codivilla aveva affermato intorno alla possibilità di ridare, come Egli si esprimeva, « LA POTENZIALITÀ FUNZIONALE » ai muscoli striati, una volta che questi avessero minorato per rilasciamento il loro tono; postulato che ha identico valore per i muscoli lisci anche dello stomaco;

— questo provvedimento operatorio ha un duplice valore, poichè da prima adduce alla restaurazione della forma del viscere, ed inoltre col rivolgersi alle sue forze insufficientemente operanti ma ancora vive, le aiuta a sviluppare nuove energie. Desso provvedimento mette anche una volta in evidenza l'immensa portata dei principi naturalistici che dovrebbero presiedere sempre all'applicazione di tutte le provvidenze terapeutiche;

— la stabilità degli effetti benefici di questa operazione è ottenuta bensì da una ben disciplinata opera chirurgica, ma anche da successive pratiche integrative che concernono il metodo di alimentazione e le regole di vita;

— per il conseguimento di una terapia veramente proficua di questi malati, compresi quelli di cui dirò in appresso, sarebbe sempre preziosa la collaborazione, come ho accennato, del Chirurgo e dell'Internista ed anche del Radiologo; ed aggiungo che sarebbe ottima circostanza che tanto l'Internista che il Radiologo fossero ognora vicini al Chirurgo assistendo per cia-

scun caso *di persona* all'atto operatorio e che seguissero poi per lungo tempo l'operato fornendo tutti quei suggerimenti che potessero esser tratti dai loro rilievi a più sicura stabilità degli effetti della operazione.

È ben vero che la disamina che ho avuto occasione di fare per molto tempo della differente struttura del complesso intellettuale e culturale degli Internisti in comparazione della struttura dello stesso complesso intellettuale dei Chirurghi mi ha spesso fatto constatare l'enorme difficoltà che si oppone al raggiungimento di una armonia di vedute comune agli uni e agli altri. Ma ad ogni modo non mi sembra di poter esimermi, per un maggior progresso della terapeutica e quindi per un maggior vantaggio dei malati, dall'invocare, almeno in questo caso, una massima concordanza di pensiero e di azione.

Da tutto quanto si è detto reputo che si sia autorizzati a considerare come affermazione fallace quella che si inserisce in taluni Trattati e si pronuncia categoricamente in alcune Scuole di Medicina:

« Per combattere la gastro-ptosi-ectasia l'intervento chirurgico non è da consigliare ».

Questa che si suole ammannire come espressione di una verità sicura, non si riferisce altro che ad una opinione che va compresa nel detto di A. Bier: *« La Scienza Medica è l'errore dell'oggi »* o meglio, giacchè questo del Bier può risultare come un detto troppo assoluto, va compresa nella proposizione che misi innanzi in altro scritto (1):

« Nella scienza dell'essere umano molte nozioni che sono indicate come acquisizioni definitive devono di tempo in tempo essere in tutto od in parte corrette ».

Nei riguardi della gastro-ptosi oggi si dovrebbe scrivere ed insegnare in sostituzione della frase surriportata:

« Per combattere la gastro-ptosi-ectasia l'intervento chirurgico è da consigliare ove sia effettuato con criteri bene appropriati ».

Ptosi-ectasia atonica del cieco.

In un trattenimento Clinico che tenni in Trieste a quella Associazione Medica nel dicembre 1929, pubblicato anche in *Gazz. Int.le di Med. Chir. di Napoli* del 1930, ebbi l'opportunità di esporre alcune considerazioni sulla parte che taluna volta prende l'intestino grosso nel determinare o nell'accentuare il ritardo della progressione del suo contenuto.

Presentai allora vari casi clinici in cui le deficienze del transito del materiale intestinale erano dovute a traslazioni con distensione di questo o quel segmento del grosso intestino, e mi soffermai particolarmente a dimostrare l'ufficio che doveva essere attribuito al *segmento cecale* quale principale centro regolatore del movimento delle ingestate verso il resto del tubo digerente; ufficio sulla cui importanza in generale non s'era a sufficienza rivolta l'attenzione nè dai medici nè dai chirurghi.

Dicevo allora che, per rendersi ragione di molti fatti anormali, conveniva aver presente alcune particolarità di struttura del cieco, cui corrispon-

(1) Di una così della *« Nuova Operazione »*, *Politecnico*, Sez. Prat., 1937.

dono certe proprietà funzionali ben poco od imperfettamente prospettate nei libri di fisiologia (Luciani, Züntz, Tiegerstedt). Ciò era necessario, non solo per un bisogno di conoscenza, ma anche per avere una valida guida sulla scelta di eventuali provvedimenti di carattere chirurgico, come quelli che allora esposi e che alla prova dei fatti erano risultati fecondi di beneficio.

Tornando oggi sullo stesso argomento non mi sembra superfluo ribadire che:

— la situazione del cieco posto fra il digiuno ed il resto dell'intestino grosso,

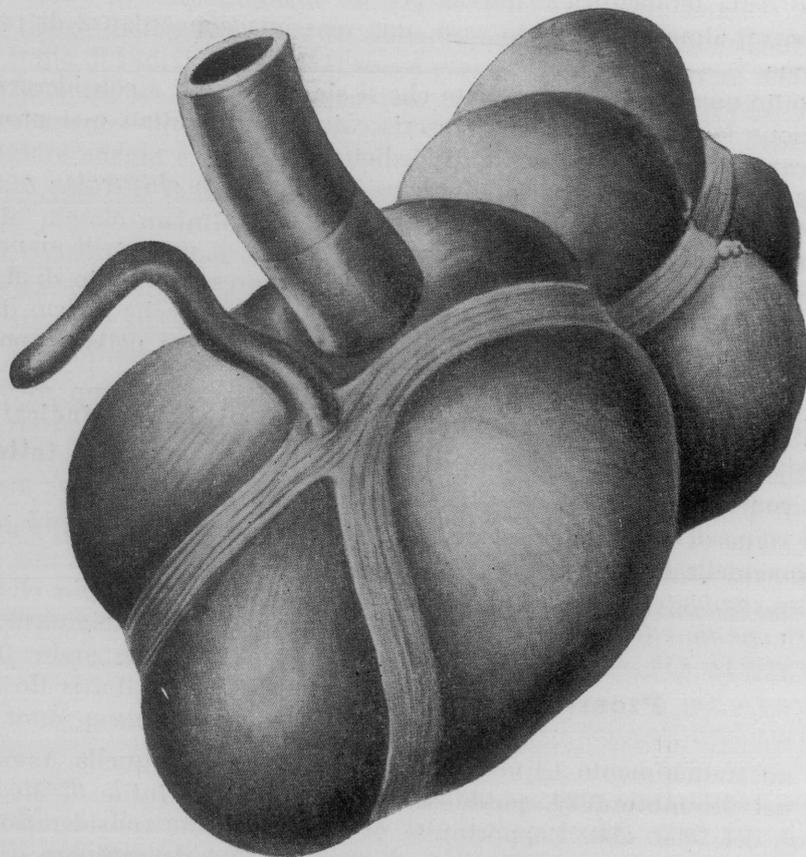


Fig. 14. — Figura riprodotta dalle magnifiche tavole del grande anatomico bolognese LUIGI CALORI che mette in evidenza l'ordegno di *sollevamento* delle ingesta verso il colon ascendente.

— la sua forma particolarmente globosa,
— il suo apparato muscolare avente una struttura tutta speciale, costituiscono un ordinamento morfologico-funzionale che fa di questo segmento d'intestino come una specie di serbatoio destinato in prima a dare ricetto alle ingesta che gli pervengono dal digiuno per ivi sostare un dato tempo; quando poi la massa delle materie ha qui subito talune modificazioni nel suo chimismo e nella sua consistenza, interviene l'ordegno muscolare che provvede alla sua progressione; occorre por mente che cotesto organo

ha una costruzione quale non si riscontra in tutto il resto dell'economia; esso cioè è fornito di tre elementi muscolo-elastici che, originali da prima in forma di *un nodo* in corrispondenza del fondo del viscere, risalgono divaricandosi e si dispongono poi quasi equidistanti e paralleli lungo le pareti verso il colon ascendente e le porzioni distali del colon-sigma. Degno di nota è un particolare, che cioè dei tre elementi, il postero-interno dal nodo originario sale rettilineo a rimosso dell'orificio digiuno-ciecale (fig. 14).

