



O. MARGARUCCI

# La chirurgia del retto

Relazione annuale di chirurgia all'Accademia Linceiana di Roma

*Riassunto della Relazione pronunciato nella  
seduta straordinaria del 5 luglio 1939 - XVII*



Estratto da «Le Forze Sanitarie»,  
nn. 20 e 21, 1° e 15 novembre 1939-XVIII.



O. MARGARUCCI

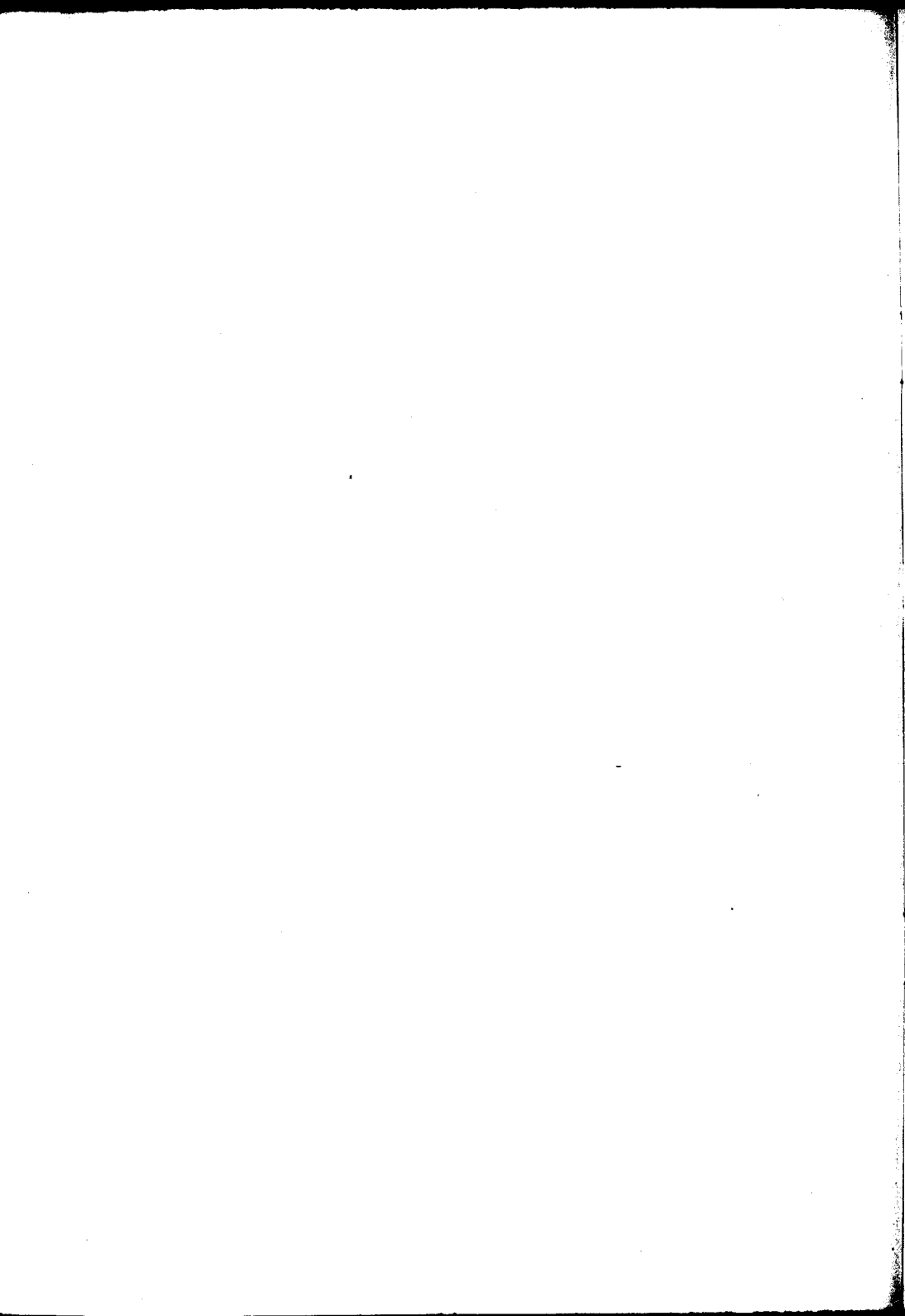
# La chirurgia del retto

Relazione annuale di chirurgia all'Accademia Lancisiana di Roma

*Riassunto della Relazione pronunciato nella  
seduta straordinaria del 5 luglio 1939 - XVII*



Estratto da «Le Forze Sanitarie»,  
no. 20 e 21, 1° e 15 novembre 1939-XVIII.



I.

**Malformazioni congenite ano-rettali.**

Il chirurgo è, in genere, chiamato d'urgenza presso neonati venuti alla luce con *assenza dell'apertura anale* o, peggio ancora, colla *mancata formazione del retto*, per modo che l'intestino finisce in basso in un sacco chiuso, il cui fondo, nei casi più gravi, giunge appena a livello del promontorio o dell'articolazione sacroiliaca sinistra.

In tali circostanze i parenti hanno già rilevato che il neonato non ha emesso alcuna traccia di meconio, perchè manca l'apertura anale: sono stati osservati conati di vomito e perfino vomito di meconio, mentre il piccolo paziente rifiuta di poppare; l'addome è tumefatto.

Un provvedimento sollecito si impone, pena la vita del piccolo e, prima, necessita un accurato esame della situazione.

I. - Se si stabilisce trattarsi di semplice imperforazione anale, causata dalla persistenza della cosiddetta *membrana proctodeale*, nella sede del mancato ano, indicata da striature cutanee raggriate, il caso è semplice e non si tratta che di praticare l'incisione o la escissione di quella membranella occludente.

II. - Quando invece risulti che la malformazione è più profonda, che si tratta cioè di deficiente sviluppo del retto, che nessun segno esteriore permette stabilire la sede precisa dell'ano, allora cominciano le difficoltà del trattamento, che saranno tanto maggiori, quanto più grande sarà la distanza del basso fondo intestinale dal piano cutaneo perineale. Per stabilire le vere condizioni della situazione occorrono minuziose indagini locali (mai punture esplorative!), non dimenticando di utilizzare quelle radiologiche (KIRSCHNER, KAKO-

VIC), le quali possono fornire preziose indicazioni circa la sede ed il livello del basso fondo intestinale, da dedursi dalla ubicazione della bolla del gas in esso presente e che viene rilevata, osservando allo schermo il bambino colla testa volta all'ingiù.

a) Se il basso fondo risulta trovarsi a breve distanza dal perineo, esso potrà esser raggiunto senza troppe difficoltà, attraverso un'incisione mediana del perineo. Gli sforzi compiuti col pianto dal bambino fanno mettere in tensione l'ampolla intestinale, dando al dito esploratore del chirurgo un utile orientamento: questi dal canto suo potrà valersi anche della quasi costante presenza di un altro reperto indicatore: la presenza di un cordone di tessuto fibroso-cicatriziale, segnalato da POPPERT e che si trova a congiungere il piano cutaneo del perineo col basso fondo della sacca intestinale. Una volta che questa sia stata riconosciuta e raggiunta, non resta che isolarla dai tessuti circostanti, attrarla dolcemente fino ai margini dell'incisione cutanea e, soltanto a questo momento, aprirla e vuotarla. Gli orli dello stoma intestinale verranno cuciti ai margini dell'incisione cutanea.

