

1835



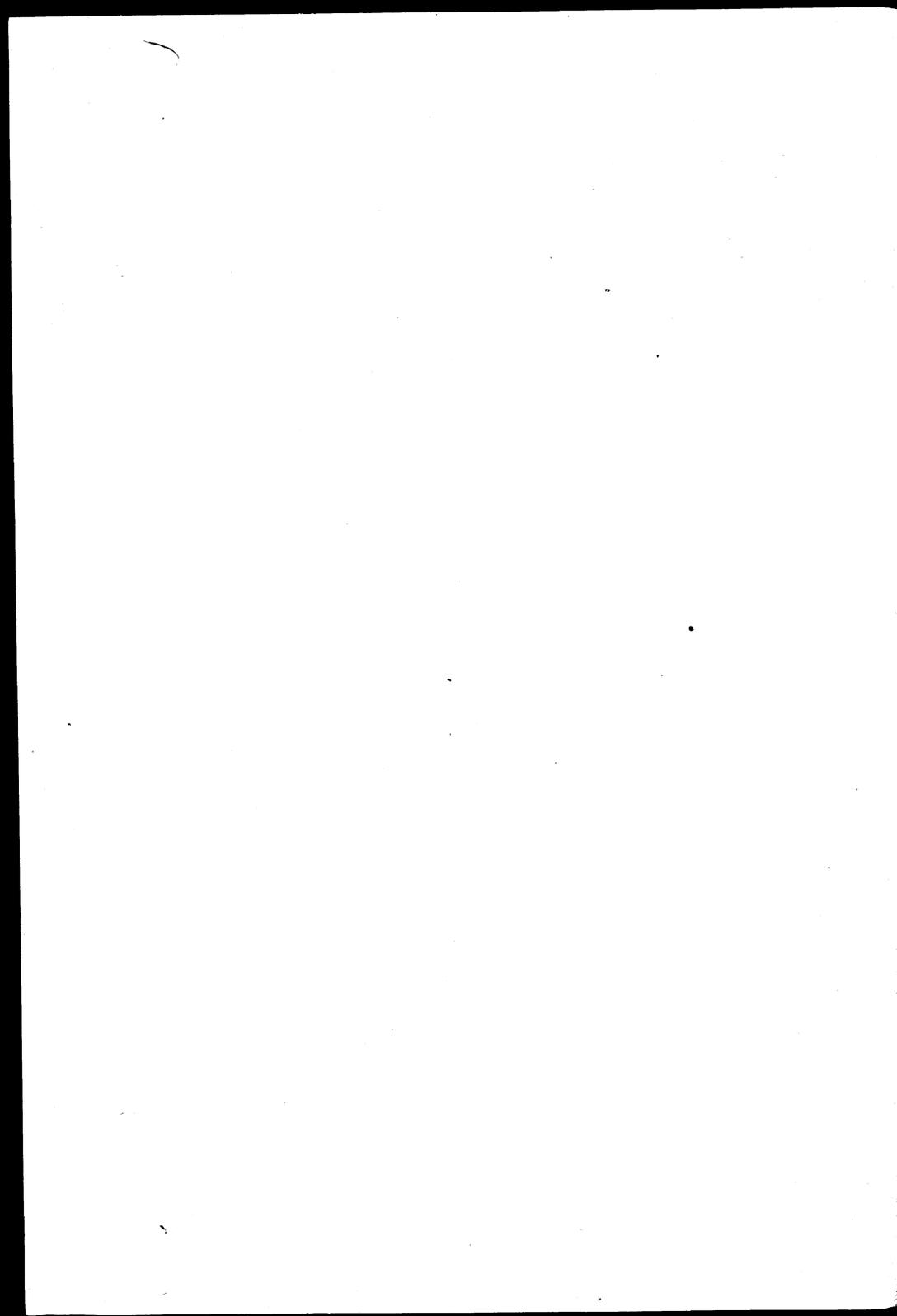
Prof. RAFFAELE PAOLUCCI

Direttore della Clinica chirurgica di Roma

L'INSEGNAMENTO DELLA CHIRURGIA

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno VII - N. 24, del 31 dicembre 1938-XVII)