Il fermare bene l'attenzione sopra queste disposizioni mi pare importantissimo perchè ciò vale ad intendere, più esattamente di quello che risulta dai trattati di fisiologia, come si svolga il complesso funzionale di questa porzione dell'intestino.

Si legge nei trattati: « la peristalsi del cieco è una continuazione di quella del digiuno ». Questa è una frase così sommaria ed inesatta che non esprime con proprietà come si svolge l'atto che eseguisce il cieco per inoltrare il suo contenuto. Non si tratta di una *peristalsi* che abbia i caratteri di quella del digiuno, ma di una azione contrattile che si svolge precisamente così:

nel momento in cui, per opera di vari stimoli di natura meccanica e chimica, l'apparato nervoso comanda alla muscolatura intrinseca del cieco di contrarsi, le tre bandarelle congiunte nell'estremo inferiore dell'organo a forma di tripode sollevano il fondo del viscere, ed allora il contenuto viene sospinto in alto ed in dietro nel colon ascendente. Nello stesso tempo la contrazione della bandarelletta postero-interna, effettuandosi di conserva con le altre due, provvede alla chiusura dell'orificio ileo-ciecale a ridosso del quale decorre, ed impedisce validamente che il contenuto refluisca nel digiuno.

Non si tratta pertanto di *peristalsi* simile alla digiunale, ma di un atto *speciale di sollevamento* che va considerato in modo particolare, prima di tutto per necessità scientifica e poi, per il nesso che può avere con dei provvedimenti d'indole pratica, voglio dire *chirurgica*.

Una gran parte di quegli AA. che si occuparono delle deficienze di movimento delle ingestate dell'intestino, compresi quelli che credevano d'indicare le cause della « *costipazione abituale* » o « *stipsi intestinale cronica* », attribuirono una grande importanza:

- alle membrane pericoliche,
- alle perivisceriti,
- alla ripiegatura di Lane,
- al cieco mobile, ecc. ecc.

Ma si è dovuto riconoscere che tutte queste condizioni non costituiscono (s'intende entro certi limiti) cause così frequenti ed efficienti di impedimento funzionale come in un primo tempo si era ritenuto.

Specialmente le « *viscero-lesi* » che con grande premura si andarono operando da moltissimi chirurghi, diedero motivo a ben frequenti delusioni terapeutiche, non tanto perchè, come si andava ripetendo, le perivisceriti tendessero una volta operate a recidivare, quanto perchè la ragione dei fatti morbosi che avevano presentato i pazienti non dipendeva dagli accusati fatti aderenziali, ma da altre condizioni patologiche.

Oltre che alle « *aderenze* » ed alle membrane che si rinvenivano addossate a questo o quel segmento colico, furono assegnate molte colpe anche al *cieco mobile*.

Il cieco molto spesso si trova più o meno dislocato dalla sua sede sia per fatto congenito, che pure può avere una parte notevolissima nel determinismo del dislocamento, sia per ragione acquisita, nel senso che le pagine del meso possono, con l'intervento di vari fattori, assottigliarsi ed allungarsi sì da permettere all'organo una mobilità amplissima che consente poi ai radiologi ed ai chirurghi di rinvenirlo largamente migrante nel cavo peritoneale. L'Hausman, che fu uno dei primi a portare l'attenzione su questa migrabilità, raccolse in breve 143 casi; ma è da notare che, per quanto l'organo sia mobile, non suole cagionare notevoli deficienze funzionali, ove non insorgano talune circostanze di natura intrinseca ed estrinseca. Accade per il cieco mobile quello che si osserva in occasione della mobilità di altri visceri quali il rene, il fegato, il sigma, lo stomaco... i quali possono essere mobili al più alto grado senza procurar molestie finchè non intervengano nuove condizioni (lors'anche preparate od almeno favorite dalla eccessiva mobilità) che costituiscono il fattore necessario perchè si riveli una fenomenologia morbosa. Lo stomaco, ad esempio, anche quando è mobilissimo suole conservare funzioni regolari finchè non sopraggiungano nuovi fatti, così che è dato di verificare, anche radiologicamente, che stomaci ampiamente dislocabili dalla loro sede sono capaci di uno svuotamento normale, qualche volta anzi accelerato, nel quadro Clinico di uno stato digestivo perfetto; nei medesimi si manifesta una sintomatologia patologica solo quando si produca, per esempio, un certo grado di eclasia-atonìa, o si associno particolari alterazioni dei segmenti duodenali specie in sede, come già accennai a pag. 25, di « *genus superius* ».

Non in modo identico, ma molto somigliante, accadono i fatti nel caso di cieco mobile. Anche qui le funzioni si compiono solitamente come se la migrabilità non esistesse, purchè non intervengano nuove circostanze in gran parte derivanti anche dalla speciale conformazione dell'organo e dal suo destino funzionale.

Alludo a:

— flore batteriche che possono in certi momenti svolgere attività particolarmente nocive;

— perversimenti del chimismo, cui può andar soggetta la massa fecale quando si soffermi di soverchio nel loculo, donde lo sviluppo di sostanze auto-tossiche, specie da albumine incompletamente trasformate, capaci di effetti nocivi locali ed a distanza;

— torsioni, forse temporanee, ma molto spiccate, cui possono susseguire turbe circolatorie specialmente venose (iperemia passiva) e linfatiche, tanto nella intimità del viscere che in sede dei suoi mesì e dei visceri contigui (appendice; ultima ansa del digiuno).

Nel contempo può non rimanere estraneo l'apparato nervoso dell'organo in modo da cagionare patimenti locali con manifestazioni molto vivaci a distanza dell'apparato vago-simpatico.

Si tratta di circostanze che possono trasformare una condizione di mobilità per lungo tempo rimasta innocua, in un'altra capace d'indurre persino pericolo di vita.

Voglio riferirmi a volvuli, a peritifiti, a mesenteriti, a forti dilatazioni dell'ansa terminale del digiuno, ad appendiciti, a sindromi nervose, a tifloectasie atoniche, ecc.

Mi soffermo a considerare questa ultima evenienza nel qual caso si suole manifestare un complesso di sintomi che vanno da eventuali intumescenze e dolorabilità in sede di fossa iliaca, a disordini nel ritmo di progressione delle ingesta, si da indurre nel giudizio di tifo-appendicite cronica. Molti chirurghi, fors'anche dando valore alla nozione fornita dai radiologi per la quale allo schermo l'appendice, iniettata col mezzo di contrasto più o meno regolarmente, era risultata dolorosa alla pressione, operarono con la diagnosi di « *appendicite cronica* », attenendosi alla sola ablazione del verme.

Ma l'esito dell'operazione non corrispose ben di frequente alla aspettativa, poichè la maggior parte dei « *pazienti* » ritornavano ai curanti lamentando di « *soffrire come prima e qualche volta più di prima* » (Gamma).

In una adunanza delle Assise di Medicina del 1936 e nel Policlinico (16) credetti di mettere in rilievo il fatto che cotesti malati, in realtà sofferenti nell'appendice, non traevano dalla operazione quei vantaggi che si presumevano perchè la compromissione dell'appendice non era altro che un epifenomeno di una condizione morbosa più estesa che aveva sua origine dal cieco e che si era diffusa in secondo tempo all'appendice. In tal modo il chirurgo, togliendo quest'ultima, non rimuoveva che una *parte* di un *tutto* che rimaneva in patimento: il cieco su cui il chirurgo non aveva esteso una sufficiente attenzione era rimasto un « *dimenticato* » capace di produrre quelle molestie che gli operati avvertivano « *come prima e più di prima* ».