b) Se dall'esame obiettivo, ovvero, dopo il fallimento dei tentativi iniziati per raggiungere l'intestino dalla via perineale, risulti che il basso fondo trovasi molto in alto, bisogna anzitutto valutare attentamente le forze di resistenza del piccolo paziente, giacchè, comunque, trattasi di un grave atto operatorio, al quale egli dovrà esser sottoposto. I casi sono due:

1) Se si accerta che la resistenza dell'operando è inferiore al bisogno, conviene contentarsi, per momento, di creare un semplice ano preternaturale, preferibilmente sigmoideo. Qualora poi fossero state iniziate ricerche dal perineo, riuscite infruttuose, queste saranno interrotte, rimandando in ogni caso ad un

tempo avvenire — un anno o più — l'ulteriore intervento per condurre il basso fondo al perineo. L'esperienza ha dimostrato che c'è vantaggio a procrastinare l'operazione e che la presenza dell'ano preternaturale, unico provvedimento da adottare, sarà utile orientamento per le future manovre operatorie.

2) Se invece si giudica che le condizioni del bambino consentono un'azione a fondo, si offrono allora due vie da seguire:

α) l'operazione esclusiva della via perineale;

β) esplorare prima per laparotomia laterale sinistra; mobilizzare e trascinare l'ampolla intestinale fino al perineo, attraverso il sottile diaframma pelvico e poi, chiusa la breccia addominale, completare l'operazione dal perineo, ivi aprendo ed abboccando l'ampolla (metodo addomino-perineale).

Questi pazienti vanno in seguito lungamente ed accuratamente sorvegliati: in ogni caso sono fonti di preoccupazione per l'avvenire.

Per la cura delle *fistole congenite* concomitanti, che possono complicare la malformazione ano-rettale, mi riferisco alla relazione, limitandomi qui ad accennare all'anomalia di sede dell'ano più comune e cioè all'*ano vulvare*. Esso può facilmente essere riportato nella sua sede normale. Però le recidive sono facili e per ovviare ad esse si potrà ricorrere al lembo plastico cutaneo, proposto da OMBREDANNE. Questo autore è però favorevole all'attesa, se la continenza e la sufficienza dell'ano vulvare lo permettano.

## II.

### *Prolasso del retto.*

S'intende parlare del vero, genuino prolasso, cioè della procidenza totalitaria, fuori dell'ano, delle pareti del retto e di una più o meno estesa porzione del soprastante intestino, prodottasi col meccanismo dell'invaginazione, donde la costituzione della caratteristica massa (prolasso), rivestita di mucosa e formata da due cilindri intestinali, uno dentro l'altro, separati da uno spazio sieroso virtuale comunicante col grande spazio peritoneale. Altra cosa è il prolasso parziale, la evaginazione, che riguarda il prolasso della sola mucosa, provocato per lo più da emorroidi, da tumori benigni, da prodotti a carattere infiammatorio.

La patogenesi del prolasso è complessa. Entrano in giuoco in misura varia:

- a) condizioni anatomiche particolari;
- b) fattori scatenanti vari.

Tra le prime sono da annoverare:

- 1) la deficienza dei mezzi di sostegno;
- 2) l'insufficienza o l'eccessiva debolezza del piano muscolare pelvico;
- 3) l'anormale profondità dello scavo pelvico (WALDEYER, MARCHAND);
- 4) la costruzione verticale, a piombo (TODD) del sacro.

Negli adulti sono ordinariamente presenti le prime tre: la quarta nei bambini.

Le cause scatenanti sono quelle capaci di determinare aumenti della pressione addominale, anche di breve durata, ma ripetuti: catarrì rettali; diarreie facili e frequenti; presenza di tumori benigni; stipsi abituale e via dicendo.

Il trattamento curativo è importante. Esso può essere conservativo (rettopessia) o demolitorio (amputazione o resezione).

Nei soggetti giovani, ove è possibile la guarigione spontanea, col passare degli anni, conviene l'attesa associata a cure igieniche' ovvero l'attuazione di atti operatori semplici e tra questi i vari processi di cerchiaggio.

Negli adulti, ove tale esito fortunato non è sperabile, va di regola fatta la rettopessia, tranne che nei casi, che offrono controindicazioni. L'asportazione del prolasso (amputazione, resezione del retto) ha la sua indicazione nei casi complicati da irriducibilità o da complicazioni settiche e nutritive (cangrena).

Dei numerosissimi processi di rettopessia ideati, ciascuno mira a modificare e correggere qualcheduna delle varie componenti della complessa causale. Si espone un tentativo di raggruppamento.

*Primo gruppo.* — Pessia indiretta. Comprende i processi, che mirano a correggere l'azione deficiente dello sfintere, o a rinforzare il piano muscolare perineale (i vari cerchiaggi ano-rettali [THIERSCH, KIRSCHNER, ecc.]) con fili metallici, di seta, con strisce aponevrotiche; gli impicciolimenti incruenti o cruenti dello sfintere od il suo rinforzo coll'apposizione di fasci muscolari (SCHÖEMACHER, FIESCHI, BIANCHELLI) prelevati dai muscoli striati, glutei o lisci (DELORME, REHN), apprestati a spese della stessa tunica muscolare del retto prolassato; le miorrافیe dei muscoli del piano perineale (elevatori).

*Secondo gruppo.* — Pessia diretta. Processi che cercano di dare al retto un punto di ancoraggio. L'obbiettivo si raggiunge sia per via extra-peritoneale, sia per via intraperitoneale (laparotomia).

α) Via extra-peritoneale. Sono da segnalare: la sospensione al sacro mediante trasfissione diretta della parete posteriore del retto (ECKEHOHN); lo zaffamento perirettale per provocare aderenze (LOCKART MUMMERY); le iniezioni di liquidi sclerotizzanti perirettali, collo stesso intento, quali l'alcool (FINDLAY), l'*humanolum*, l'olio di castoreo, il latte sterilizzato, le soluzioni cloridriche tenuissime (HANES).

β) Via intraperitoneale, addominale. L'ancoraggio del retto a mezzo di suture può esser fatto:

— alla parete posteriore dell'addome [ligamento vertebrale anteriore (KÜMMELL) o peritoneo parietale posteriore\* (ROTTER, LENORMANT)];

— alla parete anteriore dell'addome [peritoneo parietale anteriore (JEANNEL)].

Rientra in questa categoria l'ancoraggio per mezzo di lembi aponeurotici, peduncolati (RADZIEWSKI) o liberi (BROGLIO).

Il lembo libero di fascia lata adoperato da BROGLIO, collocato dietro il peritoneo parietale posteriore, sospende il retto prolassato al ligamento intervertebrale anteriore (per mezzo di detto lembo).

*Terzo gruppo.* — Qui i processi operatori sono diretti ad ottenere la oblitterazione dello scavo pelvico, raccogliendo in una sutura a borsa tutto il peritoneo parietale dello scavo stesso (MOSCHOWITZ). Questo modo di procedere è stato attuato da BASTIANELLI e da me con soddisfacente risultato in prolapsi molto pronunciati. Nella donna — come io feci nel mio caso — può l'oblitterazione essere associata colla fissazione, mediante sutura, delle pareti del retto prolassato agli organi genitali e loro annessi (utero, ligamento largo di sinistra) e colla ventrofixazione dell'apparato genitale stesso.