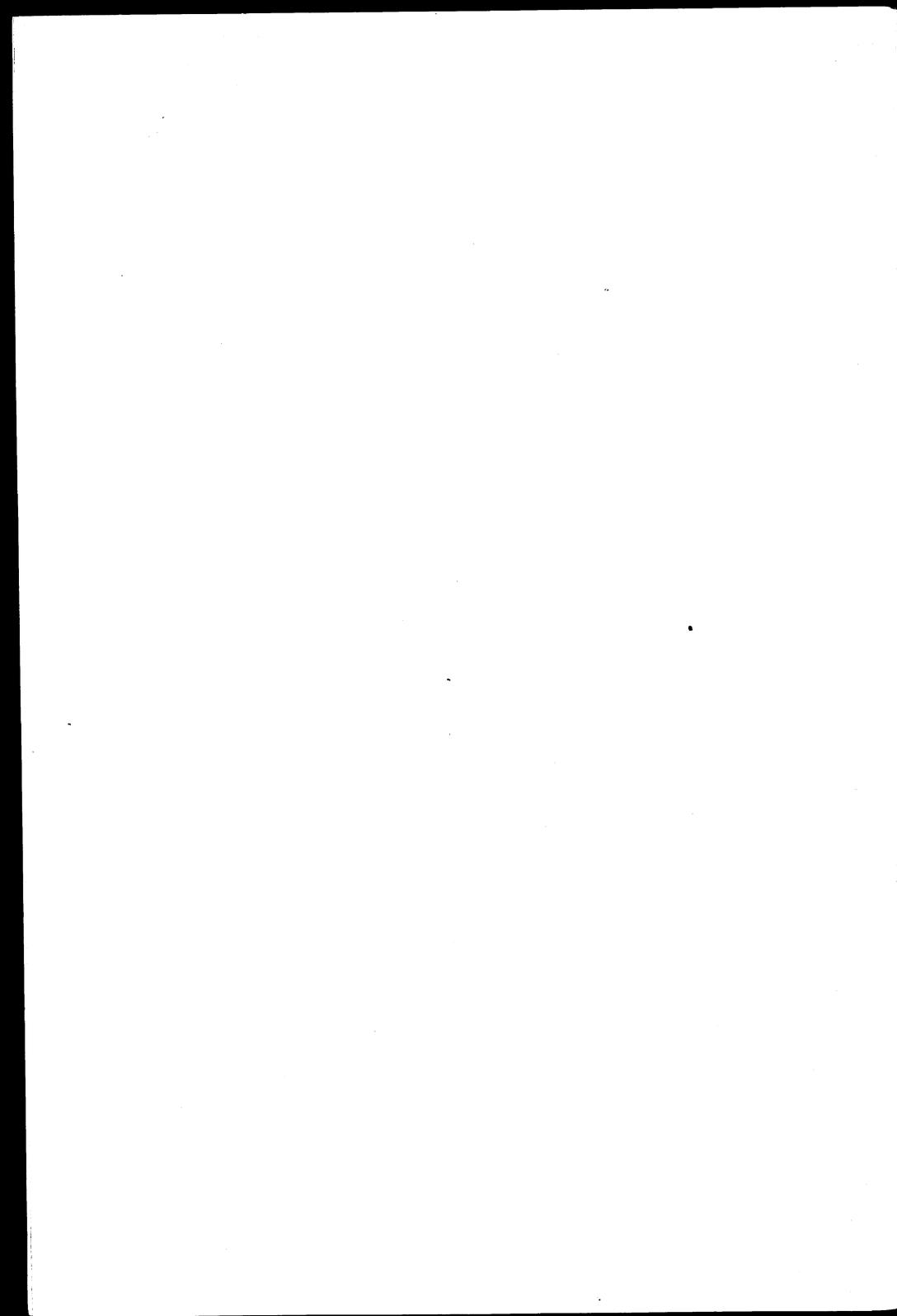
Prof. RAFFAELE PAOLUCCI

Direttore della Clinica chirurgica di Roma

L'INSEGNAMENTO DELLA CHIRURGIA

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno VII - N. 24, del 31 dicembre 1938-XVII)





Mi sarebbe piaciuto, se avessi potuto seguire l'impulso del mio temperamento, ascendere in silenzio gli alti gradini della cattedra di Clinica chirurgica di Roma, cui la vostra benevolenza, colleghi chiarissimi, e quella dell'illustre Senato Accademico e del nostro Ministro hanno voluto chiamarmi.

Ma la tradizione vuole che il nuovo insegnante di clinica dica in una prolusione del suo programma e del suo metodo di insegnamento; sottrarsi alla tradizione può apparire presunzione ed essere errore.

Tutto avrei pensato nell'immediato dopoguerra, quando venivo in questa clinica ad assistere a qualche lezione e a qualche operazione del mio illustre predecessore, ma non che io gli sarei succeduto su questa cattedra che DURANTE aveva reso famosa e che egli teneva con tanto onore.

Ero stato portato a Roma dalla lotta politica, nella quale ero sceso soldato fra i soldati, per difendere la vittoria tradita, ma mi pungeva la nostalgia della nostra arte mirabile, e pur non sapevo decidermi ad abbandonare i miei camerati nel mezzo della battaglia.

Fu dopo la Marcia su Roma, allorchè fu sgombrata la piazza dai tribuni e furono cacciati i mercanti dal tempio, e la bandiera della Patria risplendè nuovamente sulle cime e nei cuori, che io ripresi, senza voltarmi più indietro, la vecchia strada interrotta.

Mai ho inteso, camerati carissimi, tanto profonda la mia umiltà come in quest'ora; è in perfetta umiltà perciò che io vi dico che se un

titolo di onore rivendico al mio modesto passato esso è quello che mi deriva dall'aver saputo in età ancor giovane, dopo anni di guerra e di rivoluzione, ritrovare nel lavoro e nel silenzio la gioia e la elevazione, la poesia e la fede della vita.

Siena ed il suo piccolo Istituto di igiene fuori del Laterino; Modena e la Clinica chirurgica che si andava rinnovando sotto l'impulso giovane di DONATI; Bari con la sua nuova Università cui mi avevan chiamato i colleghi PENDE e LEOTTA e dove ho passato cinque anni a insegnare patologia chirurgica; Parma, i tre anni nell'aurea ed indimenticabile Parma, inizio della mia carriera clinica, cui risale e discende ogni mia ulteriore fortuna, ed il millenario Ateneo di Bologna ove ho trascorso sei anni, passano davanti alla mia memoria in quest'ora: sembrano momenti di una sola giornata e pure in essi si inizia, si svolge e si disfiora la giovinezza intera, non certo perduta se qui si conclude, su questa altissima cattedra.

Io so per chiari segni che Bologna mi ha amato, ma Bologna forse non sa con quanta tenerezza io conserverò il suo ricordo nel cuore e come l'onore che essa mi fece di chiamarmi nel suo Ateneo, il più antico, il più celebrato, il più glorioso del mondo, ancora mi accompagna, e che ad essa io lego gli ultimi anni della mia giovinezza, mentre qui si inizia la maturità foriera della vecchiezza. Molti anni ancora, però, mi sono davanti prima di ammainare le vele. Molti anni ancora, se Dio vorrà, mi sarà davanti il mare aperto, ed insieme ai miei cari collaboratori, che sono i figli del mio spirito ed i compagni della mia anima, che mi seguono da

anni, che mi hanno seguito dovunque, che, anche lontani e dispersi, certo si ritroveranno a me vicini nell'ora della battaglia, noi lo affronteremo a vele spiegate con sugli alberi i segni della nostra fede indefettibile.

La chirurgia non è solamente una scienza. Essa poggia sulla base granitica della scienza il suo edificio, ma attinge i fastigi dell'arte e si avvolge della bellezza ideale della poesia.