Si tratta di una serie di malati in cui il cieco, forse in un primo tempo mobile e poi divenuto ectasico ed atonico anche in conseguenza di episodi legati ad abnormi pullulazioni di germi e ad alterato chimismo delle ingesta, il cieco, patisce di una alterazione delle sue pareti, specialmente nella mucosa e nella sottomucosa, cui non rimane indifferente la annessa appendice che, direi quasi necessariamente, è tratta a partecipare, per continuità, al fenomeno anatomo-patologico ciecale. Gli è per ciò che nella massima parte delle appendici asportate con la diagnosi di appendicite cronica gli istologi rinvennero bensì le infiltrazioni parvi-cellulari caratteristiche della flogosi cronica, ma questo è un reperto che non rappresenta altro che una continuazione, una diffusione dell'avvenimento iniziale a sede cieco-colica.

Stando così le cose, ove il chirurgo si proponga di far opera veramente e compiutamente proficua, non dovrebbe mai « *dimenticare* » il cieco, ed esportare bensì l'appendice, ma provvedere *anche* a correggere le condizioni patologiche di questo tratto d'intestino.

Vi sono stati d'altra parte dei chirurghi che, invece di praticare la sola appendicectomia, attribuendo al cieco una parte eccessiva nella produzione dei fenomeni morbosi, non solo lo *resecarono*, ma estesero la demolizione anche al colon ascendente. Ricordo, fra gli altri, due francesi. E. Desmarest ed O. Mercier che, dedicati a cotesta chirurgia di ablazione, inflissero la loro frenesia demolitrice ad una ventina di malati. Ma si tratta di chirurghi dediti a quegli *stravizi*, quasi *sollazzi* chirurgici che non meritano di essere citati se non per disprezzarli, o deplorarli quali manifestazioni di individui « *fuori-usciti* » dall'ordine sano e normale della chirurgia, come già ricordai a pro-

(16) B. SCHIASSI. *L'appendice cronica è un mito?* Policl., Sez. Prat., Roma, 1936.

posito delle gastrectomie nel corso di questo scritto a pag. 15, e nel « *Mens agital molem* » a pag. 59, Pol., Sez. Chir., Roma, 1936 (17).

Ho detto « *correggere le condizioni morbose del cieco* ».

In che modo?

Ho esposto più sopra come deve essere intesa la genesi della tilfoectasia e quanta parte debba avere il microbismo ed il perversimento chimico delle ingesta nella produzione dei fatti patologici, non esclusi quelli importantissimi d'ordine nervoso che si possono manifestare specialmente sotto forma di vago-tonie.

Ora proponendoci di applicare una cura non demolitrice, ci dobbiamo soprattutto rivolgere a ricondurre il viscere verso la sua morfologia e la sua funzione normali, tenendo conto che le alterazioni della mucosa e della sottomucosa in questo genere di malati, tutte di natura benigna, sono suscettibili di regressione e di « *restitutio ad integrum* ».

La restaurazione della forma del cieco può essere ottenuta con la costruzione di appropriate plicature, similmente a quelle descritte per ridurre la forma dello stomaco. L'idea di utilizzare questa operazione per l'intestino grosso, fu concepita dal Parlavecchio che ne dimostrò la efficienza con esperienze sugli animali. Il Romano e poi P. Bastianelli furono i primi a giovarsene nell'uomo con risultati incoraggianti.

Ma se dall'idea del Parlavecchio e dai successi ottenuti dal Romano, da P. Bastianelli e da altri si ebbe la dimostrazione della bontà del principio generico degli accorgimenti plicanti, è da osservare che le *modalità* secondo le quali furono costruite le plicature hanno un carattere d'imperfezione anzi di insufficienza che deve esser corretto.

Difatti, come descrive Prospero Amorosi (18), il Parlavecchio ed imitatori si proposero di « restaurare il calibro del colon dilatato fino a ricondurlo alle dimensioni normali a mezzo di pliche *longitudinali* infossate addossanti la « tenia latero-esterna all'anteriore... donde la plica abbozza la formazione di « un'ampia plica *longitudinale* infossata nel lume ».

(17) Si tratta di atti chirurgici promossi dallo spirito di taluni manovali della chirurgia che si avventano contro questo o quell'organo per demolirlo in tutto o in parte senza una ragione adeguata. Sono costoro dei profittatori della facile ammirazione che suole concedere la plebaglia della intelligenza agli esibitori delle virtù della mano, i quali appartengono a quella specie perversita di chirurghi che come ricordavo in « *Mens agital molem* », il Freud ebbe a classificare fra coloro in cui la « *libido* » li sospinge a compiere azioni che possono essere tollerate dalla Società ed anche approvate dalla loro elastica coscienza, ma che derivano da una imperfetta sanità psico-morale. Si tratta di un genere di manifestazioni psico-motorie che lo stesso Freud fa dipendere da quella « *libido* » per cui questi operatori volgono le loro azioni verso possibilità che favorite da una parte dell'incosciente non sono abbastanza represses dalla morale comune. Doveva probabilmente riferirsi a costoro G. B. Shaw quando nel « *Dilemma del Dottore* » scriveva: « Questa professione non è nobile, è infame; il tragico della malattia consiste nel fatto che essa vi consegna impotente nelle mani di professionisti che sostengono e praticano gli atti più gravi giustificandoli con argomenti che tendono a rassicurare il pubblico ma che costituiscono le menzogne più enormi e più spudorate ». Ritengo che G. B. Shaw abbia inteso di alludere a « *quidem inter multos* » non a tutti i professionisti; di alludere cioè a quei tali indicati dal Freud che invasi da una specie di sadismo operatorio sfuggono alle leggi della morale (*).

(*) Vedi anche: H. WOLF. *La psicanalisi*, Brescia, 1936.

(18) Prof. PROSPERO AMOROSI. *Interventi stenoplastici*. Tip. Pansini, Bari, 1926.

Ora è da rilevare che questa tecnica plicante se raggiunge l'effetto di ridurre l'ampiezza del viscere nel suo asse trasversale, non influisce che scarsamente sulle sue forze di propulsione, e che se può esser riguardata come un apprestamento *morfologico*, non ha verun carattere *biologico* in quanto non si rivolge a soccorrere le proprietà *vive* insite nella muscolatura dell'organo. Le quali, derivando sopra tutto dalla contrazione delle tenie, non possono essere a sufficienza avvantaggiate da plicature costruite in senso longitudinale.

Per porre in grado i muscoli principali dell'organo di riacquistare nuovo vigore, occorre *invertire* il modo di costruzione delle pliche da longitudinale in *trasversale* ed allora, in armonia col postulato di A. Codivilla che ho già richiamato a proposito delle plicature dello stomaco a pag. 24, il viscere impicciolito di ampiezza è anche messo in grado di sviluppare quella nuova « *potenzialità funzionale* » che è possibile riconferire ai muscoli messi operativamente nelle condizioni indicate da quell'A. e sulle quali credo di essermi intrattenuto chiaramente nelle pagine precedenti.

In quanto ai particolari di tecnica dirò:

L'appendice può essere sempre rimossa, ma la sua asportazione è bene sia effettuata, per ragioni ovvie, *dopo* compiute le plicature. Come tempo preliminare può essere intanto opportuno recidere il mesovermio e legare i vasi pertinenti.

Si procede poscia alla costruzione delle pliche, ciò che si effettua con una tecnica facilissima, ma che richiede due precauzioni:

1) che la mano del chirurgo sia già ben esercitata nel passaggio degli aghi-fili nella intimità delle pareti del viscere;

2) che l'architettura *normale* del cieco sia tenuta ben presente nel disporre il numero e la direzione delle plicature.

