



1070

PROF. G. M. FASIANI

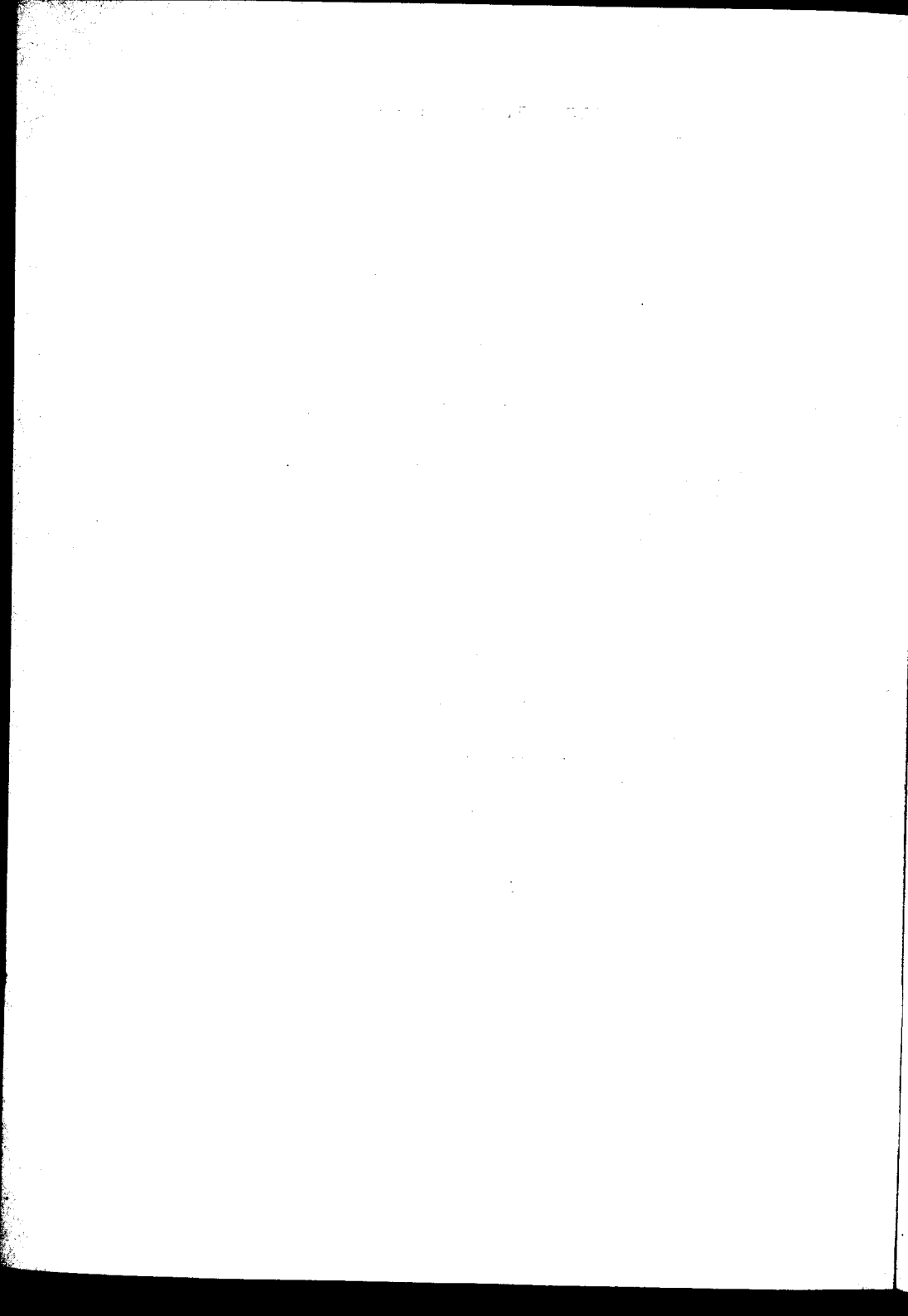
Direttore della Clinica chirurgica generale della R. Università di Milano