C'è ancora, come è ben noto, qualche biologo puro che nega dignità di scienza alla clinica in genere, a quella chirurgica in specie; discussione vecchia, che brevemente affrontò per derimerla FRUGONI quando dimostrò che molte delle nostre scienze biologiche furono create dai clinici, e ricordò il clinico chirurgo MONDINO che si fece anatomico, ed il chirurgo HARVEY che iniziò la vivisezione ed il clinico chirurgo HUNTER che inaugurò la fisiopatologia sperimentale.

Eravamo all'inizio di questo travolgente cammino che ha portato la chirurgia alle altezze attuali: ma lungo il percorso, sono di ieri e di oggi i contributi alla soluzione di problemi scientifici cui ha condotto la chirurgia, specie nel campo della fisiologia.. Per citarne pochissimi, da quelli della digestione gastrica a quelli della funzione tiroidea, ad alcune delle correlazioni endocrine, al recente e più vasto campo della chirurgia cerebrale e simpatica.

Una scienza dunque, perchè dalla scienza si diparte e scienza crea, perchè scruta i problemi più profondi ed oscuri della vita, pure arrestandosi là dove tutti ci arrestiamo, dove altri sempre più lontano certo, sempre più avanzando, pure si arresteranno, là dove, tra le caligini dell'insondabile e la oscurità dell'ignoto, appaiono la luce ed il mistero di Dio.

Ma è arte anche e soprattutto. Era già arte quando non si conoscevano i germi, non si conosceva l'anestesia, non si conosceva l'emostasi. Era l'arte tremenda di chi amputa un arto in due minuti, ed il paziente era strettamente legato, terrorizzato dal dolore, e atterrito dallo spavento, ed il sangue schizzava da tutte le parti e la celerità era una legge inesorabile. Non

il mite coniglio e neppure il cane erano gli animali su cui doveva esercitarsi il candidato alla chirurgia, ma il maiale e soprattutto la scrofa, poichè gli urli di quest'ultima erano insuperabili per altezza di tono e per l'incessante implacabile ribellione fino all'estremo anelito della vita. Ed il chirurgo doveva essere dotato di un estremo coraggio, di una insensibilità a tutta prova, di una eccezionale rapidità di movimenti: e passava per un uomo spietato, dal cuore chiuso alla altrui sofferenza, una specie di carnefice, anche se, invece della morte, donava talvolta la vita.

Quanta poesia e quanta profondità di pensieri non desta la visione di quel quadro mirabile di BOUNDIN, dove si vede sul campo di battaglia di Essling il Maresciallo di Lannes, Duca di Montebello, disteso su una barella e già amputato di una gamba, mentre il celebre chirurgo barone LARREY è nella sua divisa militare, colle mani ancora intrise di sangue, e Napoleone, pallido e grave, dà l'estremo saluto al prode soldato di tante battaglie che muore. Aveva perduto tanto sangue, era pallido come la cera, era in stato di grave choc quando LARREY lo operò. Noi oggi avremmo disinfettato le orribili ferite, assicurato l'emostasi, provveduto eventualmente ad una trasfusione ed avremmo atteso, per amputare, che lo choc fosse superato, ed avremmo certo salvato il Maresciallo. Come tutto ciò ci sembra oggi semplice e banale! Ma la esperienza di allora era un'altra: si sapeva che le ferite divenivano gangrenose e che non bisognava dar tempo alla gangrena di istituirsi, e perciò solo la operazione precoce, generosa e rapidissima riusciva talvolta a salvare la vita.

Quante, quante ombre dai campi di tutte le battaglie, dalle corsie di tutti i vecchi ospedali, dai letti di tanti lontani umani dolori noi potremmo oggi risuscitare! E' quello che di noi diranno anche i venturi, in questo rapido incessante travolgente progredire del nostro sapere.

Oggi il chirurgo ha ancora bisogno di coraggio e di sangue freddo, ma non è il coraggio di chi resiste agli urli strazianti della sua vittima. E' il meditato, lucido, sapiente ardimento di chi deve prendere una decisione ardua e talvolta difficile, ed una volta che l'ha presa deve portarne a fondo il compimento. E la sua arte non

è fatta solo di celerità basata su conoscenze puramente anatomiche, ma di destrezza, di tempestività, di colpo d'occhio, di eleganza, di armonia ed anche e forse soprattutto di istinto, ed essa non può non poggiare su una vastissima base di conoscenze anatomo-patologiche, fisiologiche e biologiche.

Che varrebbe infatti eseguire magnificamente una operazione addominale, una splenectomia ad esempio od una resezione gastrica in un paziente che non ne avesse bisogno o che, pur avendone bisogno, non potrebbe sopportare il trauma dell'intervento? Sono trascorsi per fortuna e sono lontani i tempi di quando il chirurgo non era che un povero manuale al servizio del medico. Non possiamo leggere infatti senza un amaro sorriso i bollettini della malattia e della morte ed il reperto di autopsia di Maria Teresa d'Austria, Regina di Francia, che aveva un flemmone dell'ascella, ed il povero chirurgo DIONIS voleva incidere, ma i medici della facoltà di Parigi si opposero preferendo il salasso, e poichè DIONIS insisteva a non volere essere proprio lui ad ammazzare la sua regina il grande FAGON, rivestitosi di autorità, si alzò per dire: « Fate il salasso, ve lo ordino ».

Ma non c'è bisogno di andare tanto lontano nel tempo. Non è nemmeno un secolo, appena ottanta anni fa, quando Ferdinando II di Borbone, dopo atroci sofferenze per una osteomielite con osteoartrite e piarto e lussazione del femore, stava per morire già preda della piemia, nella reggia di Caserta, e la prima errata incisione nella regione glutea, che non dette luogo ad alcuna fuoriuscita di pus, fu stabilita ed additata al chirurgo renitente da un consesso di medici.