Per la prima condizione ho già ricordato, e lo ripeto anche qui, che A. Carrel raccomandava che, prima di operare sull'uomo, il chirurgo si sia esercitato su visceri di animali, oppure sopra due fogli di carta velina sovrapposti per esercitarsi a comprendere solo il foglio superiore. Totale addestramento è necessario nelle plicature del cieco più che in quelle dello stomaco, perchè in ciechi ecclastici si possono rinvenire pareti così assottigliate da offrire il pericolo ad una mano poco esercitata, di scorrere con l'ago-filo nell'interno del viscere e trascinare al di fuori germi capaci di dar luogo poi a fatti peritoneali fors'anche mortali (come è avvenuto a qualcuno).

Quanto alle alterazioni morfologiche conviene dire che si possono incontrare ciechi tanto deformati da bozze irregolari da richiedere un contegno ben disciplinato per ricondurli alla loro morfologia fisiologica.

Le plicature poi vanno costruite avendo cura di rispettare in particolar modo la zona in cui l'ansa del digiuno s'immette nel cieco, la zona cioè della così detta « defecazione interna », altrimenti può accadere quello che a più di un chirurgo è accaduto, di veder insorgere dopo l'intervento, dei fatti più o meno gravi di stenosi *chirurgica* dell'orificio ileo-ciecale.

Alla laparotomia laterale, una volta estrinsecato e disteso il cieco col suo asse maggiore rivolto in alto e leggermente all'esterno, si mette bene in evidenza l'ansa terminale del digiuno. Dopo di che l'ago, munito di filo-seta 00, non deve essere passato comunque nelle pareti sulla guida delle gibbosità che si presentano spesso, come si è detto, con una certa irregolarità.

ma secondo la norma indicata dal decorso delle tenie che salgono dal fondo del viscere. Ciascuna plica deve raccogliere una parte della parete ciecale in senso assolutamente *perpendicolare* alle tenie, perchè non si tratta solo di ridare al viscere la sua forma vicina alla normale, ma di offrire con le plicature, alle forze che ancora sussistono, dei tratti di appoggio in zone ed in direzioni ben determinate, le quali forze sono insite precisamente negli elementi muscolo-elastici rappresentati soprattutto dalle tre tenie (fig. 15, 16).

E necessario tener sempre presente che la funzione essenziale, motoria, del cieco non ha il carattere di una *peristalsi*, ma di una *elevazione* affidata

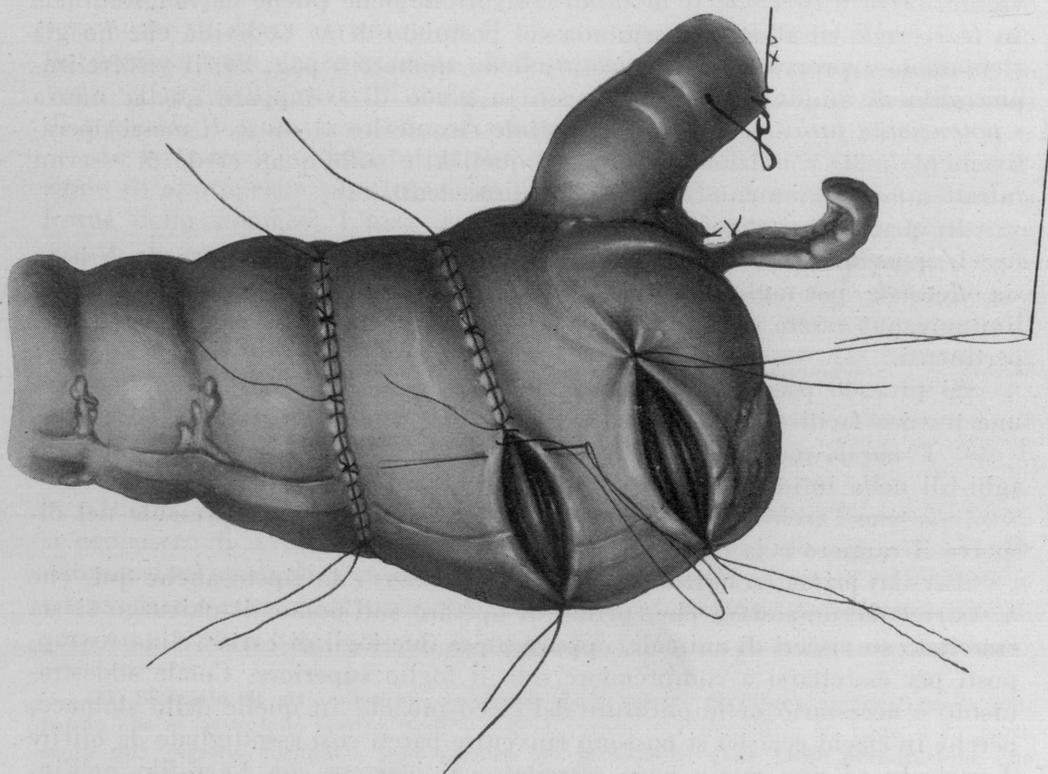


FIG. 15. — Dimostrazione del processo di elezione per la costruzione delle plicature *transversali*. L'ago-filo comprende nel suo passaggio la plicatura in modo da evitare una introflessione della parete verso la cavità. Il meso-vermio è reciso quale primo tempo ed i suoi vasi sono legati, riservando poi ad un ultimo tempo la ablazione della appendice.

particolarmente alle tenie. Per ciò le plicature vanno formate come ho indicato: si ottiene così che i tratti muscolo-elastici interposti fra una plica e l'altra, acquistano, secondo il *principio* che ho ripetutamente enunciato, le proprietà energetiche che valgono a conferire all'organo nuovi vigori propulsivi.

I punti-base devono essere collocati esattamente equidistanti.

A plicature effettuate, il viscere non deve presentare gomitate nel senso del suo asse longitudinale, che deve risultare sempre rivolto in alto ed un poco all'esterno.

Le suture, fra punto e punto-base, è bene siano fatte sul tipo *da asolaio* ad evitare eccessivi accartocciamenti.

Eseguiti uno o più ordini di plicature a seconda della riduzione che si reputa di dover dare all'organo, si procede alla demolizione dell'appendice, già in primo tempo liberata dal suo meso, ed alla peritoneizzazione della sua zona d'impianto, cercando sempre, si ripete, con *particolare attenzione*, di non restringere lo sbocco della vicinissima ansa digiunale nel cieco (fig. 16).