CHIRURGIA DEI TUMORI DEL CERVELLO

PROLUSIONE AL CORSO DI CLINICA CHIRURGICA

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Luglio 1939 - XVII





PROF. G. M. FASIANI

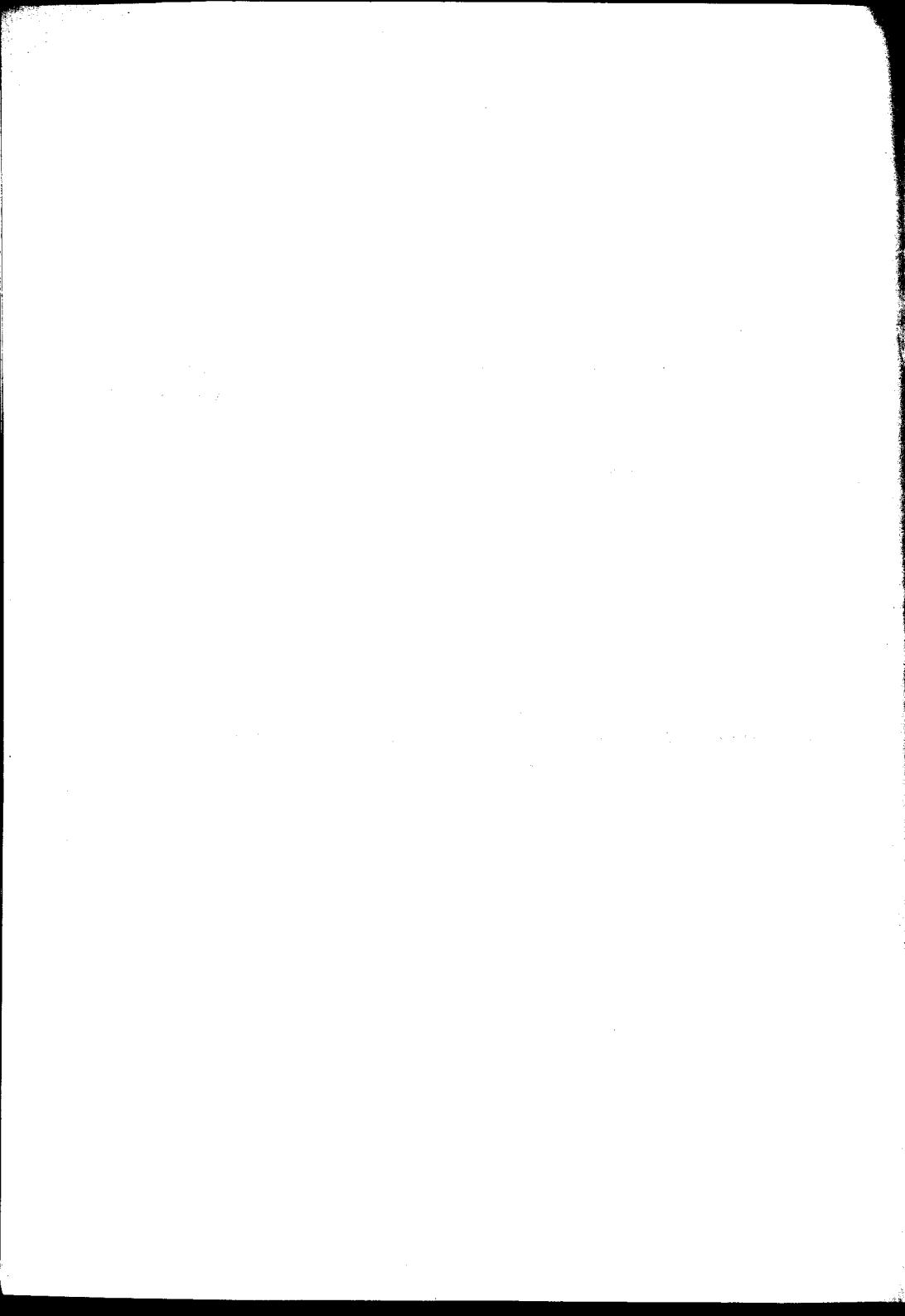
Direttore della Clinica chirurgica generale della R. Università di Milano