*Quarto gruppo.* — Comprende l'amputazione o la resezione del retto. Eseguita per primo da MIKULICZ in caso di cangrena del prolusso, fu estesa da MIKULICZ stesso e da altri chirurghi ai casi ordinari di prolusso con buon successo. DEMEL la fa seguire alla pessia e non se ne comprende la ragione.

### III.

#### **Lesioni traumatiche del retto.**

Quelle belliche sono ordinariamente più importanti di quelle della pratica civile.

La ubicazione dell'organo, sotto la protezione della

scheletro del bacino, spiega la non frequente occorrenza.

A) *Nelle lesioni della pratica civile* è stata rilevata la grande influenza, come predisponente alla vulnerabilità, della presenza di condizioni patologiche. Esempi: la rottura del retto in caso di proetite luetica per opera di masse fecali dure, durante il travaglio del parto (DORCETT); la rottura (MOSSKALENKO) del retto prolassato negli sforzi della defecazione con consecutiva procidenza delle anse del tenue attraverso la perforazione. E' noto il pericolo della peritonite da perforazione pel passaggio di bugie in caso di rettitostenosanti. Ed altri casi potrebbero citarsi.

Lesioni delle pareti del retto sono state osservate in seguito a manovre chirurgiche (LEE), all'azione di corpi estranei inghiottiti (dentiere) o introdotti nelle pratiche di pervertimento.

Non mancano osservazioni di ferite da arma da taglio, da schegge ossee in caso di fratture delle ossa del bacino, da proiettili di arma da fuoco.

Specialmente degne di ricordo sono le ferite dette « da impalamento » e le « rotture da scoppio » del retto.

Le prime possono essere limitate alle zone extra-peritoneali, ma possono essere anche penetranti, cointeressare gli organi circostanti (uretra, vescica, genitali) con gravi segni di shock, emorragie, complicazioni settiche locali e peritoneali.

E' richiesto un soccorso immediato, per lo più mediante laparotomia per gli opportuni provvedimenti, sia per riparare le lesioni proprie del retto, sia quelle degli organi vicini. Le lesioni uretro-vescicali concomitanti possono richiedere la derivazione diretta (cistostomia) delle urine o a mezzo della sonda.

La deviazione della corrente fecale potrà esser ottenuta con tubo di gomma, spinto verso il sigma. Raramente è stata praticata (GABRIEL) la sigmoidostomia.

Casi guariti spontaneamente non mancano, ma si trattava di lesioni leggere ed essi non devono esercitare influenza negativa sulle decisioni del chirurgo.

Le ferite da scoppio, rese note la prima volta nel 1904 da STONE, sono divenute rare oggi, dopo le provvide disposizioni di legge sulla conservazione e sul modo di usare i recipienti di aria compressa (impiegata come generatrice di forza motrice di certi stabilimenti).

Se per ischerzo di cattivo genere o per imprudenza, il beccuccio di emissione dell'aria compressa viene posto in vicinanza dell'ano, il getto dell'aria compressa

penetra nel retto, come fosse un corpo rigido, superando facilmente la debole resistenza opposta dagli abiti e dallo sfintere, determinando colla sua istantanea espansione la rottura completa o incompleta (si salva talvolta solo la mucosa) delle pareti del retto, a volte del sigma e perfino del colon. Si è verificato anche il distacco totale del retto dal sigma.

Compaiono subitaneamente violenti dolori addominali, stato di shock, meteorismo acuto totale (è stato osservato persino l'enfisema generalizzato del corpo).

Occorre, si comprende, la laparotomia immediata per la riparazione di tutte le eventuali lesioni intraperitoneali.

Lacerazioni da aria compressa sono state notate a carico delle parti molli della mano e dell'avambraccio e dell'esofago (incauto tentativo di aprire il rubinetto del tubo coi denti).

B) *Lesioni belliche.* — Ogni arma, ogni genere di proiettili (anche schegge di rocce, da questi distaccate) possono entrare in causa. Qui si dirà solo delle ferite da arma da fuoco.

Si tratta generalmente di lesioni se non frequenti, tuttavia di estrema gravità a cagione delle profuse emorragie, delle facili infezioni (cangrena) e soprattutto per la coesistenza di ferite di altri organi intraperitoneali. Assai gravi possono essere anche le lesioni concomitanti delle parti molli esterne.

Il problema terapeutico è complesso, non solo per le riparazioni delle lesioni dello stesso retto, ma anche di quelle concomitanti, la cui diagnosi non è in ogni caso facile.

A questo punto è doveroso accentuare la massima di non esitare un momento — in caso di dubbio — a praticare la laparotomia esplorativa per gli opportuni provvedimenti, che saranno vari e cioè:

- enterorrafie; gastrorrafie; resezioni (Rosst); cistorrafie; provvedimenti vari a scopo emostatico del fegato, della milza, ecc.;
- derivazioni delle feci o delle urine e drenaggi.

La diagnosi di penetrazione si basa su criteri e manifestazioni, che, se tutti presenti o in gran parte, sono pieni di significato, e cioè:

- direzione del tragitto della ferita;
- dolore spontaneo vivo della parete addominale, esacerbato dalla pressione;
- infiltrazione di essa parete, ematica o fecale o urinosa;
- difesa e contrattura muscolare;

— vomito, meteorismo, timpanismo epatico; polso frequentissimo, piccolo, ecc.

Se l'intervento immediato è *d'obbligo* nei casi dubbi, *a fortiori* lo sarà nei casi evidenti.

La frequenza di lesioni viscerali concomitanti è alta: BALDO ROSSI (gr. guerra) due sole volte non le trovò in 24 casi di ferite intraperitoneali del retto.

La mortalità è alta: 25 % nella statistica del COU-TEAUD, 79 % in quella nostrana del SANTORO e 84 % in quella di B. ROSSI.

La colostomia è di dubbio valore in un primo tempo, mentre può averne in seguito, tardivamente, tanto nelle ferite intra-, come in quelle extra-peritoneali.

La rettotomia, la sfinterotomia, a scopo di derivazione, si comprendono anche meno.

#### IV.

#### *Emorroidi.*

La loro genesi viene tuttora spiegata colla dottrina della stasi venosa a base meccanica, favorita spesso da deficienze di carattere strutturale. (ereditarietà), cioè: assenza di valvole venose, scarso sviluppo della muscolatura liscia.

L'ipotesi dell'origine neoplastica (HARTUNG e REINBACH) non ha resistito ai controlli anatomo-patologici (JESSEN). Così anche la nuova concezione di NEUMANN, che dà valore all'edema dei tessuti per il prodursi della dilatazione delle pareti venose, non può prescindere dal fattore meccanico.

I momenti causali della stasi sono ben noti. Le E. vengono distinte in:

- interne (circolo portale);
- esterne (circolo della cava);
- e miste; intero-esterne (prolassate).

Nella terapia, agli antichi e ben noti metodi operatori, si è voluto sostituire il trattamento incruento, accolto con gioia da chirurghi e non chirurghi: le iniezioni coagulanti.