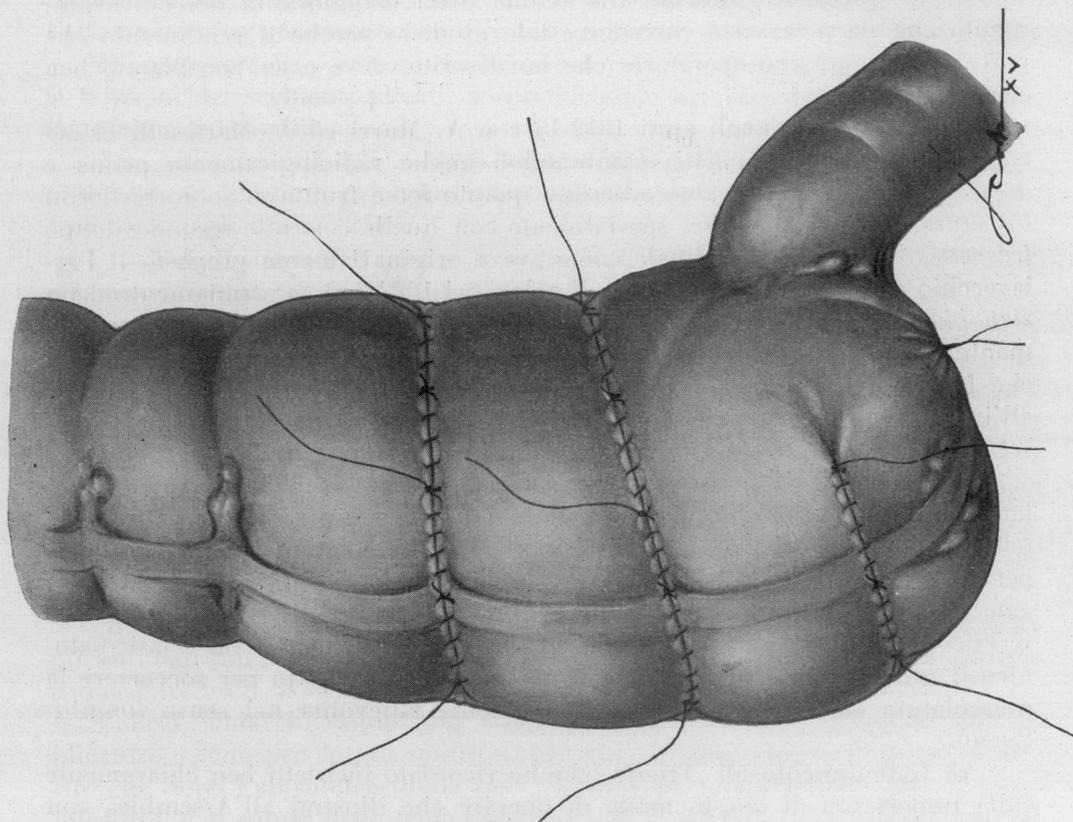


FIG. 16. — Suture plicanti ultimate seguite dall'ablazione della appendice e da peritoneizzazione della sua zona d'impianto.

Ci si deve poi astenere da qualsiasi atto di *pessia* che fissi in qualunque modo il cieco al quale deve essere conservata totalmente la libera esplicazione delle sue proprietà contrattive.

Chiarimento sul valore dell'operazione.

Il valore di questa operazione che deriva da un duplice rendimento d'ordine morfologico e soprattutto biologico, voglio dire funzionale, non è stato quasi affatto compreso dalla generalità degli Internisti ed in ispecie dai Chirurghi come si può inferire dalle recentissime relazioni di due Chirurghi ai Congressi in Roma nel 1934, della Società Italiana di Chirurgia ed al Cairo, 1935, della Società Internazionale di Chirurgia, relazioni con le quali i due AA.

hanno creduto di prospettare lo stato attuale della chirurgia del colon. I due relatori, L. Dominici per il Congresso di Roma, e J. Schöemaker per quello del Cairo, esponendo nel prodotto delle loro curve fatiche di compilazione l'opinione generale riferentesi alle plicature con l'aggiunta di qualche... *pensiero* personale hanno affermato l'uno, il Dominici, che: « *le colon-plicature non hanno più che un valore storico* », l'altro, lo Schöemaker, che: « *gradualment on a quitté ces opérations* ».

Ma se questo è conforme alla veduta della maggioranza dei chirurghi, reputo che sia necessario correggere tale giudizio perchè il rendimento che può dare il conlegno operatorio che ho descritto deve esser considerato ben altrimenti.

Fin da quando negli anni 1912-13 con A. Murri ed A. Martinelli ci occupavamo di questi malati esaminandoli anche radiologicamente prima e dopo le operazioni, avevamo accertato quanto fosse fruttuoso soccorrerli con l'operazione delle plicature, specialmente con quelle costruite secondo il tipo *trasversale* e non *longitudinale* come aveva originariamente secondo il Parlavacchio quando aveva ideato per il colon nel 1902-3 il suo trattamento detto *stenoplastico*. Questo particolare di tecnica che potrebbe sembrare di poco momento a qualche superficiale impressionista (ci sono degli *impressionisti* anche fra i chirurghi) ha invece una importanza *sostanziale* perchè conferisce all'intervento delle proprietà molto più efficienti ai fini delle funzioni del viscere di quelle che possono derivare dalle plicature longitudinali.

Solo per chi ne avesse bisogno si ripete qui quello che ho già fatto notare per lo stomaco: che cioè il criterio più efficace per ottenere effetti benefici è quello che ha per base la disposizione muscolare del viscere; e come per lo stomaco il soccorso alla muscolatura va rivolto alle fibre già allungate in senso verticale, disponendo le plicature, non a zig-zag come faceva il Tricomi, ma in senso *trasversale*, così anche per il cieco-colon ectasico-atonico il procedimento *trasversale* è il mezzo più appropriato per soccorrere la muscolatura che suole essere prevalentemente affievolita nel senso *longitudinale*.

Al trattamento di Trieste che ho ricordato insistetti ben chiaramente sulla importanza di questo modo di operare che illustrai all'Assemblea con parecchie proiezioni nei suoi vari momenti; poi negli Atti dell'Associazione inserii alcune figure a sempre maggiore delucidazione.

Il prof. Antonio Biancheri, da gran Signore dell'intelletto qual'è, sempre pronto a scorgere le verità scientifiche e cliniche, avendo rivolto l'attenzione a questo problema ne vide subito la soluzione nella sua essenza unitaria, morfologica e funzionale, ed operò di conseguenza. Al Congresso di Parma del 1927, Egli comunicò numerosi successi da lui riportati in Clinica, ma molli dei presenti sia Chirurghi che Internisti non vi « *badarono* », e vi fu anzi qualcuno che, senza prendere ufficialmente la parola, volle pure dire... *la sua*, rivelando la sua incomprendione col mormorare ai seduti circostanti alcune frasi che chiamerò con molta indulgenza... *inintelligenti*.

Uno sperimentatore valoroso e perspicace, Domenico Biolato di Torino, si dedicò ad una serie di indagini, che riferì al Congresso della Soc. It. di Chirurgia in Roma del 1935, con le quali egli si era proposto di constatare gli effetti delle plicature non solo nei riguardi dei fatti conseguenti tissurali, ma estendendo ingegnosamente le sue ricerche si era dato premura di rilevarne anche gli effetti funzionali.

Per quanto concerne le reazioni dei tessuti i risultati degli esperimenti del Biolato armonizzarono all'incirca con quelli del Parlavecchio, del Gazzamali ed anche con quelli che ottenne R. Strozzi colle plicature dello stomaco. Ma è degno di nota il fatto ben opportunamente notato e ben giustamente interpretato dall'A. che, mentre le pliche *longitudinali* si rinvenivano atrofizzate, in quelle trasversali invece non si scorgevano fatti degenerativi, in quanto la vascolarizzazione della parete intestinale procede da rami che circondano ad anse l'intestino, anse che sono rispettate dalle dette plicature. Fatto anatomico che depono sempre più in favore delle plicature *trasversali*.

Di maggiore importanza risultarono i reperti ottenuti dal Biolato circa le funzioni dei segmenti plicati, sorprendendole nei vari momenti delle loro manifestazioni vitali.

Una volta operati, gli animali vennero sottoposti a stimolazioni pilocarpiniche o ad iniezioni nel lume intestinale di sospensioni di drastici. A ventre aperto, egli osservò che:

— negli operati di pliche *longitudinali* non avvenivano modificazioni dei movimenti normali dell'intestino.

— negli operati di p. *trasversali* le contrazioni peristaltiche vivaci ed efficaci si arrestavano a livello di ciascuna delle sezioni di plicatura per continuare poi nelle successive sezioni, come se le fibre muscolari longitudinali delle tenie trovassero in ogni plicatura dei punti di appoggio, quali rinforzi per le succedenti contrazioni.

Così le belle esperienze del Biolato hanno messo in luce anche una volta la giustezza del « principio » che già aveva concepito A. Codivilla a proposito dei muscoli striati, ma che vale anche per i m. lisci del cieco-colon quando si vogliono restaurare nelle loro forze propulsive.

Il prof. A. Biancheri insistette di nuovo sul rendimento delle operazioni plicanti dell'intestino grosso al Congresso in Roma del 1934, riferendo intorno a quasi trecento osservazioni cliniche seguite da altrettanti successi. Ma un A. Caucci, chiacchierando allo stesso Congresso, venne asserendo che le plicature « sono per lo più inutili ». Ciò non ostante credeva di poter suggerire che dopo l'appendicectomia può ritenersi un complemento utile la *cieco plicatura*, con sutura della *tenia anteriore con la laterale*. Allo stesso Congresso F. Placco, riferendo di un modo di operare di O. Uffreduzzi, prospettava l'opportunità di applicare una sutura continua siero-sierosa con la quale riunire la *tenia anteriore a quella latero-posteriore*.