CHIRURGIA DEI TUMORI DEL CERVELLO

PROLUSIONE AL CORSO DI CLINICA CHIRURGICA

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Luglio 1939 - XVII





Magnifico Rettore: Desidero ringraziarvi di tutto cuore delle cordiali parole di saluto e di augurio con le quali avete voluto darmi il benvenuto.

L'elogio che mi avete fatto supera di gran lunga la mia modesta capacità: ma le vostre parole mi sono di grande aiuto e conforto nel momento nel quale assumo il mio nuovo ufficio e ne misuro tutta l'importanza e ne intravedo tutto il carico di responsabilità e di difficoltà.

Poichè io ben so che se qui non mi attende il confronto con una secolare serie di universitarii, ben più severa prova dovrò incontrare al vaglio della numerosa e valorosa schiera di colleghi che in questa grande città tenero e tengono alte le insegne della chirurgia.

E ben so che, salito come sono ora, dalla tranquilla pace della dolce Padova al clamoroso fervore della vostra vita, dovrò moltiplicare la mia attività, stimolare tutte le mie energie, dare tutto me stesso per adeguarmi al nuovo compito e rendermi degno del posto eminente che mi venne affidato.

Ma consentitemi anzitutto che io rivolga il mio pensiero devoto e riconoscente a S. E. il Ministro dell' Educazione Nazionale che mi giudicò degno di coprire questo alto ufficio, e che io presenti il mio più vivo ringraziamento a voi, Colleghi carissimi, che con voto lusinghiero mi avete a lui indicato, e che io ponga un saluto reverente agli uomini eminenti che mi hanno preceduto su questa Cattedra.

E poichè, ad ogni tappa di nostra vita, prima

di riprendere il cammino giova rievocare gli eventi che ne determinarono il corso, consentite che mentre raggiungo il culmine della salita, io guardi a valle, pieno di gratitudine verso il Maestro che mi preparò adatto al lungo cammino, e verso la terra dura ed aspra che mi diede i natali e mi nutrì di sua severa e solida sostanza, e verso la dolce regione che materna mi accolse, e come figlio mi tenne, avviandomi nella luminosa scia delle sue tradizioni secolari, e secondando ogni mia fatica col più premuroso e vigile affetto.

O amici di Padova e del Veneto, che in gruppo numeroso siete qui venuti a portarmi il vostro saluto e a dirmi il vostro memore affetto, io voglio ripetervi l'espressione della mia riconoscenza, per tutto quanto mi avete dato a piene mani nei quattordici anni di mia vita in mezzo a voi, e che si riassume in una sola dolce parola, fiducia: fiducia che sempre viva e calda e operante io ho sentito salire da voi verso di me, fiducia che fu lievito di ogni mia azione, guida sicura in ogni mia difficoltà, premio ambito di ogni mia impresa: fiducia che rappresenta e rappresenterà sempre per un chirurgo il fondamento essenziale ed indispensabile di ogni proficuo lavoro.

Camerati studenti: Per iniziare oggi il mio corso di clinica chirurgica, ho scelto il tema: «Chirurgia dei tumori del cervello»: e tale scelta ho fatto perchè ritenni degno di una lezione inaugurale parlarvi delle nuove conquiste in un campo che parve fino a ieri precluso ad ogni nostro ardimento, e indicarvi quale sia

lo stato attuale di questa particolare chirurgia, della quale tutti discorrono (alcuni per esaltarla forse con eccesso, altri per deprimerla forse con esagerazione), ma della quale pochi conoscono oggi le reali possibilità, i limiti, le incertezze, le difficoltà, i pericoli, i successi e gli insuccessi.