V'è anche un trattamento medico: uso di sostanze vasocostrittrici (tescina di BENSANDE ed ERNST), associato a dieta poco azotata, ricca di idrocarbonati (zuccheri), blandi lassativi oleosi *per os* e *per anum*.

In caso di complicazioni, quali la trombosi e soprattutto la sepsi, è consigliabile l'attesa, non escludendosi per questo, in caso di necessità, caute manovre di riduzione manuale. Anche nella semplice trombosi questo comportamento è preferibile all'operazione immediata (da farsi però senza anestesia locale,

senza uso di strumenti, di cauteri, di divulsione) voluta in tutti i casi da molti proctologi americani (inchiesta di KARTWRIGHT 1937), i quali asseriscono di potere con questa condotta evitare embolie, ascesso epatico, sepsi generale. L'operazione consisterebbe nella semplice escissione.

Le iniezioni hanno lo scopo di determinare una trombosi asettica, che, colla successiva organizzazione, porta alla obliterazione delle varici (fatto spontaneo talora, come sopra detto!).

Molti i liquidi usati: soluzioni di chinino e uretano; oleose di fenolo; antifebina, noditrombina, ecc. Colle prime si sarebbero ottenuti risultati persino del 100% (TERREL, SIMONETTI, 1937).

KILBUORNE, esaminando 26 mila casi, notò recidive nel 15% e, secondo EBNER, nella letteratura sono noti pochissimi (due) casi di morte denunciata: quindi nè successi assolutamente pieni, nè assoluta innocuità.

Rappresentano controindicazioni le complicazioni locali (proctite, fistole, ragadi, ecc.) e generali. GABRIEL dichiara (1937) che, fervoroso praticante delle iniezioni in quasi ogni caso, le ha ridotte ora al 40% dei suoi pazienti.

La tecnica è semplice, ma deve esser perfetta. La cura può farsi ambulatoriamente e va protratta a seconda dei casi. Sono state osservate per tecnica imperfetta necrosi della mucosa, con successiva stenosi, che in qualche caso richiese la colostomia.

Sono stati segnalati casi di intolleranza dopo le prime iniezioni (shock anafilattico, imputato al chinino - FONTAINE e MADJAR 1938).

Il trattamento operatorio comprende:

— la escissione (LANGENBECK) coll'elettrocauterio, previa legatura o l'elettro-termo-puntura;

— la resezione della mucosa alla WHITEHEAD.

La escissione presuppone la divulsione cauta dello sfintere, che evita i crampi dolorosi postoperatori, ma che alcuni chirurghi respingono (senza una reale ragione).

All'operazione di WHITEHEAD sono state addebitate: stenosi, ulcerazioni residuali, sproporzionalità: si è perciò ritornati al vecchio metodo della escissione dei singoli nodi varicosi. Però non sono mancati suggerimenti per perfezionare l'operazione di WHITEHEAD, quali:

la resezione a segmenti;

la dissezione e la riapplicazione del cilindro mucoso dopo rimosse le varici;

il *repertage* dei vari settori del cilindro in via di preparazione sopra un tappo di sughero sterile, immerso nell'ano (BÜTTNER, PIETRO BASTIANELLI, GUCCI).

In molti casi i cattivi risultati della resezione debbono però essere imputati a tecnica imperfetta.

## V.

### **Flogosi ano-rettali: croniche, acute. Pruritus; fissura ani. — Fistole.**

Bel campo di attività pel chirurgo.

A) LE FLOGOSI CRONICHE vanno distinte in aspecifiche e specifiche (da gonorrea, lue, tubercolosi, sifilide, virus linfogranulomatoso N. F.).

a) Tra le forme *croniche aspecifiche* meritano un particolare ricordo la rettite emorragica, la r. ulcerosa ed infine la entità « ulcera callosa », ammessa da alcuni come una realtà, avente analogia coll'ulcera callosa gastro-duodenale e che potrebbe spiegare le lunghe sopravvivenze di malati affetti di presunto cancro rettale dopo la semplice colostomia (4 casi su 511 operati nella clinica di HOCHENECK; 3 casi su 356 osservati da KREUTER).

b) *Flogosi specifiche croniche.*

La gonorrea è una blanda manifestazione proctica che ha perduto quasi del tutto l'importanza attribuitale in passato nella genesi della stenosi classica del retto.

La tubercolosi, oltre che con le forme verrucose perianali, si manifesta con ulcerazioni della mucosa, cui possono seguire infiltrazioni del connettivo perirettale, la produzione di ascessi e fistole (in associazione coi piogeni e specialmente col *B. coli*). E' ovvia l'incidenza nelle forme floride della tubercolosi polmonare e nella tubercolosi intestinale. Tuttavia la localizzazione rettale non è frequente come si crederebbe (inchieste nei sanatori).

La lue può dare manifestazioni a carattere infiammatorio in tutti i suoi periodi. E' diminuita però fortemente la sua importanza come fattore causale delle stenosi classiche.

Rara è l'actinomicosi, più dovuta a propagazione sottoperitoneale (dal cieco e appendice), che da inoculazione diretta (in seguito a traumi). Dà infiltrati a tipo neoplastico con rammollimenti multipli (pus coi caratteristici granuli).

Ha richiesto l'amputazione del retto.

Rare sono l'amebiasi e la lambliasi.

Come appendice alle flogosi croniche vanno men-

zionate due forme cliniche importanti: il *pruritus* e la *fissura ani*.

Il *pruritus*, può tenere a cause locali (sepsi, infestazioni parassitarie) o essere epifenomeno di lesioni uretrali e genitali ovvero collegato con costituzione generale anormale (diabete, psiconeurosi, allergie).

Il trattamento è vario, causale, di spettanza medica per lo più dermatologica.

Il chirurgo può intervenire nei casi gravi, ribelli alle cure incruente o per rimuovere cause locali scatenanti o per agire sulle terminazioni nervose, sia mediante la sottominazione dei tessuti perianali (operazione di C. BALL e ALLAN), ovvero colla nevrotonomia del N. emorroidario inferiore e colla sezione delle fibre sensibili regionali, discriminate col processo STOFFEL e decorrenti nel N. pudendo entro il canale di ALCOOK (attuata anche nel prurito vulvare essenziale).

Negli ultimi tempi sono state fatte con successo le iniezioni sottocutanee locali con liquidi anestetici (percaína, proctocaina, novocaina) o con soluzioni modificatrici (alcool, chinino e uretano, fenolo, soluzioni acide debolissime), come per le emorroidi.

La *fissura ani*, nei casi inveterati rivelata da una piccola sporgenza del margine posteriore dell'ano, di origine infiammatoria (plica-sentinella, plica-avamposto: *Sentinell-tag*, *Vorpostenfalte*), si può dire che ha sede quasi obbligata nel punto di mezzo del margine posteriore del contorno anale, per particolare disposizione dei fasci superficiali del M. sfintere (secondo L. MUMMERY e MAINGOT).

Notoria ne è la ecclatante sintomatologia. Anche qui l'uso delle iniezioni sottofissurali, come pel *pruritus*, ha avuto largo impiego con buoni risultati (specialmente con soluzioni oleose di fenolo). ZWEIF preconizza la diatermia.