Oggi il chirurgo discute la diagnosi, accetta o meno la indicazione, sceglie il metodo operativo. E qui si inizia l'arte: destrezza, ho detto, tempestività, colpo d'occhio, eleganza, armonia ed anche istinto. Ed ho preferito dire destrezza anzichè rapidità poichè la destrezza comprende una rapidità sagace ed attenta.

Un tempo i chirurghi rapidissimi erano i preferiti. Quando si assisteva alle sedute operative di PÉAN, si vedevano ammonticchiare in

un angolo della sala, uno dopo l'altro, uteri, mammelle ed altri organi, ed arti interi; è la gloria più alta del sommo chirurgo era appunto questa: far presto, brandire in alto gli organi asportati, mostrarli agli assistenti attoniti, gridare un trionfante « voilà » e come una palla di bigliardo gettare sul pavimento insanguinato il pezzo anatomico che andava a raggiungere gli altri in fondo alla sala.

Le accresciute possibilità di anestesie innocue e durature, la maggior conoscenza del rispetto che meritano i tessuti, il contributo della chirurgia cerebrale, hanno completamente invertito il concetto della rapidità: a mio parere però si sta cadendo nell'eccesso opposto, perchè nulla al mondo potrà convincermi mai che una operazione che può essere correttamente eseguita in mezz'ora sia meglio eseguirla in un'ora, e la rapidità perciò, intesa come precisione e successione ordinata di movimenti, va ancora e sempre tenuta in altissimo onore. Così grande peso va dato all'imprescindibile dovere di risparmiare ogni inutile sofferenza ai nostri infermi: ogni dolore che può essere evitato deve essere evitato; oggi disponiamo di tali presidi da potere rispondere in pieno a questo imperativo categorico.

Così va tenuta in onore quella che noi chirurghi chiamiamo la eleganza della operazione: non più come un tempo sangue che schizza da tutte le parti, ma emostasi accurata e metodica, operazioni pressochè esangui, niente trazioni o strappamenti sui tessuti, leggerezza di movimenti; così che per chi assiste, l'operazione appaia una cosa semplice e chiara, un succedersi ordinato di tempi, in brevi parole un'opera di arte.

E che arte sia lo dimostra principalmente il fatto che c'è un *quid* della chirurgia che non si apprende sui libri nè alla scuola dei maestri anche i più grandi, e di qualche cosa che è strettamente personale e di cui solo in minima parte si può essere dispensieri: l'istinto chirurgico. Si può essere infatti dei grandi scienziati della chirurgia, dei sommi patologi, ed anche dei sommi clinici, ma non possedere questo istinto che è la scintilla dell'arte chirurgica. Ed io reputo che uno dei più gravi errori nella disciplina dei nostri ordinamenti universitari sia appunto

questo: il credere che un clinico chirurgo possa diventare un buon patologo, o più spesso viceversa, e che il fatto solo di avere vinto un concorso di patologia dia diritto al passaggio alla clinica. Questo non è neppur vero nella medicina, ove la patologia è analisi e la clinica sintesi, anche qui non disgiunta da quella scintilla che è patrimonio solamente individuale; ma è falsissimo e fonte di gravissimi errori nella chirurgia.

Già la patologia chirurgica è scienza di tale altissima dignità, ed oggi di tanto vasta portata, che a volerla considerare come un gradino di accesso alla clinica significa sminuirla; è da augurarsi perciò che venga sempre più affermandosi il concetto che per insegnare clinica chirurgica non sia sempre necessario avere vinto un concorso di patologia, per il quale possono e debbono ritenersi indispensabili quelle doti di ricercatore e di sperimentatore che non sono sempre altrettanto basali per il clinico chirurgo. E' per tale erronea prassi che si è sbarrata la strada della clinica ad uomini di altissimo valore, conosciuti in Italia ed all'estero, che avrebbero dato lustro e decoro all'insegnamento di questa disciplina, e si è preferito spalancare la porta ad altri, soppesando i chirurghi dalla quantità della carta scritta o dalle montagne di animali da esperimento sacrificati, con conseguenze non sempre felici. E' giusta nelle sue pratiche conseguenze, e per fare un esempio solo, una prassi che ha tolto alle cattedre di clinica l'onore di un nome come quello di RAFAELE BASTIANELLI?

Come non tenere presente, oltre la base scientifica, il lato puramente artistico, che in definitiva è quello terapeutico, della clinica chirurgica?

Evidentemente è indispensabile una solida preparazione scientifica patologica, la quale trova il suo luogo più adatto di formazione negli istituti universitari. E questo tirocinio, già di per se stesso assai lungo, può da solo portare all'insegnamento della patologia chirurgica.

Ma è nelle corsie e nelle sale operatorie, a contatto cogli ammalati, e dopo avere assunto personali responsabilità dirigendo sezioni clinico-ospedaliere, che si può dare in seguito la misura della propria capacità tecnica.

Ho detto in principio che la chirurgia è anche poesia, il che sarebbe superfluo dopo che ho parlato di arte, se non volessi con ciò alludere a quella particolare ebrezza dello spirito, a quel perenne lievitare di entusiasmo, a quella vibrazione dell'anima che accompagnano nell'uomo lo sforzo creativo, e se non volessi così riassumere quella somma di gioie e di dolori, di angosce e di trionfi di cui è seminato il cammino del chirurgo. Chi, degno di questo nome, non conosce le ore di ansia che precedono un grave intervento, su un malato di scarsa resistenza che si è risollevato fin come si è potuto, e che pure non ha altra via di salvezza?

Chi degno del nome di chirurgo non conosce la gioia sovrana di strappare alla morte sicura un suo simile?

E più arduo e nuovo è un intervento, più scarse le possibilità ed oscuro il destino, più si accende e vibra la nostra anima e più la silenziosa gioia del trionfo ci inonda di luce.

Non fu una esagerazione quella del grande chirurgo inglese Lord MONTAGU, quando, alla fine della sua carriera, or è qualche anno, abbandonando la cattedra, disse ai collaboratori ed agli allievi che lo festeggiavano: la chirurgia più che un'arte e una scienza è un sacramento. Voleva alludere alla altezza della nostra missione, al sacrificio che essa esige, all'abbandono di ogni altra gioia, alla piena completa assoluta totale dedizione di sé, a questo grande e tremendo amore.