La chirurgia del cervello può veramente dirsi costruita quasi per intero in questi ultimi anni: fino ad ora, il principe dei nostri organi, chiuso nella sua ossea custodia, protetto da un robusto involucro fibroso, ma intessuto della più tenera e delicata sostanza, pareva nella sua nobiltà e nella sua fragilità inadatto a tollerare ogni manuale aggressione.

Sono secoli che la scatola del cranio viene aperta dalla mano del chirurgo: ma solo in tempi recentissimi venne trovata la via segreta per penetrare nel sacrario del suo contenuto, senza che alla profanazione seguisse fatalmente l'inabissarsi di tutto l'edificio.

Voi sapete che un progresso lento e graduale ha segnato tutte le tappe della moderna chirurgia.

Parve che scoperta l'anestesia, e dominato con l'asepsi e l'antisepsi il nemico subdolo che minava e frustrava alle sue origini ogni azione chirurgica, fosse di colpo offerta la possibilità di aggredire ogni organo ed ogni tessuto.

L'esperienza dimostrò invece che altri ostacoli dovevano ancora essere superati, insiti nelle qualità diverse dei tessuti e degli organi e delle loro funzioni: ostacoli che misero a dura prova gli accorgimenti più sottili, e che ritardarono di volta in volta, ma non arrestarono mai il cammino ascendente.

Nacque così dapprima la chirurgia dell'addome inferiore: poi a poco a poco quella dell'addome superiore col fegato, lo stomaco, la milza: poi, attraverso difficoltà non comuni, si sviluppò la chirurgia del torace.

Ultima quella del cervello: poichè soltanto ora, come ha scritto CUSHING, il chirurgo è infine giunto a sentirsi in casa propria anche nell'interno della scatola cranica.

Le nuove conquiste non si creano mai dal nulla: sempre vi è alle fondamenta un lungo silenzioso paziente lavoro di preparazione, sul

quale il prescelto dalla Dea Fortuna riceverà il dono del successo e riuscirà a dar vita al gesto o all'idea che si tramuta in una concreta vittoria.

Alla base della nuova chirurgia del cervello sta la serie immensa di studi e di ricerche sulla anatomia e sulla fisiologia del cervello: e sta il faticoso e audace lavoro dei pionieri.

Rivolgiamo dunque innanzi tutto uno sguardo al passato, ed un doveroso omaggio agli uomini che seppero con tenacia, in mezzo allo sconforto degli insuccessi, tener desta la fede e viva la speranza.

Due nostri uomini eminenti, un chirurgo ed un medico devono essere qui per primi citati.

FRANCESCO DURANTE, che il 1° giugno del 1885, in una donna di 35 anni, che presentava esoftalmo sinistro, anosmia, disturbi della memoria e modificazioni del carattere, posta diagnosi di tumore intracranico frontale, praticata una apertura di circa 5 cm. di diametro, attraverso a questa asportava con successo un tumore del volume di una mela, impiantato sulla dura madre, penetrante nell'etmoide, che arrivava fino alle apofisi clinoidee e sostituiva per intero il lobo frontale di sinistra, ed era evidentemente un meningioma della fossa olfattoria di sinistra: il primo meningioma estirpato con successo: grande e arduo intervento, che ancor oggi costituisce prova severa per un chirurgo esperto di operazioni intracraniche.

AUGUSTO MURRI, che nell'epoca più triste della chirurgia del cervello, allorchè il timore dell'insuccesso frequente allontanava anche i più animosi, decisamente si ergeva a sostenitore della necessità indefettibile di perseverare e di osare.

Non è senza viva commozione che si possono rileggere le parole accorate del Grande Maestro che tenta ogni più persuasiva lusinga, e lancia ogni più mordente rimprovero, per indurre i suoi chirurghi ad accettare la sua indicazione di un più attivo procedere.