La cura operatoria più antica (e anche la più efficace e semplice) consiste (RECAMIER) nella divulsione dello sfintere, sotto anestesia generale (eterea, spinale e con evipan), associata o non a elettro-cauterizzazione. Più moderna è la fissurectomia (KIRSCHNER ed altri) e la sutura.

B) Nelle FLOGOSI ACUTE entrano in causa i piogeni comuni, il *B. coli*, gli anaerobi; il bacillo di Koch nella proporzione del 15%.

Il meccanismo genetico si svolge per inoculazione diretta o per propagazione da flogosi di parti vicine (bartoliniti, cooperiti, prostatiti; dei genitali nella donna).

Alcune flogosi possono avere inizio in formazioni congenite canalicolari o cistiche (dimostrabili solo con indagini istologiche), comunicanti col lume del retto ovvero in altre formazioni parimenti a carattere congenito, aventi sede nelle vicinanze (teratomi cistici presacrali; dementi coccegi perianali).

L'accesso, esito abituale, può avere sede sottomucosa, perirettale, pelvirettale superiore. Raramente circoscritto, è per lo più a carattere flemmonoso, con produzione di gas.

L'evacuazione delle raccolte deve essere sollecita, ampia, completa, con incisioni varie secondo i casi, senza preoccuparsi della possibilità di fistole residuali.

Anche recentemente è stata molto vantata l'influenza benefica delle applicazioni roentgenterapiche, in alcuni casi dimostratasi bastevole da sola, in altri quale coadiuvante del trattamento chirurgico.

C) FISTOLE ANALI. — Accertata l'esclusiva origine quale esito di processi infiammatori comuni acuti e subacuti (la tubercolosi vi è rappresentata nel 15%), viene il problema del trattamento, il quale varia coi rapporti del tramite fistoloso col M. sfintere (f. sub-sfinteriche; f. extra-sfinteriche).

Lo sfintere va rispettato. In caso di lesione verrà ricucito. Se necessaria l'interruzione, questa deve essere limitata e radiale, per impedire la divaricazione dei capi recisi.

Le fistole subsfinteriche vanno trattate collo spacamento della parete del canale fistoloso, contigua al lume rettale, sulla guida di una sonda scanalata: lo sfintere non è in pericolo.

Le fistole extrasfinteriche richiedono l'asportazione integrale delle loro pareti, unitamente agli orifizi esterni (cutanei) o interni (mucosi), mediante ampie incisioni di accesso. La breccia sulla mucosa del retto (residuata dopo l'escissione dell'orifizio profondo) va possibilmente ricucita ed il rimanente del cavo rimasto fatto guarire per seconda (zaffo).

Talune volte, dopo un'apparente cicatrizzazione, il tramite può riaprirsi. BACKHAUS, ritenendo che la causa della recidiva fosse dovuta a infezione per mancata tenuta della sutura dell'orifizio mucoso, suggerì nel 1934 la creazione artificiale di un canale sottomucoso a scopo di drenaggio, onde preservare lo spazio granulante extrasfinterico; da qui la poco comprensibile espressione: *trasformare in infrasfinterica una fistola extrasfinterica*. Non sono ben noti i risultati.

## VI.

**Stenosi del retto non neoplastiche.**

Oltre alle stenosi, che sogliono conseguire a processi di natura infettiva del retto, se ne possono riscontrare altre categorie.

1) Intanto quelle dovute a difetto di costruzione e di sviluppo già considerate fra le malformazioni congenite.

2) Negli adulti si osservano riduzioni del calibro del retto, senza che sia rilevabile una base anatomopatologica: stenosi spasmodiche o dinamiche. Esse vengono attribuite ad iperattività dell'innervazione simpatica del retto. Sono di regola di breve durata e pare che il movente di essa consista in una lesione di vicinanza. Nei casi di persistenza o di frequenti ripetizioni, può seguire una sclerosi fibrosa della tunica muscolare liscia e dello sfintere interno, che ne è una emanazione, come avviene pel crampo durevole dello sfintere esterno che si manifesta nella *fissura ani*.

3) Stenosi possono far seguito a lesioni traumatiche, ferite, lacerazioni, che importino perdite di sostanza considerevoli o forti retrazioni cicatriziali; in seguito ad applicazioni del radio per tumori rettali od uterini: la mucosa rettale è radiosensibile e vi sono stati casi che richiesero la colostomia.

In questa categoria rientrano i postumi di operazioni chirurgiche ad es., dopo vaste asportazioni di tumori benigni (villomi) o male eseguite WHITEHEAD.

Ma le più frequenti, le vere importanti stenosi sono quelle che si svolgono nel corso o in seguito a processi di natura infettiva, dei quali sono l'esito abituale. Però i vari fattori etiologici, a volta a volta proclamati e ritenuti le causali esclusive delle retrazioni e degli ispessimenti delle pareti rettali, hanno dovuto cedere il campo, quasi completamente ad uno, che è stato dimostrato essere la causa vera della stenosi comune, cioè al virus della linfogranulomatosi inguinale benigna o malattia di NICOLAS FAVRE. Così oggi il gonococco, lo spirocheta, il bacillo di Koch, l'actinomicosi sono messi fuori causa nel campo della genesi delle stenosi classiche, pur non negando gli autori la possibilità del loro intervento in casi rari ed eccezionali.

La identificazione del fattore delle due malattie, linfogranulomatosi e stenosi venne stabilita da FREI, il quale nel 1928 trovava presente la reazione, che porta il suo nome e che è specifica dei portatori del granuloma inguinale (1925), nei soggetti con determinate lesioni genitali (elefantiasi delle grandi labbra e della

cute del perineo: estiomene) e simultaneamente di lesioni del retto a carattere stenotico.

Successivamente — anni 1929, 1930 — si poté avere la prova diretta del fatto, essendo riuscita ad HELLERSTRÖM e WASSER la riproduzione del processo linfogranulomatoso negli animali recettivi anche mediante la inoculazione dei prodotti patologici delle retti stenotici.

Il virus, oggi ben noto nei suoi caratteri biologici e nella sua azione patogena, può pervenire alle pareti del retto e determinarvi le alterazioni (rettite specifiche linfogranulomatosi), che portano alla stenosi, con vario meccanismo, ma quasi sempre in virtù del commercio sessuale, normale o no. La malattia è trasmessa ai sani da soggetti con lesioni in atto e forse anche da semplici portatori: essa è stata ritenuta una « quarta malattia venerea » e se ne conoscono bene le caratteristiche: periodo d'incubazione; lesione primaria (nei genitali esterni o nella mucosa rettale, orale o altrove); costante invasione delle vie linfatiche e stazioni regionali linfatiche; propagazione, ecc.

Restringendo la breve esposizione alle lesioni, che si producono nel retto, si può affermare che il virus perviene a questo in due maniere: una — e sembra la più comune — detta indiretta — nella quale il virus dall'area linfatica genitale passa nell'area linfatica perirettale, donde le pareti del retto sono investite dall'esterno. Nella maniera diretta del contagio, il virus viene primariamente deposto sulla mucosa rettale, ove hanno luogo le prime alterazioni e, successivamente, il processo potrà raggiungere i tessuti connettivi perirettali e i gangli linfatici regionali. Il risultato sarà in ogni caso una profonda alterazione delle pareti con riduzione permanente del lume.