* * *

Che cosa di questa scienza e di questa arte dobbiamo insegnare ai giovani che sono affidati alle nostre cure e come trasmettere ad essi questo amore che rende bella e luminosa la nostra fatica?

Se io ripenso al tempo ormai lontano in cui ero studente, venticinque anni fa, ricordo che il corso consisteva principalmente nello studio anatomicamente minuto delle varie specie di ernie, del varicocele, dell'idrocele, delle ulcere, delle fistole, delle varici, delle lesioni della mammella, in una parola delle lesioni chirurgiche esterne. La medicina operatoria aveva un posto preponderante nell'insegnamento della chi-

urgia, il che sarebbe stato anche giusto, ma non era uscita dalle sue vecchie strettoie delle allacciature vasali, delle amputazioni e delle disarticolazioni. Una operazione sullo stomaco era una rarità e nella migliore delle ipotesi si trattava di una gastroenterostomia con esclusione pilorica.

La chirurgia del torace si limitava all'empicma, e per quella cranica non si andava di solito al di là della cisti del cuoio capelluto, della ferita, al massimo dell'ematoma extra o subdurale.

Non è che la chirurgia non avesse già fatto da qualche decennio il balzo prodigioso conseguente alla scoperta dei microbi e perciò dell'antisepsi e della asepsi, ma è che in gran parte erano ancora sulle cattedre gli uomini che avevano avuto la fortuna di assistere al profondo rivolgimento chirurgico che conseguì a quelle scoperte, e rinnovare metodi ed indirizzi è spesso più facile nel campo pratico che in quello teorico.

Ma un altro elemento, di primissimo ordine, va considerato: che allora i chirurghi erano pochi, si e no ne esisteva uno per ogni capoluogo di provincia; talora uno solo per una intera regione.

E così era degli ospedali. Ne conseguiva la necessità per il medico pratico di dovere spesso fare da sé; non si concepiva ad esempio il trasporto di un traumatizzato ad un ospedale, per raggiungere il quale erano spesso necessarie molte ore di penoso viaggio in carrozza, per strade disagiate. Da allora ad oggi, in venticinque anni, tutto è radicalmente mutato. La chirurgia si è dovunque affermata coi suoi splendenti trionfi, barriere che sembravano insuperabili sono state superate e divelte, la grande guerra ha accresciuto a dismisura il numero dei chirurghi, e molti sono stati attratti poi dal trionfale cammino di questa arte mirabile; i mezzi di comunicazione sono divenuti ovunque rapidissimi, ospedali ed ospedaletti con chirurghi valorosi sono sorti e si sono attrezzati un po' dappertutto, ed ecco che il compito del medico pratico si è ristretto sotto un certo punto di vista, oppure si è allargato sotto altri aspetti, comunque si è radicalmente modificato.

La diagnosi di ulcera perforata, ad esempio, non si faceva venticinque anni fa. Spesso non si

faceva quella di ulcera semplice: si parlava ancora di gastrite gottosa, di morbo di Reychmann o di gastrosuccorra.

Basta rileggere ad esempio due lezioni di CARDARELLI, pure softuse ancora da tanta lucidità di pensiero clinico e da tanta profonda sapienza, e nelle quali, mirabile cosa, arriva perfino a porre la indicazione dell'intervento, due lezioni nelle quali parla diffusamente su due malati di morbo di Reychmann e dalla cui storia noi deduciamo trattarsi di due casi chiarissimi di stenosi pilorica da ulcera.

Dunque la diagnosi di ulcera non si faceva spesso neppure dai grandi quando io ero studente o costituiva una rarità; siamo stati noi chirurghi con l'aiuto dei radiologi, a chiarire questo quadro morboso, come abbiamo contribuito a chiarire grande parte dei quadri morbosi dell'addome. E se non si faceva diagnosi di ulcera tanto meno si faceva quella di perforazione, e certo in Italia morivano ancora ogni anno migliaia di essere umani con una sindrome perforativa gastrica e di altri organi; nè più nè meno come avveniva in altri tempi, quando i decessi per perforazione davano luogo a sospetti di avvelenamento, a processi e spesso anche a condanne. Quanta pietà la storia dolorosa della morte di Enrico di Guisa, nel tempo della lotta tra Riformisti e Papisti, morte avvenuta in seguito ad una sindrome oggi chiarissima di ulcera perforata, e per cui la moglie innocente fu relegata in prigione ed un servo squartato sulla pubblica piazza; quanta pietà la morte a venticinque anni della bella Enrichetta di Inghilterra cognata del Re Sole, con una storia chiara tipica classica di perforazione da ulcera, di cui ci fa nelle sue memorie una descrizione perfetta per quanto ignara Madame de La Fayette.

Quanta pietà la condanna all'esilio da parte del Governo pontificio, sulla fine del 700, della povera umile servetta della nota pittrice bolognese Anzani, morta con una sindrome su cui la storia della malattia, gli atti del processo ed il reperto di autopsia non lasciano dubbi di sorta.

Ho parlato di una sola diagnosi di urgenza; ma quanti italiani non muoiono ogni anno ancora per errata o intempestiva diagnosi di perforazione di altri organi, di gravidanza extra-

uterina, di volvolo, di occlusione, di invaginazione intestinale e via dicendo?

Ecco il primo dovere di un chirurgo: insegnare ai giovani a riconoscere le sindromi acute, quelle che possono risolversi solo a prezzo di un rapido intervento. Gran parte dei nostri studenti di oggi saranno domani le sentinelle avanzate in questa lotta che noi combattiamo contro gli agguati della malattia e della morte. E' dal loro primo giudizio che dipenderà la eventuale salvezza. Se li mettiamo in grado di porre la diagnosi, le facilitare comunicazioni, la vicinanza di centri ospitalieri attrezzati faranno il resto.