Senza fare alcun caso ai *chiacchierismi* del Caucci *sulla inutilità delle plicature*, è da notare che tanto da questi quanto dal dimmiurato Placco-Uffreduzzi non è stata scorta la sostanza delle ragioni per cui le plicature possono giovare ai fini funzionali, dato che tutti e tre pensarono alla correzione della morfologia dello intestino e non a rinvigorire le sue proprietà dinamiche. Tanto è vero che si attennero ad avvicinare la tenia *anteriore* alla *latero-posteriore*, operando cioè *in contrario* a quello che avrebbero dovuto se la loro mente fosse stata rivolta giustamente più alle forze contrattili che alla forma.

Anche Ch. Dunet dello Spedale del Cairo, a desumerlo dagli Atti del Congresso Int., gennaio 1936, si attiene alle plicature *longitudinali*. Disse egli e scrisse: « à la ectasie cœcale ou cœco-colique se sont opposés les plicatures « *solidarisant deux bandellettes faites par un surjet coalisant* ».

Ma il collega franco-egiziano ed il trinomio italiano Caucci-Placco-Uffreduzzi or ora ricordato gradiranno assaissimo di rettificare il loro modo di operare istruendosi sulle norme che già esposi molte volte e di recente esaurientemente avvalorate anche dai ricavi sperimentali di Domenico Biolato.

*
**

La visione sintetica di quanto son venuto esponendo autorizza a formulare queste conclusioni:

1) la correzione morfologica chirurgica del cieco ectasico crea una condizione per cui gli stimoli così di natura chimica come d'ordine meccanico promuovono più di frequente quelle contrazioni che impedendo gli accumuli valgono a facilitare il sollevamento e la progressione delle materie;

2) le azioni contrattili più ravvicinate non permettendo una sosta prolungata delle materie nella cavità ciecale fanno sì che la parte acquosa venga assorbita di meno; il contenuto ciecale quindi più molle e di piccolo volume può essere agevolmente sospinto verso i segmenti colici distali;

3) l'orditura muscolare del cieco invitata per ogni contrazione a compiere un lavoro poco gravoso può conservare a lungo ed anche aumentare le proprie energie contrattili ad evitare, magari, eventuali recidive;

4) la riduzione morfologica del cieco determinando una sosta più breve delle materie nella cavità si oppone ai perversimenti del chimismo e quindi allo sviluppo di sostanze auto-tossiche (vagotonie);

5) le circostanze accennate concorrono ad ottenere il risanamento delle alterazioni parietali del viscere che siano già indovate nella mucosa e nella sotto-mucosa;

6) i criteri che governano la restaurazione del cieco possono da soli ed anche associati provvedere anche alla restaurazione dei segmenti distali dell'intestino grosso e concorrere alla risoluzione del grave problema della cura, in molti soggetti, della costipazione cronica o stitichezza abituale eventualmente in dipendenza delle malformazioni di quei segmenti intestinali (fig. 17, 18).

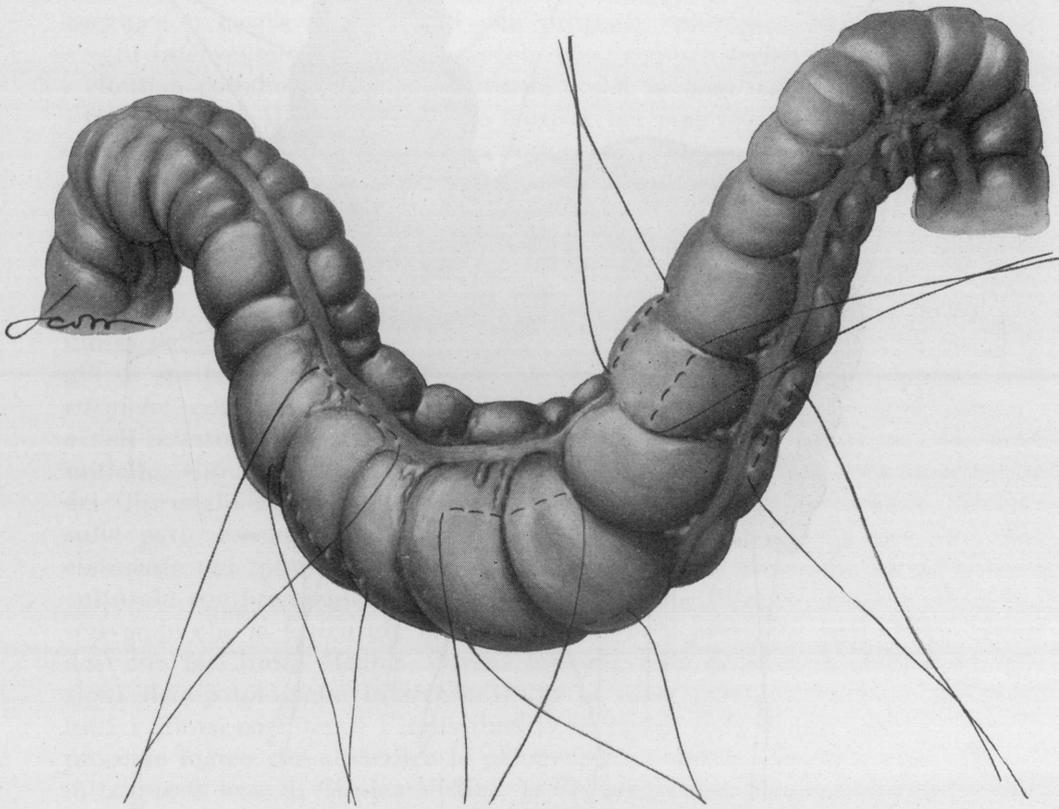


FIG. 17. — Apposizione dei punti di sutura per le plicature del colon trasverso.

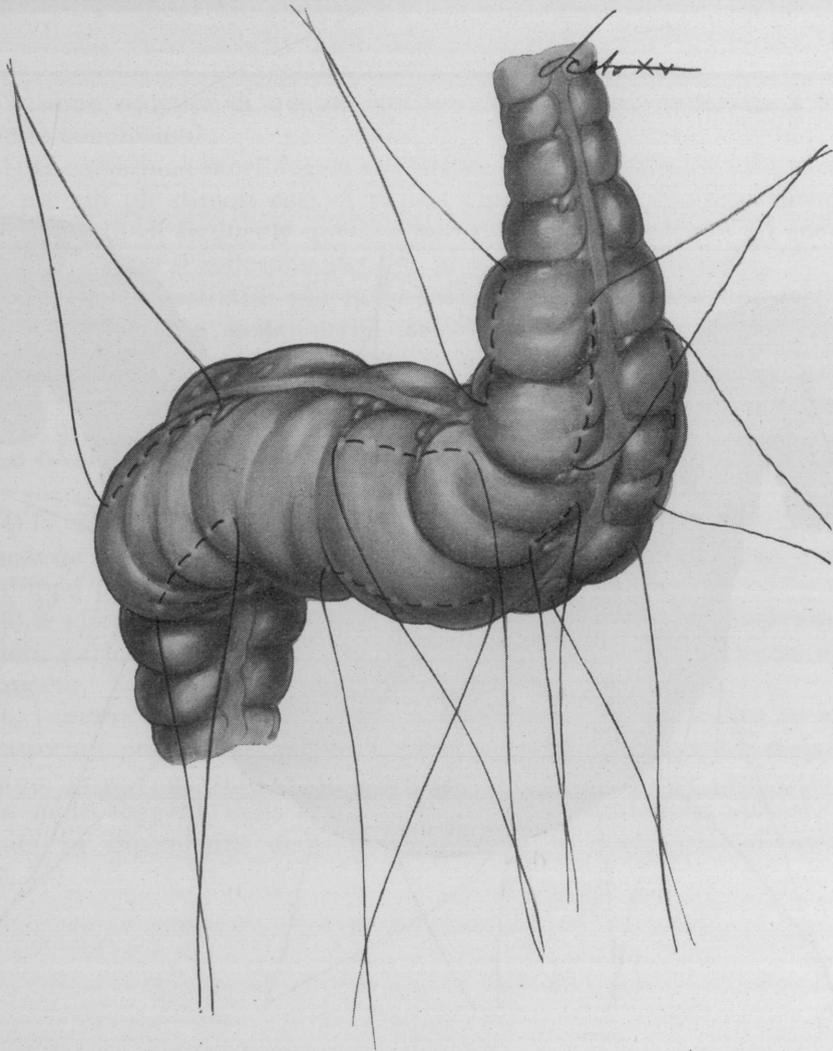


FIG. 18. — Apposizione dei punti per le plicature del sigma.