Nei riguardi della diagnosi della malattia è dimostrato che la reazione FREI è presente in non meno del 95 % dei casi: coesiste la WASSERMANN se il soggetto è contemporaneamente un lueticco. La reazione di FREI manca costantemente nelle flogosi e stenosi di altra natura.

Per quanto si riferisce al trattamento curativo delle stenosi non neoplastiche in generale, è ovvio che nei casi, in cui la circolazione fecale è fortemente compromessa o del tutto interrotta, si impone la creazione dell'ano preternaturale, ma è ben raro che si sia costretti a questo estremo provvedimento, qualora abbiano avuto luogo cure, sia pure insufficienti.

Venendo al trattamento delle singole forme di ste-

nosi, basti ricordare che per quelle congenite se ne è parlato nel capitolo delle malformazioni congenite.

Per quanto riguarda le spasmodiche o dinamiche, è sufficiente, per mitigare i fatti di spasmi riflessi, un appropriato trattamento medico ed in pochi casi l'intervento chirurgico diretto a rimuovere la causa scatenante (cura di un eventuale megacolon).

Per le stenosi di natura traumatica sono stati escogitati provvedimenti operatori conservatori: rettotomie e suture tipo MIKULICZ; rettoplastiche, sia per le vie naturali, sia con opportuni accessi dalla via perineale o perineo-sacrale.

Così dicasi per le stenosi consecutive ad un atto operatorio. Per quelle di grado assai limitato possono esser sufficienti le semplici dilatazioni graduali con bugie di gomma o metalliche.

Quanto alle stenosi da virus, il problema terapeutico è ancora aperto.

La cura chirurgica, mostratasi « carente », malgrado le sistematiche operazioni demolitorie a carattere radicale (amputazioni), ebbe l'ostracismo « ufficiale » già nell'anno 1934, confermato successivamente negli anni 1935, 1936 e 1937. Solo l'anno scorso si ebbe qualche appello isolato alla chirurgia (colostomia; amputazione senza ricostruzione, onde evitare la recidiva sul moncone orale trasportato al perineo), dopo gli insuccessi avuti colle cure mediche, di per sé esasperanti, tanto per i pazienti, quanto per i medici.

Le cure mediche tentate sono state molteplici. La vaccino-terapia (o sieroterapia) collo stesso vaccino FREI diluito ha dato così scarsi e magri risultati da essere stata posta in abbandono.

Tra le numerose cure chemioterapiche saggiate, si sono dimostrate di una qualche efficacia quelle a base di preparati all'antimonio (emetina, stybial, solganal, tiomalina, fuadina): meno efficaci i preparati a base di iodio (lugol), in ogni caso da usare nei periodi di riposo, che si debbono interpolare durante la lunga cura stibiale. È stato saggiato il trattamento con sulfamidici.

Cure fisiche. La röntgenterapia ha dimostrato una certa influenza solo sul bubone specifico inguinale, ad opera di FREI.

La dilatazione meccanica è sconsigliata, mentre è attribuito grande valore da MARCHAND a quella diatermica, o più propriamente alle applicazioni diatermiche mediante sonde metalliche rettali (BENSAUDE). Esse darebbero luogo, secondo MARCHAND, ad una di-

sgregazione parcellare, che sarebbe la causa determinante dell'ampliamento della stenosi, il che permette l'uso di sonde di calibro crescente.

La elettro-coagulazione, praticata col proposito di ottenere la caduta delle vegetazioni (BENSAUDE) intracavitari, non ha dato i successi desiderati.

## VII.

### *Tumori del retto.*

Si osservano tumori benigni e maligni.

I. Fra i primi sono registrati: il papilloma dell'ano (da non confondere colle rare forme di tubercolosi verrucosa o col condiloma venereo); il fibroma dell'ano e del retto; il lipoma; il mioma; il polipo (adenoma) solitario del retto, sessile o peduncolato.

Fra i più importanti si considerano il villoma o tumore villosa degli anglo-sassoni e la poliposi, per la possibile insorgenza da essi del carcinoma.

Si parla di proliferazioni benigne, rare, a struttura linfatica (tonsille rettali).

II. I tumori maligni sono nella grandissima maggioranza rappresentati dal carcinoma.

Il sarcoma è assai raro: 0,50 % fra tutti i tumori del retto (GERRITZEN 1933) o al massimo, secondo altri autori, 1-2 %. Nell'ospedale di Londra, specializzato per i tumori, di sarcomi si trova registrato, secondo GABRIEL (1937), un sol caso in 25 anni. Pare più ovvia la varietà melanotica. Colpisce individui giovani e si riproduce nel fegato, nella milza, nel midollo spinale; quello melanotico anche nelle ghiandole linfatiche (inguinali) regionali.

La cura operatoria, si modella su quella del cancro; la recidiva locale e la disseminazione metastatica a breve scadenza sono state la regola.

Gli autori inglesi considerano fra i tumori maligni l'endoteloma, che origina dall'endotelio dei capillari sanguigni e linfatici.

È stata osservata la localizzazione rettale della linfogranulomatosi maligna (OGLOBINE).

Tumori sorti nei tessuti di organi vicini o produzioni a carattere congenito, specialmente teratomi sacrali, possono nelle fasi ulteriori della loro evoluzione contrarre col retto rapporti, che interessano il chirurgo. Fra essi sono specialmente da ricordare: il cordoma sacrale, che sorge dai relitti della notocorda o dai tessuti adulti da essa provenienti e le prolifera-

zioni originate dagli elementi migrati dalla mucosa uterina, che si sviluppano all'esterno delle pareti del retto, deformandole con conseguenti riduzioni considerevoli del lume, a simiglianza di quanto può avvenire per lo svilupparsi del carcinoma. Trattasi della così detta endometriosi del retto, che ha richiesto in taluni casi provvedimenti analoghi a quelli per il carcinoma, con ottimi risultati definiti (mancanza di recidiva), trattandosi di proliferazione a carattere benigno.

Il carcinoma del retto per frequenza rappresenta il 4% di tutti i cancri del corpo e l'8% di quelli dell'intestino. E' meno frequente del cancro dello stomaco.

Colpisce nella proporzione di 2:1 o di 3:2 il sesso mascolino. Quanto alla età, è più ovvio nell'adulto; anni cruciali sono il 52° o il 56°; ma può riscontrarsi oltre il 70° e al disotto dei 20-15 anni.

Pare in aumento. In Inghilterra, secondo GABRIEL (1937) si è potuto accertare un aumento annuale di oltre 1000 unità di morti per cancro rettale in un ventennio, dal 1916 al 1935, così che da 49.630 che erano nel 1916, i morti salirono nel 1935 a 67.295. In Italia, secondo i dati statistici in possesso dal 1931 al 1937, vi è anche stato un crescendo nella cifra globale dei morti per cancro rettale (maschi e femmine) e cioè da 774 che erano nel 1931 a 1090 nel 1937 (DE BERARDINIS). Tale aumento però si ritiene essere in rapporto al proporzionale aumento verificatosi nella popolazione, più che come un reale crescendo della mortalità per cancro (percentuale di mortalità su ogni 1000 abitanti).