E questo vale anche per la traumatologia in genere. E' trascorso, secondo me, il tempo in cui il medico condotto curava egli stesso le fratture: oggi, salvo il caso di fratture banali, semplici, senza spostamenti, il medico pratico non deve limitarsi che a porre la diagnosi e mettere il paziente in condizioni di essere trasportato in un centro ospitaliero bene attrezzato, e se è possibile, in un centro specializzato. Cosa banale, potrà pensare qualcuno, eppure debbo confessarvi che in Africa solo in rarissimi casi ho visto una stecca di Thomas bene applicata. Mi arrivavano i poveri fratturati spesso in condizioni pietose, dopo viaggi talora lunghi su strade appena aperte al traffico, con una stecca di Thomas che, anzichè estendere e controestendere l'arto fratturato, costituiva, perchè male applicata, un inutile cilicio, un peso aggiunto alle povere ossa maciullate e ballanti in quella gabbia di ferro. Così ho visto feriti del torace con forame di entrata e di uscita, forami chiusi con due punti di sutura; così ho visto ferite articolari infette suturare, o lacci da costrizione lasciati *in situ*, per ore. Anche questo è un nostro dovere, che la nostra cara e benemerita Sanità Militare, nella sua bella scuola di Firenze, ribadirà: mettere i giovani in condizioni di assolvere magnificamente al loro compito sul campo di battaglia.

C'è poi il vasto campo dell'indicazione chirurgica per le lesioni non urgenti: insegnare ai giovani quello che la chirurgia può dare in tante forme morbose, risultati mirabili, quo-

zienti di mortalità pressochè nulli, spesso vere resurrezioni.

C'è anche, e non ultimo, il campo, ahimè sempre più vasto, dei tumori maligni. Finché non giungerà il giorno, da secoli atteso, in cui sapremo cosa sono e come si curano questi tumori, l'arma più efficace, salvo poche eccezioni bene individuate, rimane il nostro bisturi, a condizione che la diagnosi del male sia precoce. E' il medico pratico che visita per primo il paziente, che non deve battezzare come anemia o come dispepsia un cancro gastrico incipiente, che non deve dichiarare emorroidario un canceroso del retto o colitico un canceroso del colon, facendo perdere al malato un tempo prezioso, che spesso è quello della cura tempestiva ed efficace.

Ed infine e soprattutto c'è il campo della piccola chirurgia della condotta, la prima assistenza agli ammalati chirurgici, da cui spesso dipende tutta la futura evoluzione morbosa: è il medico pratico che spesso presta le prime cure ai sofferenti per un patereccio, per una ferita, per una infezione qualsiasi della mano o di un dito.

Al settimo Congresso internazionale degli infortunati e delle malattie del lavoro, tenutosi a Bruxelles nel 1935, risultò da varie statistiche che il 30% di tutte le somme pagate per assicurazioni furono dovute per ferite e lesioni della mano, e la più gran parte perchè male trattate all'inizio. Ed anche noi in Italia siamo vicini a queste cifre.

E' il medico chiamato per primo al letto di un ritenzionista acuto o di un ristretto: deve sapere come e quando usare un catetere, deve sapere anche quando non deve usarlo.

E' il medico pratico chiamato per primo al letto di un paziente intrasportabile che perde sangue: deve sapere come e quando fare una trasfusione, e come organizzarsi nel suo piccolo centro per eseguirla. Perchè molte lezioni a insegnare i vari metodi di resezione gastrica, le infinite varianti, ad esempio, al metodo secondo di Billroth? Questo al giovane laureato non serve. Questo lo apprenderà poi, nelle scuole di specializzazione, o negli ospedali, se vorrà

dedicarsi alla chirurgia. A colui che si laurea e che pure avrà un diploma di medico e di chirurgo serve invece tutt'altra cosa: riconoscere le complicazioni morbose abbisognevole di immediato intervento chirurgico, depistare le malattie che pur non acute si risolvono con l'azione chirurgica, fare da sentinella avanzata nella lotta contro i tumori, essere in grado di apprestare le prime cure ai gravi traumatizzati ed assicurarne il trasporto, eseguire correttamente quei piccoli e pur numerosi interventi di ambulatorio che possono costituire per lui fonte di notevoli soddisfazioni. Questo io penso dell'insegnamento della chirurgia ai nostri studenti, ed a questi criteri mi atterrò.

Se poi possiamo ad esaminare un altro dei doveri dell'insegnante di clinica, quello della scuola di specializzazione, ci accorgiamo facilmente che nella nuova istituzione di queste scuole c'è un abbozzo di quello che potrà essere in futuro la vera scuola di chirurgia, ma dobbiamo veramente convenire di essere ai primordi. Il numero degli aspiranti alla chirurgia cresce sempre più; e se questo sia un bene o un male io non so; i corsi durano cinque anni; il numero degli ammalati dedicati a questi corsi è ristretto, gli insegnamenti sono numerosi, molti si risolvono in lezioni puramente teoriche. In definitiva, lo specializzato, se non è già stato assistente ospitaliero, avrà sì e no, alla fine del corso, operato qualche ernia o qualche appendicite, e sarà un chirurgo *in fieri*, ma non un chirurgo.

E' già molto avere gettato il seme, ed avere veduto spuntare la tenera pianta; ma il grande albero nel futuro io lo vedo così: una grande scuola di chirurgia che sia da per se stessa un ospedale chirurgico ed abbia i suoi padiglioni con centinaia di ammalati e non i pochi letti racimolati in clinica, e, attorno al chirurgo generale direttore, vi sieno i chirurghi specializzati delle varie branche, urologica, ginecologica, neurologica, ortopedica, otorinolaringoiatrica, di chirurgia plastica, ed insieme al chirurgo universitario vi sieno altri chirurghi ospitalieri, aggregati all'insegnamento, ma aggregati sul serio.

Non può e non deve questo sembrare sogno irrealizzabile in Roma, capitale dell'Impero. Dobbiamo sempre più allontanarci dal concetto che le scuole di specializzazione sieno delle semplici fabbriche di diplomi.