*
**

Dicevo in principio di questo scritto che la restaurazione morfologica e biologica dello stomaco e del colon plosici-ectasici rappresentava uno dei tanti problemi alla soluzione dei quali è altamente proficua la collaborazione solidale della Medicina e della Chirurgia.

Il prof. N. Pende in una sua conferenza riportata in vari periodici ed anche riassunta in *Annali Ravasini* n. 28, 1936, col titolo « *La mentalità mediterranea nella nuova Medicina dell'Italia Imperiale* » ha richiamato anche una volta quanto sarebbe fruttuosa l'opera armonica dell'Internista e del Chirurgo; e si faceva iniziatore di una proposta: obbligare cioè *per legge* che « ogni intervento anche il più piccolo fosse sempre deciso ed attuato con una effettiva collaborazione del chirurgo e del medico internista... così si potrebbe evitare il danno non solo teorico, ma concreto che le specializzazioni « della medicina e della chirurgia portano al progresso della nostra arte e non « di rado alla vita ed alla borsa del malato ».

I magnifici effetti benefici che possono in realtà scaturire dall'opera concorde del medico e del chirurgo furono da me segnalati con una continua insistenza fin da quando mi feci iniziatore presso la Facoltà Medica di Bologna, 1905, di corsi ufficiali di Chirurgia Medica. La mia iniziativa era promossa dalla considerazione del fatto che ormai un gran numero di malattie, già di spettanza esclusiva della Medicina Interna, tendevano a divenire *chirurgiche*, come molte affezioni del fegato e della milza, molte dello stomaco e dell'intestino, del peritoneo, della pleura e dei polmoni, del cervello e del midollo. Giò posto era conveniente, secondo il mio avviso, che la tendenza dei Chirurghi ad esercitarsi intensamente e prevalentemente nello affinarsi sulla parte esecutiva delle operazioni (ciò che mi sembrava avverarsi specialmente nei giovani) fosse corretta col fornire la mente di un patrimonio culturale comprendente un massimo di Medicina Interna. Andavo dicendo e scrivendo che la Chirurgia moderna mettendosi parallela, anzi compenetrandosi con la Clinica Medica, doveva fornirsi della nozione di tutte le correlazioni fisio-patologiche intercedenti fra le varie parti del corpo e conoscere tutti i fattori costituenti l'individualità morbosa. Solo acquistando l'abito del processo logico che chiarifica la patogenesi e conduce alla diagnosi, solo con tutta questa base di Clinica Medica, la Chirurgia moderna sarebbe stata messa in grado di esercitare proficuamente l'arte sua per un maggior numero di malattie per l'onore della intelligenza umana e la dignità di coscienza di chi la esercita.

Mettevo allora in rilievo l'importanza che avrebbe avuto questo patrimonio culturale quando una persona sola fosse riuscita ad associare nel proprio cervello il senso clinico ed il senso meccanico operatorio acciocchè quello fosse a questo di guida.

Ed in argomento di cultura medico-chirurgica aggiungevo allora una indicazione di una importanza somma che si riferiva ad una condizione senza della quale non mi sembrava doversi esplicare l'esercizio della missione di qualsiasi sanitario: aggiungevo cioè che fin dalle Scuole Universitarie i discenti non avrebbero essere solo **istruiti** nelle materie d'ordine medico ma anche **educati** nelle discipline *morali*. Persisto anche oggi a reputare che il

complesso « *Medicina-Chirurgia-Moralità* » dovrebbe costituire sempre un tutto indissolubile conquistato sin dagli anni universitari tale da rappresentare un insieme armonico di potenzialità medico-chirurgica ed insieme di elevata potenzialità spirituale. Persisto a credere che è necessarissimo che chi si dedica alla Medicina-Chirurgia possieda un insieme armonico mentale e morale in ispecial modo ai nostri tempi in cui molti medici (forse più che altrettanti esercenti alle professioni) sembrano esser tratti verso manifestazioni censurabili precisamente dal punto di vista morale.

E mi conforta che un'altissima personalità dell'ingegno e dello spirito, il P. Prof. Gemelli, abbia di recente avuto ad esprimersi:

« Il problema della educazione Universitaria dei giovani medici è di « natura essenzialmente morale ».

Ed inoltre che A. Carrel nell'or ora comparso *L'uomo questo sconosciuto*, abbia scritto:

« In chi esercita la Medicina è necessaria una maggiore educazione tecnica, scientifica e *soprattutto morale* ».

Ho citato altrove (e ne ho tenuto parola anche in questo scritto alla pag. 34) le gravissime espressioni che ha pronunciato a carico dei medici il pungente irlandese G. B. Shaw, il quale certamente è andato oltre misura; ma si deve convenire che molte delle accuse rivolte a taluni medici di comportarsi cioè contro le discipline morali esercitando, per esempio, il paragone od il zuinaggio, di dedicarsi spesso ad un commercialismo professionale superlativamente odioso, di commettere frodi in scienza ed in professione... non deve esser compatibile col carattere essenzialmente nobile della missione cui è destinato il Sanitario nella Società.

Per parecchie volte ebbi ad insistere che « nell'esercizio della medicina-chirurgia deve sempre intervenire un fattore uguale anzi maggiore dell'elemento culturale ed intellettuale, voglio alludere all'elemento morale: il sentimento della rettitudine deve essere altissimo nello esercizio della medicina in generale e specialmente della Chirurgia » e se nella Scuola di Chirurgia raccomandavo d'essere

« profondi nella conoscenza

« diritti nei ragionamenti »

non tralasciavo di aggiungere d'essere

« onesti nell'azione » (1).

In parecchie altre occasioni ebbi ad insistere per dimostrare sempre più la giustezza di cotale veduta e nei « Valori tecnici e morali del chirurgo » (2) citai molti fattacci particolari per ispirarne la disapprovazione, tanto più che talune di quelle cattive azioni avevano un significato molto grave in quanto erano state perpetrate da individui preposti all'Insegnamento Universitario i quali avrebbero avuto il preciso dovere prima di tutto di un'emplare rettitudine nel contegno personale della vita e poi di adoperarsi intensamente oltre che alla istruzione dei giovani nelle Materie Mediche anche alla **educazione** del senso morale in rapporto alla esplicazione dell'ufficio professionale.

(1) *Tecnica della logica*. Archiv. It. di Chir., fasc. 2, 1924, Bologna. Vedi anche: *Lezione di chiusura con particolare riguardo alla dirittura morale in Chirurgia*. Clinica Chirurgica di Modena, 1924-25. Poligrafici di Bologna, 1925.

(2) *Gazz. Int. di Med. Chir.*, 1935, Napoli.

Ricordo che allora fu fatto un rimprovero al mio dire; ma la qualità del rimprovero era la misura di chi lo profferiva. Quindi non ne tenni e non ne tengo alcun conto. Ed oggi continuo a credere che la istruzione-educazione dei giovani medici dovrebbe essere impartita nelle Scuole Universitarie da Insegnanti sicuramente degni e lo credo anche non ostante che un distintissimo Collega a commento della lettura della pubblicazione ora citata mi abbia fatto osservare che il mio dire era « *vox in deserto* ».