Condizioni predisponenti (precancerose) possono considerarsi le irritazioni croniche di qualsiasi natura. Ma più che altro sono importanti da questo lato le produzioni a carattere neoplastico già ricordate: il tumore villosa e la poliposi essenziale. La loro struttura, la evoluzione clinica cambiano: a un determinato momento procede da esse una proliferazione a carattere canceroso, che porta di conseguenza un cambiamento dei caratteri clinici. Mentre si è in possesso dei più minuti particolari istologici del mutamento strutturale, ci sfugge la natura essenziale del fenomeno. La poliposi entra in causa più del villoma, il quale del resto è anche meno frequente. Quanto a gravità e malignità non v'è differenza tra i carcinomi originari della mucosa del retto e quelli derivanti dal villoma o dalla poliposi; così dicasi della evoluzione. Nel cancro sorto sulla poliposi, frequentemente l'origine è policentrica.

La proporzione dell'incidenza sui vari settori del ret-

to, che possono esser tutti sede del carcinoma è tale, da potersi considerare il settore anale il meno colpito: quello ampollare il più predisposto: dopo l'ampolla, è il settore alto del retto o il distretto retto-sigmoideo, ove più si riscontra il carcinoma (8-10%; 60%; 25-30%). Secondo WESTHUES la proporzione dei cancri così detti anali è minima (2%): in compenso costituiscono le forme più gravi.

L'evoluzione del carcinoma rettale ha luogo in maniera continuativa e secondo direttive ben note e costanti. Rallentamenti nel decorso, soste apparenti, possono verificarsi, ma di breve durata.

L'origine policentrica (3-4 centri) nella poliposi può esser contemporanea o successiva (recidive su polipi rimasti *in situ* sul sigma o sul colon, dopo l'operazione sono state anche osservate).

L'accrescimento del cancro è dapprima *parietale* ed ha luogo circonferenzialmente o in senso parallelo all'asse, con costante predilezione per la direzione orale.

La stessa tendenza all'espansione verso l'alto si verifica nella propagazione *extraparietale* della neoplasia, cioè entro le vie linfatiche e nelle stazioni linfo-glandolari. Questa seconda fase inizia nell'area perirettale — stazioni linfoglandolari viciniore, disseminate nel connettivo perirettale — e prosegue, per le vie linfatiche efferenti, nelle stazioni più lontane, scaglionate lungo le diramazioni dei vasi nutritizi più importanti del retto, l'arteria emorroidaria superiore, ove costituiscono il cosiddetto « ilo linfatico » del retto. Quando avviene il trapasso delle cellule cancerose oltre l'ilo linfatico e sono da esse raggiunti i gangli mesenterici — ghiandole paracoliche — e aortici si costituiscono metastasi irraggiungibili dal chirurgo. Questa diffusione linfatica del cancro ha luogo qual si sia il settore del retto primitivamente colpito. Nei cancri così detti anali le cellule cancerose possono prendere anche altre vie (pelviche, inguinali).

Le metastasi per la via sanguigna possono avvenire in qualsiasi momento: per lo più nel fegato. Non sono così frequenti come potrebbe pensarsi: la causa ci sfugge: forse intervengono processi trombotici (isolatori?) al primo giungere degli elementi cancerosi a contatto dell'ambiente endovasale (WESTHUES).

Può verificarsi anche la diffusione della neoplasia ai tessuti ed organi vicini al retto: ma essa è per un certo tempo contenuta dalla fascia pelvica: sono la prostata le vescicole seminali, la base della vescica nell'uomo; le pareti vaginali e l'utero nella donna. Tali propa-

gazioni possono, non sempre, esser ragione di inoperabilità.

La struttura istologica del cancro varia col settore interessato: predomina quella del cancro cilindro-celulare e a tipo glandolare: nei cancri anali si possono avere forme malpighiane e anche la varietà melanica. Non mancano forme di passaggio e si osservano degenerazioni varie. La biopsia pre-operativa può dare qualche indicazione circa il grado della malignità.

La sintomatologia può esser muta al principio o aversi manifestazioni di tipo dispeptico. Seguono turbe funzionali (diarrea, stipsi) generiche; emissioni di mucosità fetide o sanguinolenti. E' sempre indispensabile praticare ripetutamente l'esplorazione digitale, indice certo nella grande maggioranza dei casi. Tenesmi, dolori alla regione sacrale e al basso ventre insorgono in fasi già progredite. Non bisogna attribuire tutto ad eventuali emorroidi presenti, come pure non bisogna dimenticare che disturbi urinari di tipo prostatico con ritenzione (DE GIRONCOLI) possono mascherare la realtà delle lesioni, quindi si richiede in tali casi l'accurato esame dell'apparato urinario. Altrettanto è richiesto per quello genitale nella donna. Ha importanza l'indagine radiologica, sia col clisma, sia col pasto opaco. WESTHUES indica come ottima la tecnica radiologica di FRICKE di Erlangen (introduzione di un sottile pallone di gomma nel retto), che permette di stabilire, col mezzo opaco immessovi, i limiti di tumore. Non verrà trascurato l'esame del torace. La retto-sigmoidoscopia può scoprire utili dettagli. L'esame generale deve essere accurato e completo. La diagnosi precoce migliora la prognosi; non perchè autorizzi un intervento operatorio più circoscritto, e quindi meno grave, ma perchè rende più facilmente dominabile il complesso delle parti, che debbono essere sistematicamente demolite.

Per la terapia si sono moltiplicati gli sforzi dei chirurghi e dei radiologi. I primi sono riusciti ad abbassare le altissime mortalità operatorie, che erano l'appannaggio dei processi più radicali e più redditizi (per il metodo combinato: da 60-50% di quarant'anni or sono, la mortalità è stata ridotta a cifre inferiori al 10%) e a prolungare notevolmente il periodo della sopravvivenza postoperatoria. Ai radiologi si debbono i sorprendenti miglioramenti della tecnica radio-terapica, che hanno permesso di agire con maggiore efficienza, applicando direttamente ed intensamente i raggi sulla neoplasia (plesioröntgenoterapia di CHAOUL),

ottenendone la scomparsa per un periodo di tempo dapprima insperato.

Le statistiche stabiliscono che i migliori risultati si ottengono su pazienti, che conservano ancora le loro riserve di resistenza e nei quali le lesioni si trovano ancora contenute e dominabili. Quindi ogni sforzo va fatto per giungere alla diagnosi alle prime manifestazioni della malattia.

Il problema della operabilità, a carattere radicale, s'intende, si profila, subito dopo quello della diagnosi, giacchè oggi si conviene da tutti, radiologi compresi, che il cancro rettale debba essere curato chirurgicamente. Ora le statistiche stabiliscono che vi è un'alta percentuale, oscillante tra il 70 ed il 50%, di pazienti che al momento dell'osservazione sono inoperabili radicalmente. Il giudizio sulla operabilità richiede perciò il più accurato esame, non esclusa, nel dubbio, la laparotomia diagnostica, che, nei casi che risultassero operabili, potrà costituire il primo tempo dell'operazione radicale.

Se il paziente risulta inoperabile radicalmente, per lui non sono a disposizione che misure di carattere palliativo, di valore variabile. Tra esse vengono annoverati: il trattamento radio- e radium-terapico; la elettro-coagulazione; la colostomia.