«La Chirurgia, egli scrisse, non perde nulla a tentare e a non riuscire in qualche caso... ma perderebbe molto, se per tema di tentare invano, lasciasse morire degli uomini cui essa aveva l'invidiabile mirabilissimo privilegio di rendere alla vita»; e più innanzi: «Ad uno che sta per sommergere e vi chiede una corda, ose-

reste voi rispondergli che forse la corda non è resistente abbastanza?»).

Ed è alla indicazione di AUGUSTO MURRI e alla fede trasmessa nel chirurgo BENDANDI che si deve il successo di quella asportazione di un neurinoma dell'angolo ponto-cerebellare eseguita nel febbraio 1895 che fu il primo fortunato intervento per tumore di tale sede e natura.

Accanto a DURANTE e a MURRI, devono essere ricordati: MAC EVEN che già nel 1879 estirpava un tumore del lobo frontale sinistro; e GODLEE che nel 1884 riusciva ad estirpare un glioma sottocorticale in sede centrale: e i due grandi iniziatori della chirurgia del cervello, VICTOR HORSLEY e FEDOR KRAUSE; VICTOR HORSLEY soprattutto, che partito dallo studio della neurologia e dalla sperimentazione fisiologica sul sistema nervoso centrale, si convinse delle grandi possibilità della chirurgia del cervello e in mezzo a opposizioni, irrisioni e critiche, impavido continuò a segnare le dure e lente strade del progresso.

Abbiamo ricordato i precursori: rendiamo ora il nostro riconoscente omaggio ai realizzatori.

HARVEY CUSHING, che nella prima decade del secolo, ritornato da un lungo soggiorno in Europa armato (com'egli scrisse) di due novità, l'esperienza vissuta nel laboratorio di Sherrington e l'emodinamometro scoperto a Pavia nelle mani di RIVA-ROCCI, ma soprattutto animato dalla tranquilla fede dei veggenti che sanno scorgere la luce là dove per altri è buia notte, si accinse a scalare le vette impervie della chirurgia del cervello.

Non più di 50, egli scrisse in una memorabile lettura, erano in quell'epoca i casi sopravvissuti ai numerosi tentativi di asportare un tumore del cervello: eppure questi tentativi, ad onta della scoraggiante mortalità, avevano dimostrato dei fatti importanti che facevano prevedere la possibilità di una nuova era.

Abbandonata a poco a poco la chirurgia generale nella quale eccelleva, tutto si dedicò all'oggetto della sua nuova impresa: «Il chirurgo, egli scrisse, non meno di ogni altro individuo che compia lavoro di pioniere in un determinato campo, deve aggredire il suo soggetto da tutte

le parti, e non limitare la sua attenzione a ciò che può compiere il suo tagliante»: e CUSHING divenne anatomico e fisiologo, e otologo, e oculista, e neurologo, e patologo: e l'agognata vittoria si concedette a lui soltanto dopo la più accanita, la più tenace lotta che nella storia della chirurgia si ricordi combattuta da un solo uomo.

Accanto a CUSHING due suoi allievi: PERCIVAL BAILEY, che attraverso al paziente lavoro di molti anni riuscì col Maestro a districare l'oscura tessitura dei tumori del cervello e a raggiungere una logica classificazione istogenetica: WALTER DANDY, l'uomo geniale e ardito che ha segnato di sua impronta robusta i diversi campi della neurochirurgia e al quale dobbiamo ciò che per noi chirurghi costituisce il più prezioso acquisto, la pneumografia del cervello, indispensabile elemento di certezza per guidare con precisione e misura la nostra azione aggressiva verso la sede della lesione.

E accanto agli americani, alcuni nomi europei devono essere ricordati, DE MARTEL, VINCENT, OLIVECRONA, MONIZ, cui spetta il merito di aver contribuito ai più recenti progressi della chirurgia del cervello.

I progressi della chirurgia del cervello si sono realizzati soprattutto nel campo della cura dei tumori, e ciò avvenne per l'influenza favorevole convergente di tre principali fattori:

- 1) lo sviluppo di una tecnica specializzata;
- 2) la possibilità di una esattissima localizzazione;
- 3) una migliore conoscenza del decorso clinico e del comportamento biologico delle singole forme di tumori.