Gli è che non mi sento di rinunciare ad una ben salda convinzione per la quale reputo, come dicevo, essere il senso morale ben più importante della intelligenza e del sapere, e non vi rinuncio anche se cotale convinzione possa sembrare una super-ideologia anacronistica come potrebbe apparire a qualche Autore (come A. Carrel e G. Cremonese) che già si è espresso in senso pessimistico sulla moralità generale dei tempi moderni (1).

Il prof. Pende poi ha pensato e scritto che « un Chirurgo non possa essere preparato ad abbracciare, come l'Internista, con mentalità sintetica tutta la « costituzione del soggetto e lo stato di resistenza e di sofferenza di tutti gli « organi oltre quello sul quale si deve portare la mano demolitrice o riparatrice » ed è per questo che egli avrebbe concepita l'idea che al Chirurgo fosse sempre associato un Internista che assumesse col Chirurgo la responsabilità della indicazione dell'atto operatorio, della resistenza generale del paziente all'operazione, del decorso post-operatorio. E questa associazione dovrebbe, secondo questo A. esser disposta *per legge*.

Il dott. A. Cocchi, fra quelli che sono stati invitati ad esprimere il loro parere sulle idee del Pende, faceva rilevare negli annali Ravasini (n. 2, 1937), che la prima parte della « *Concezione Pende* » ha certamente un contenuto di gran pregio; ma lo stesso A. Cocchi notava che il Pende percorreva con ciò « una strada ricalcatissima e per giunta da molto tempo da Benedetto Schiassi, « quando invocava la necessità dell'associazione armonica per un gran numero di malattie della Medicina e della Chirurgia » (2).

Sulla seconda parte che concerne l'obbligo *per legge* ai Chirurghi di operare con la collaborazione degli Internisti, il Cocchi è venuto obbiettando che ciò può dar luogo a larghissima serie di dissensi d'ordine scientifico-pratico ed anche non scientifico: le varie suscettibilità dell'amor proprio, le divergenze di vedute, i contrasti dei caratteri non solo, ma anche degli interessi

(1) Sembra che gli... slittamenti fuori dall'ordine morale si averino specialmente fra i componenti delle Facoltà di Medicina; alcuna volta l'Autorità Superiore è venuta destituendone qualcuno per ragioni appunto morali. Uno di questi cattivi soggetti fu allontanato dalla Cattedra oltre che per altri gravi motivi, perchè pare prendesse parte entro l'ambiente scolastico alla celebrazione di messe nere!!!

In occasione di un Concorso Universitario (sempre in Sede di Facoltà Medica!!!) un candidato fra i suoi scritti ne aveva presentato uno dove era specialmente messa in rilievo la necessità che chi era preposto all'insegnamento si fosse dato premura di insegnare con la parola e con l'esempio della sua condotta la più rigida moralità.

La Commissione giudicatrice di quel concorso venne censurando quello scritto indicando così precisamente la misura del senso morale dei componenti quella *combriccola* giudicatrice, fra i quali ve ne era uno già designato e disprezzato dai suoi studenti e dai suoi concittadini col nomignolo di..... *brigante!!!* L'Autorità superiore che scorse..... del torbido nel contegno di quella *combriccola*, annullò gli atti del concorso.

(2) Annottava il Cocchi che questa concezione emessa come nuova dalla mentalità *mediterranea* di N. Pende era già manifestata da anni dalla mentalità di B. SCHIASSI... bolognese invece!!

materiali possono purtroppo intervenire quando la collaborazione provenga da un'imposizione e non da un accordo volontario (3).

Il Cocchi reputava piuttosto che se mai medico e chirurgo dovrebbero assumere insieme la responsabilità dei giudizi e del contegno operatorio col concorso di una affettività, di una estimazione reciproche e di una dirittura morale di una limpidezza esemplare. Che se l'autorità superiore dello Stato credesse di intervenire, ribadiva il Cocchi, anziché con una legge speciale, avrebbe dovuto dare un particolare incremento allo sviluppo delle scuole di « Chirurgia medica » per mettere in grado ciascun giovane, sin dagli anni universitari, di assumere nel proprio abito mentale il massimo di cultura di Clinica Medica e nel contempo un adeguato addestramento meccanico-operatorio.

Da parte mia nel considerare le vedute espresse dal dott. Cocchi non ho che da aderirvi in pieno, inteso che all'aggiunta che ho tracciato sulla importanza del complesso patrimonio *medicina - chirurgia - morale* deve essere assegnata una posizione suprema.

Tutto ciò che sono venuto tracciando nelle linee che precedono si riallaccia intimamente con l'argomento della restaurazione morfologica e funzionale dello stomaco e del colon ptosici ed ectasici anche per quanto concerne il lato morale di cui ho fatto con vari accenni nel corso di questo scritto.

L'A. americano che ho citato in principio, R. C. Coffey, scrivendomi, si è rammaricato appunto che questo problema sia rimasto insoluto per lungo tempo specialmente perchè gli Internisti tennero un contegno diretto in un senso, mentre i Chirurghi ne tennero un altro diretto ben altrimenti. È venuto a mancare così quella collaborazione della Medicina Interna con la Chirurgia che avrebbe potuto fare raggiungere una soddisfacente soluzione.

Parole queste che esprimono a mio avviso, una assoluta verità. Da parte mia ho cercato di giovarmi dell'insieme degli argomenti che ho potuto trarre dalla « Chirurgia Medica » per dedicarmi alla cura di questi malati ed ho sempre ottenuto confortanti successi.

Identici successi conseguirono quei Colleghi che condivisero i criteri terapeutici su cui ci siamo trattenuti, successi constatati subito dopo gli interventi e dopo lungo tempo da eminenti Internisti, da valorosi Chirurghi e da Radiologi provetti e severi; da A. Murri ad A. Biancheri e D. Mucci, da A. Marfinelli ad O. Marchesini, da Al. Possati a R. Viviani, da L. Puviani ad A. Roversi a L. Cogolli.

RIASSUNTO.

Lo Schiassi dopo avere fatto notare che un Autore americano è venuto scrivendo con espressioni generosamente garbate che in generale gli Internisti ed i Chirurghi non hanno ancora compreso quali siano i giusti criteri da seguire nella terapia della ectasia atonica dello stomaco e del colon richiama i

(3) La tanto deplorata « *Dicotomia* », che forse per effetto dei tempi oggi tende purtroppo ed inevitabilmente verso una sempre maggiore diffusione non solo nelle città ma anche nelle provincie, potrebbe esser favorita da una disposizione di legge che obbligasse la collaborazione dello Internista col Chirurgo ed inoltre favorisse di più quel danno che vorrebbe evitare il Prof. PENDE « *per la salute e per la borsa dei malati* ».

principi fondamentali dell'Aschner e del Codivilla che illuminano nella cura di questa forma morbosa.

Descrive i provvedimenti d'ordine chirurgico che sono da adottarsi per elezione ed afferma che le ricerche sperimentali, le risultanze delle indagini radiologiche ed i controlli clinici condotti immediatamente dopo gli atti operatori ed a distanza di tempo, hanno dimostrato il valore eminentemente benefico di tale contegno terapeutico.

Lo Sciassi invoca la collaborazione solidale degli Internisti, dei Radiologi e dei Chirurghi perchè di pieno accordo largiscano le loro premure ai malati della entità morbosa di cui qui è parola perchè siano apprestati i mezzi veramente appropriati allo scopo, i quali non sono quelli correntemente applicati dalla pluralità dei terapisti, medici e chirurghi.

Oramai si dovrebbe smettere di ricorrere ad accorgimenti meccanici ed appendere i visceri come capi di biancheria a delle corde o tanto meno mutilarli con delle resezioni...

Si tratta di organi **vivi**, minorati precisamente nelle loro capacità vitali, che vanno soccorsi con provvidenze restauratrici delle loro proprietà energetiche, provvidenze cioè d'ordine essenzialmente *biologico*.

~~319011~~