* * *

Se, dopo gli specializzandi, consideriamo un'altra categoria di allievi chirurghi, quella ristretta degli aiuti e degli assistenti, vivaio dei pochi fortunati che arriveranno all'insegnamento e di quelli che raggiungeranno posti di primariato, eccoci al problema della ricerca scientifica che non può discompagnarsi da una sana preparazione e dall'insegnamento della chirurgia. In materia ho già accennato alle mie idee in proposito, ma desidero ribadirle. Non è con grande gioia che, sfogliando i grossi volumi delle pubblicazioni di vari istituti chirurgici, si vedono affrontati, discussi, elaborati in base a ricerche sperimentali argomenti di fisiologia, di patologia generale, di microchimica e di fisico-chimica che spesso nulla hanno a che vedere con la chirurgia.

Perchè non affidiamo ai fisiologi, ai patologi generali e speciali, ai chimici, ai clinici medici lo studio di problemi cui non siamo chiamati e per la cui soluzione non abbiamo sempre la necessaria preparazione? E' già tanto vasta e grande la nostra materia che proprio non abbiamo bisogno di rubare nulla a nessuno.

In una visione di titoli di aspiranti alla libera docenza ho sempre avuto questa sensazione nettissima: si scrive per scrivere, si scrive su argomenti che sì e no hanno attinenza colla chirurgia, si scrive per accumulare un certo numero di lavori; e per fare questo si consuma molta carta, si perde molto tempo, si sacrificano molte bestie innocenti. E' tempo di reagire contro questo procedimento; è tempo di tornare al malato ed alla clinica chirurgica pura. E se vi sono, come infatti vi sono, infiniti problemi di ordine fisiopatologico e biologico inerenti alla chirurgia, che essi sieno studiati in collaborazione coi cultori di queste singole discipline, col clinico medico, col fisiologo, col patologo,

col chimico, col radiologo, e si passi sopra una buona volta all'erronco concetto che il lavoro scritto in collaborazione vale la metà, o la terza o la quarta parte a seconda del numero dei collaboratori, quasi che solo col numero e col peso esattamente misurato delle pagine scritte possa valutarsi un chirurgo!

Alcuni anni fa, commissario alle libere docenze in clinica chirurgica, mi trovai a giudicare tra gli altri un chirurgo già primario di un grande ospedale di una grande città, e con statistiche operatorie imponenti per numero ed importanti per risultati, che presentava come unico suo lavoro a stampa, regolarmente vidimato, quello che aveva scritto in occasione del suo concorso al primariato, in poche ore, chiuso tra quattro pareti, e senza l'aiuto di libri. Mi bastò per affermare che pochi degli affannati scarabocchiatori di inutili cose avevano la sua preparazione e la sua cultura.

E sarei arrivato alla fine se non mi incombessero alcuni cari doveri: prima di ogni altro quello di rivolgere un deferente e cordiale pensiero al mio illustre predecessore che con la sua alta dottrina, con la sua vita intemerata, col sacrificio totale di sé ai doveri dell'insegnamento, ha onorato questa cattedra, lasciandomi in retaggio un esempio che non sarà dimenticato. A lui, nel cambio della guardia, il saluto mio e dei miei collaboratori, e l'augurio cordiale di ogni bene e di ogni fortuna, nel meritato riposo di una lunga vita serena.

Poi desidero salutare col più vivo sentimento di colleganza e di affetto gli eletti camerati ospedalieri di cui la chirurgia romana si onora. Io ho ferma fiducia, contro ogni scetticismo aprioristico, che la nostra collaborazione sarà piena e leale, e ai fini dell'insegnamento e a quelli non meno importanti di tener alto il prestigio della chirurgia italiana davanti agli stranieri. Noi non abbiamo infatti nulla da invidiare all'estero. Se un tempo vari malati andavano da LORENZ per una lussazione dell'anca o da KOCHER per un gozzo e più recentemente da SAUERBRUCK per una lesione toracica o da CUSHING per una cerebrale, oggi questi estero-fili sono ridotti ad una esigua schiera di pochi snobistici ignoranti.

La chirurgia è fatta di contatti reciproci, quindi i chirurghi di tutto il mondo si conoscono tra di loro e si scambiano visite, e Roma è e sempre più sarà mèta di numerosi pellegrinaggi.

Se è vero che per ogni intervento esistono norme eguali per tutti, altrettanto vero è che ogni chirurgo ha i suoi dettagli di tecnica, ed i suoi metodi personali. Ciascuno di noi ha da imparare dall'altro: il chirurgo che vive chiuso nel suo reparto operatorio, che vive nell'illusione di avere raggiunto la perfezione, è condannato prima o poi ad essere sorpassato e travolto dal progredire incessante, quasi direi quotidiano, della nostra arte.

Tutti quelli tra voi che sono stati all'estero ad ammirare coloro che dalle letture dei libri e dei giornali scientifici, ci cravamo abituati a considerare gli assi della chirurgia, mi daranno ragione se io affermo che salvo eccezioni siamo rimasti quasi sempre delusi da un lato, e compiaciuti dall'altro: compiaciuti perchè veramente questa chirurgia italiana ha ben poco da apprendere dagli stranieri: noi, pur senza tanto ingombro di meccanismi e di standardizzazioni, siamo all'avanguardia, dobbiamo rimanervi, e dobbiamo andare sempre più avanti e più oltre.

Ci organizzeremo in perfetta lealtà tra clinica e ospedali per offrire ai pellegrini della chirurgia di passaggio per Roma lo spettacolo della nostra forza e della nostra potenza chirurgica; ci organizzeremo perchè il nome della chirurgia italiana raggiunga nell'universale consenso il posto che le compete.

Un ultimo caro dovere mi incombe, quello di ringraziare voi tutti, illustri camerati, che avete voluto assistere a questa mia prolusione, specie a quelli che sono venuti da lontano.