E' stato detto che «la chirurgia è poco più di un complesso di stratagemmi»: e si volle significare che il successo sorride a chi acquista non solo la destrezza ma anche la malizia nel mestiere, a chi sa cioè trovare per ogni campo di azione la via più adatta per affrontare o per evitare ostacoli e difficoltà, a chi sa essere più ingegnoso nell'escogitare accorgimenti e nel precisare dettagli.

In nessun campo come in questo la cura del dettaglio, l'applicazione dell'artificio più sottile, è condizione essenziale di un risultato favorevole.

Da millenni il cranio venne trapanato: ma fino all'era dell'asepsi e dell'antisepsi, ogni qualvolta il chirurgo deliberatamente o casualmente superò la barriera dell'involucro fibroso, si trovò dinanzi alle conseguenze frequentissime e fatali dell'infezione meningea: cosicchè, nonostante il progressivo perfezionarsi degli strumenti atti a trapanare, per opera soprattutto del BERTIPAGLIA, di BERENGARIO DA CAPRI, di DELLA CROCE e poi dei chirurghi del 700 e dell'800, la trapanazione rimase atto chirurgico adatto soltanto a curare fratture con affondamento ed emorragie extradurali.

Ma anche dopo l'avvento dell'era dell'asepsi, i tentativi di portare sul cervello azioni chirurgiche aggressive, si rivelarono subito disastrosi: e i mezzi che risultavano adeguati per la chirurgia degli altri visceri, apparvero del tutto inadatti per le particolari strutture dei centri: ogni contatto vi determinava lesioni non rimediabili, ogni emorragia creava situazioni non dominabili coi mezzi comuni.

E qui si rivelò la sagacia sapiente di HORSLEY e di CUSHING: poichè attraverso ad un paziente processo di revisione e di critica e ad una lunga serie di prove e di tentativi, vennero elaborando una tecnica che per la sua delicatezza e precisione si adegua alla esilità e alla fragilità delle strutture sulle quali deve esercitarsi.

Ed ecco anzitutto istituirsi il precetto di operare con studiata lentezza, con attenta misura, per ridurre con scrupolo ogni azione lesiva: ecco scomparire dal tavolo operatorio la compressa di garza, sostituita dalla morbida falda di cotone umidito: ecco risorgere la tecnica antica dell'operare in campo irrigato: ecco bandita ogni detersione per contatto e sostituita con l'uso dell'aspiratore.

Ed ecco sorgere tutta la serie dei mezzi adatti a frenare l'emorragia: i frammenti di muscolo fresco per le emorragie venose del tessuto nervoso, della dura, dei seni; i fili d'argento applicati con adatte delicate pinze ai vasi cerebrali; gli apparecchi elettrici ad alta frequenza per

la emostasi da coagulazione; la cera per i vasi diploici.

E ancora, ecco la perfezione del trapano elettrico ad arresto automatico: e la sega di GIGLI per la sezione esatta e sottile dei ponti ossei; e l'uso delle punture ventricolari per diminuire la tensione intracranica; e l'applicazione dello sfigmomanometro come mezzo per seguire passo passo le condizioni circolatorie dell'operato; e l'uso della trasfusione di sangue durante gli interventi per consentirne la prosecuzione ad onta delle emorragie; e la elaborazione e il progressivo perfezionamento di metodi di scopertura e di aggressione delle singole porzioni del cervello tali da consentire riguardoso spostamento di parti e sicure manovre nelle sedi desiderate.

Basta che io accenni ai procedimenti moderni della ipofisectomia transnasosfenoidale, e transcranica transfrontale; ai metodi per la chirurgia della fossa posteriore; a quelli per gli interventi nel III ventricolo o nei ventricoli laterali; e a quelli che consentono di praticare la resezione del polo frontale, del polo temporale, del polo occipitale, o anche (come venne fatto) la asportazione sopranucleare di un intero emisfero, per darvi prova del grande lavoro compiuto in brevissimo volger di anni in questo campo della medicina operativa.