La cura radicale operativa trova, secondo la maggioranza dei chirurghi, la sua indicazione piena in circa la metà dei pazienti osservati (50%). Essa è sempre da consigliarsi e da attuarsi con serenità; malgrado la gravità e la inevitabile percentuale di mortalità operatoria. Secondo raffronti comparativi tra la categoria di pazienti operati e quella dei non operati (PÄSSLER 1936), è risultato chiaramente che la situazione degli operati è complessivamente la più vantaggiosa e migliora col passare degli anni. Difatti alla fine del triennio i non operati risultavano tutti morti; mentre, sorpassato il terzo, il quarto e non poche volte anche il quinto anno dopo l'operazione, molti fra gli operati si trovavano, assai dopo il primo triennio, ancora in vita. Nè qui si contano i casi controllati per 10, 12, 15 ed anche 18 anni!

Il risultato dell'operazione dipende anche da altre circostanze secondarie, quali l'esperienza e la perizia dell'operatore; il criterio di larghezza o di restrizione nella scelta dei casi operabili; il metodo operativo adottato, ecc.

Al successo dell'operazione contribuiscono per comune consenso alcune pratiche preoperatorie, di cui

la principale è la trasfusione sanguigna, che può essere ripetuta dopo l'operazione. Contribuisce anche al buon risultato la scelta dell'anestetico; la attenuazione dello shock operatorio (operazione frazionata in più tempi, ovvero compiuta simultaneamente e sincronicamente dalla via laparotomica e dalla via perineo-sacrale da due gruppi di operatori (KIRSCHNER 1937) ed altri espedienti (DECKER 1938).

L'obbiettivo dell'operazione è l'asportazione metodica del settore colpito, comprese le note propagazioni lungo le vie linfatiche e le stazioni regionali linfoglandolari. Si è riconosciuto, dopo le ulteriori ricerche anatomopatologiche (WERSTHUES ed altri), che la radicalità dell'operazione non implica il sacrificio sistematico dell'apparato sfinterico, il quale pertanto dovrà essere conservato tutte le volte che le condizioni lo permetteranno. Si potrà così realizzare un voto, caldeggiato fra gli altri da BASTIANELLI già nel 1934, secondo il quale uno dei problemi più pressanti della chirurgia futura del cancro rettale dovrà essere quello di conseguire il più spesso possibile la conservazione dell'apparato sfinterico, risparmiando ai pazienti l'ano preternaturale permanente, non sempre tollerato. Purtroppo però le condizioni, nelle quali vediamo questi malati, sono per lo più tali da non permettere che assai raramente la realizzazione di questi postulati. Difatti, secondo GOEPEL (1937), HIBBINETTE (1938), le condizioni indispensabili sarebbero:

1) la delimitazione del tumore, specialmente in basso, quindi tumori non pervenuti ad uno stadio avanzato, che imponga manovre che richiedano la compromissione dell'apparato muscolare o la sua innervazione;

2) la situazione alta del tumore (dalla metà superiore dell'ampolla in su): i cancri bassi non permettono alcuna conservazione (non sono i più frequenti!).

Per l'operatore poi sono necessarie altre situazioni di fatto:

3) la buona mobilità del moncone centrale, in modo che esso possa esser portato al perineo, senza stiramenti e quindi necessità di poter disporre di un meso abbondante e cedevole;

4) pazienti in condizioni generali tollerabili: gli obesi in genere non si prestano.

Tutti i chirurghi, animati dalla buona volontà di raggiungere il noto desiderato, fanno rilevare che difficilmente queste condizioni si trovano tutte pre-

senti. Valgano a dimostrazione, per tutti, le cifre di HIBBINETTE. Egli ha potuto ottenere la restaurazione della funzione sfinterica solo otto volte su 113 operati radicalmente (7%) e precisamente sei volte su 48 operati della sua clinica privata e due sole volte su 65 operati ospedalieri (3%). Nota a proposito che questi ultimi si presentano al chirurgo nelle peggiori condizioni.

Possiamo disporre di tre vie per accedere sul retto. Da ciò nacquero tre grandi metodi operatorii: perineale, sacrale (o transacrale), addominale. Queste vie possono esser battute singolarmente, ovvero in maniera associata: donde, in compendio, due grandi metodi operatorii: semplice e combinato. Nel primo si comprendono i processi perineale, sacrale, vaginale, addominale.

Il più antico, il processo perineale genuino, dovrebbe a rigore prescindere da qualsiasi sacrificio dello scheletro: ma dopo la larga applicazione fatta specialmente da KOCHER, l'asportazione del cocchige è implicita e la denominazione resta immutata.

Il processo sacrale, ideato ed eseguito da KRASKE (1885) è basato sulla rimozione della parte bassa del sacro (inferiormente al terzo forame sacrale), per avere più ampio accesso sul retto. Ha avuto notevoli modificazioni e perfezionamenti, le più importanti delle quali costituiscono il recente processo di GOETZE (1932-1934), col quale si viene ad ottenere un ampio accesso posteriore non solo sul retto e sul tumore, ma sul cavo peritoneale, quasi come avviene con la laparotomia dall'avanti: così che alcuni autori parlano di celiotomia dorsale o sacrale. Il peritoneo presacrale, dopo lo scollamento del retto dalla escavazione sacrale (si intende unitamente coll'area connettivo-linfatica, contenente le metastasi viciniori e l'avvolgente fascia pelvica), viene ampiamente aperto e così più razionalmente che non col primitivo processo Kraske, si provvede all'emostasi (tronco dell'arteria emorroidaria inferiore principalmente), alla mobilitazione dell'intestino e alle successive fasi dell'exeresi.

I processi esclusivamente vaginali (REHN, 1895) o esclusivamente addominali (HARTMANN) hanno dimostrato deficienze, nè hanno avuto seguito nella cura operatoria del cancro.

Il metodo combinato (GAUDIER, CHALOT, GIORDANO, 1896) colle sottodivisioni: processo addomino-perineale e addomino-sacrale, dà modo di eseguire l'operazione dall'alto e dal basso congiuntamente, sia in un'unica seduta operatoria, sia in due o più sedute successive a seconda dei casi e delle circostanze, che

qui non è il caso di riportare. La esecuzione complessiva dell'operazione in più tempi è stata fatta per frazionare i rischi dovuti alla durata eccessiva e allo shock consecutivo e altre volte è stata imposta dalla necessità di attuare in un primo tempo un provvedimento di urgenza (ano preternaturale). La distribuzione diversa delle manovre operatorie nei singoli tempi ed il vario modo di iniziare il complesso atto operatorio (prima l'atto sacrale o perineale, poscia l'adominale o viceversa) ed anche la diversa maniera di provvedere alla funzionalità dell'intestino (multiforme restaurazione dell'ano naturale o confezione di un ano preternaturale definitivo) contribuiscono a darci

ragione del gran numero e della varietà dei processi operatori, tra i quali l'operatore oculato ha modo di scegliere.

Quanto ai risultati: si può in linea di massima asserire che i processi unilaterali hanno avuto sempre una mortalità inferiore a quella dei processi del metodo combinato, ma che quest'ultima è stata nei tempi recenti, come si è detto, considerevolmente abbassata.

I risultati definitivi, quelli cioè riferentisi alla maggior durata delle guarigioni o meglio della sopravvivenza, sono stati finora, si può dire, un privilegio di quei pazienti, nei quali fu applicato il metodo combinato.

57808

~~334268~~