Questa vostra plebiscitaria dimostrazione di affetto mi commuove profondamente; ma se mi dà la gioia di pensare che voi credete e sperate in me, accresce il peso della responsabilità che già grava sulle mie spalle. A tutti la mia riconoscenza ed il mio affetto.

Inizio le mie lezioni elevando il pensiero a S. M. IL RE IMPERATORE ed al DUCE FONDATORE DELL'IMPERO.

Le questioni poste da S. E. Paolucci nella chiara e vibrante prolusione tenuta il 7 dicembre 1938-XVII, e che egli cerca risolvere, meritano attento studio.

Fra queste riteniamo che abbiano la maggiore importanza quelle che si prospettano dopo la sua domanda: « che cosa di questa scienza e di questa arte dobbiamo insegnare ai nostri giovani? », e perciò su di esse ci permettiamo di richiamare l'attenzione dei lettori.

L'oratore, preoccupato della responsabilità che pesa sul clinico chirurgo nell'istruire i giovani al fine di creare medici pratici efficienti, rivolge la sua attenzione in primo luogo alla chirurgia d'urgenza, la quale non è soltanto la chirurgia dei traumi, ma è quella dell'addome e anche del cranio, del collo e del torace, e del sistema circolatorio.

La chirurgia d'urgenza possiamo chiamarla la chirurgia per eccellenza, difficile non di rado, sempre affascinante, perchè rivela le qualità del chirurgo. Essa richiede pronta decisione diagnostica e sicura azione; cosicchè ogni volta che sorge un problema d'urgenza il medico si trova nella necessità di risolverlo e di agire se occorre, senza possibilità d'indugio. Dalla sua condotta può dipendere la vita dell'infermo.

Ma chi senza adeguata preparazione può sottoporsi a tanta responsabilità?

Questo richiamo dell'illustre clinico deve essere ritenuto come un principio fondamentale dell'insegnamento chirurgico. Per un tumore cerebrale basta che il medico pratico ponga il sospetto, altri farà la giusta diagnosi e la giusta cura; ma per una perforazione, per una occlusione, per un'emorragia, per un'embolia arteriosa, per un'ostruzione respiratoria, ecc., la responsabilità incombe a chi primo vede il malato, e sono i medici pratici quelli che devono portarne il peso.

La chirurgia dei traumi è forse da porsi al primo grado dell'educazione dei giovani. Un chirurgo pratico che non sappia applicare bene i principi fondamentali della traumatologia oggi più non risponde alle esigenze del tempo. La vita moderna ogni giorno più dà vittime di accidenti svariati e risolvere tutti i problemi che presentano i traumi non è impresa da poco.

Perciò l'O. propende per l'idea che il pratico

dia il primo soccorso e invii il malato in ospedale competente. Ma ciò presuppone un'organizzazione che ancora non è completa e che, se accettiamo il principio dell'O., si dovrà sviluppare in modo che risponda alle esigenze. Le responsabilità medico-legali sono gravi e fino a quando non esisterà dappertutto l'auspicata organizzazione perfetta, è un dovere istruire bene i giovani nella pratica traumatologica.

Terzo caposaldo dell'insegnamento riteniamo sia lo studio delle infezioni settiche in genere, fra le quali quelle della mano, dell'avambraccio, del collo, per dire delle più comuni, difficili a curarsi, richiedono conoscenze anatomiche e cliniche precise perchè la cura sia condotta a buon fine. Se si potesse fare il calcolo esatto del numero degli individui che perdono la vita o una funzione importante in seguito a traumi o a infezioni si resterebbe spaventati e si vedrebbe la necessità e la importanza della loro cura adeguata e quale sia la responsabilità del medico.

Ma come può risolvere una Clinica chirurgica questi compiti? Anche qui siamo d'accordo con l'illustre oratore perchè da anni predichiamo lo stesso verbo: la clinica chirurgica deve essere un grande ospedale nel quale tutti i malati urgenti o no devono essere accolti senza speciali selezioni, salvo quelle eventuali per lo studio e per l'insegnamento cattedratico, e dove i giovani possano non soltanto sentire la voce del maestro, ma esercitarsi praticamente a mettere in atto le manualità necessarie dalle piccole e più comuni a quelle di maggiore importanza. Solo quando lo studente avrà l'agio di frequentare reparti dove si fanno le cure più comuni e quelle specializzate potrà farsi un corredo di quelle cognizioni cliniche fondamentali indispensabili per iniziare la sua pratica futura in modo che quando si troverà solo mani e mente possano agire d'accordo. Che se vorrà diventare chirurgo oltre vie dovrà battere e altro tempo dedicare al lavoro in ospedali e in cliniche, giammai più nei Corsi specializzati di chirurgia generale che per ora sono la negazione della pratica vera chirurgica!

Provveduto così alla preparazione pratica, un altro compito e difficile spetta all'insegnante,

quello della preparazione mentale dei giovani, sufficiente a servire loro di base per la comprensione delle possibilità raggiunte dalla chirurgia oggi e d'ispirazione per quelle che si prospettano per l'avvenire. Per questo compito non si possono prestabilire norme. Risolverlo adeguatamente dipende dallo spirito e dall'educazione scientifica del maestro.

Altre considerazioni meriterebbero le sue osservazioni sull'insegnamento della patologia chirurgica. Ma per non provocar troppo l'ira degli ortodossi e lasciando a parte questioni di cattedratica, ci limitiamo a dire che la pa-

tologia chirurgica da insegnare ai giovani deve una buona volta finire di essere una ripetizione del dottrinale di patologia generale, di batteriologia, di anatomia patologica, ma una preparazione adeguata e sistematica ai fini della clinica.

All'illustre Clinico inviamo i più fervidi auguri che con il suo grande animo e con lo spirito lucente e tagliente che lo distinguono riesca ad attuare efficacemente e prontamente questi principi fondamentali d'insegnamento in modo da portare a maggiore altezza scientifica e pratica la Cattedra chirurgica di Roma già resa insigne dai suoi predecessori.

SCI. RAFFAELE BASTIANELLI

59010

330046