Ma la tecnica è cosa sterile se rimane azione meccanica e se non riceve anima dalla conoscenza sempre più perfetta dell'oggetto su cui deve esercitarsi.

E la tecnica cominciò a dare frutti soltanto quando la diagnosi precoce, la diagnosi di sede, la diagnosi di natura dei tumori intracranici, poté compiere in tempi recentissimi passi decisivi.

La necessità di una diagnosi precoce non richiede estesi commenti: poichè essa è comune a molti campi della chirurgia ed è preminente in quella dei tumori.

Nel campo particolare della chirurgia dei tumori del cervello, questa necessità è tanto più urgente, quanto più importanti sono le funzioni sulle quali si esercita il danno, quanto più difficile riesce compensare lo spazio perduto, quanto più irreversibili sono le lesioni prodotte sulle

strutture dei centri, e minaccioso il danno recato alla funzione visiva dalla lunga ipertensione.

Sui problemi della diagnosi precoce dei tumori del cervello hanno scritto da noi pagine assai chiare CARLO BESTA e UGO CERLETTI, mettendo in rilievo tutto il valore che per l'accertamento della realtà di un sospetto rivestono i moderni metodi di indagine neurologica e radiologica.

«L'atto chirurgico può essere frequentemente coronato da risultato se il portatore arriva al chirurgo all'inizio della malattia, vale a dire nel periodo nel quale prevalgono nel quadro i sintomi locali e non quelli generali» (LEHMANN).

«Si deve abbandonare il concetto, ha scritto BAILEY, che la cefalea, il vomito, i disturbi visivi siano da considerare come sintomi cardinali di un tumore cerebrale: essi sono sintomi di aumentata tensione intracranica: e un tumore dovrebbe essere sovente riconosciuto prima della comparsa di questi sintomi».

E anche senza accettare alla lettera il detto di BAILEY che «vi è un solo sintomo cardinale di un tumore del sistema nervoso, la progressiva alterazione a focolaio di una funzione nervosa senza fenomeni febbrili» può ben essere ritenuto esatto che «là dove una progressiva alterazione di una funzione nervosa si manifesta, si deve sospettare la esistenza di un tumore e si deve accertare od escludere questa possibilità assai prima che si presentino i segni di aumentata tensione endocranica».

La diagnosi di sede di un tumore intracranico costituisce per il chirurgo problema di capitale importanza.

Il cranio non può essere aperto ed esplorato con la stessa facilità con la quale si apre e si esplora l'addome: la via di accesso deve essere esattamente situata e di grandezza adeguata al volume del tumore: una esplorazione infruttuosa è accompagnata sempre da un grave pericolo.

Dal non lontano giorno nel quale BROCA individuò il centro della parola e da quello nel quale FRITSCH e HITZIG, FERRIER, ALBERTONI indicarono nella corteccia i centri motori, una

immensa e preziosa congerie di fatti venne raccolta, sulla quale si fonda la perfetta dottrina delle localizzazioni cerebrali.

Ed è su questa dottrina che posa sue solide basi la semeiotica neurologica, nella ricerca della sede delle lesioni centrali.

Ma questa ricerca che sembrerebbe dovere obbedire a leggi sempre esatte, trova nella pratica clinica numerose cause di errore, anzitutto perchè i tumori del cervello possono crescere lentamente spostando le parti nobili dei centri, e raggiungere notevole volume senza dare origine a segni irritativi o deficitari: e poi perchè talora accanto ai segni della lesione locale, o indipendentemente da questi, si rendono evidenti manifestazioni da parte di regioni vicine o anche di regioni lontane dovute a fatti di edema cerebrale, a blocco della circolazione del liquor, ad azioni pressorie sulla sostanza cerebrale o su vasi o su nervi, a pressioni contro le ossa o la dura, a emorragie in parti del cervello lontane dal tumore.

In tali circostanze succede che le considerazioni relative alla diagnosi di sede sono intaccate da un importante fattore di incertezza e che (come scrisse BELLONI) «il filo di Arianna costituito dalla semeiotica a base anatomo-fisiologica si spezza nelle mani del neurologo in un numero importante di casi e per lo più proprio in quelli nei quali il chirurgo gli chiede ove debba affondare il suo trapano per scoprire ed aggredire il male».

Nel Congresso di Milano della Società Radio-Neuro-Chirurgica, BARRÉ ha esposto senza ambagi la situazione nel neurologo di fronte alla questione della diagnosi di sede dei tumori cerebrali, ricordando la frequenza «con la quale il neurologo si trova nella impossibilità di localizzare un tumore cerebrale, sia perchè non esiste alcun segno indicatore netto, sia perchè esistono segni così numerosi che non si riesce a stabilirne il vero significato».

Per queste ragioni si può ben affermare che allorchè WALTER DANDY, nel 1918 comunicò i risultati delle sue prove di visualizzazione delle cavità cerebrali, introducendo aria per via lombare e per via ventricolare, e diede così vita alla pneumografia cerebrale, fece compiere alla chirurgia del cervello uno dei suoi passi più deci-

sivi: poichè ogni tumore determina modificazioni di forma o di sede delle cavità ventricolari, e queste modificazioni possono venir registrate e documentate sul radiogramma con assoluta esattezza.

Da noi CARLO BESTA, il cui spirito alacre ed inquieto cerca senza soste le nuove vie del progresso, fu il primo a rilevare tutta l'importanza del nuovo mezzo diagnostico e a farsene assertore e propagandista convinto, affermandone la semplicità, la scarsa pericolosità, il grandissimo valore.

E in una sua recente magistrale lezione Ugo CERLETTI, rievocando « i momenti drammatici di una esplorazione intracranica negativa » ha elevato un inno di riconoscenza alla pneumografia cerebrale, che ci palesa « i contorni esterni ed interni del cervello, il punto dell'eventuale blocco delle vie del liquor, le dilatazioni, gli spostamenti, gli impacciamenti dei ventricoli, conferendoci nei casi più oscuri una sicurezza di diagnosi che in altri tempi non si poteva neppure sognare ».

La encefalo- e la ventricolografia, con la sorella arteriografia, sono oggi nelle nostre mani il mezzo perfetto della diagnosi di sede: e avendo l'esperienza insegnato a ridurre la pericolosità ad un minimo perfettamente tollerabile, e ad interpretarne esattamente gli aspetti, noi andiamo estendendone la applicazione non solo ai casi nei quali la diagnosi neurologica è impossibile, ma anche a molti di quelli nei quali essa è probabile o certa: poichè anche in questi è utilissimo per noi raccogliere prima dell'intervento le più esatte notizie sulla sede, sul volume, sui rapporti del tumore.

I fatti accertabili con i mezzi della pneumografia e della arteriografia rappresentano oggi per noi chirurghi il più solido terreno sul quale osiamo muoverci per risolvere il problema sempre arduo e complesso di riconoscere, localizzare, asportare un tumore del cervello.

Ma alcune cifre, meglio delle frasi generiche, riusciranno a indicarci il valore dei nuovi mezzi di diagnosi topografica: e sono le cifre indicanti la corrispondenza fra la diagnosi preoperatoria di sede e il reperto operatorio.

Dalla memoria di TOOTH (che nell'anno 1912 prese in considerazione i fatti capitali riguar-

danti 265 soggetti operati in un decennio con diagnosi di tumore cerebrale nel National Hospital di Londra) risulta che 78 volte, e cioè nel 30% circa dei casi, il tumore non venne verificato all'intervento.

Oggi la situazione è completamente mutata poichè, per es., CUSHING su 153 tumori diagnosticati ne ha trovati 148, e DANDY ne ha trovati 491 su 509, e OLIVECRONA confermò al tavolo operatorio la diagnosi di sede nel 82,8% e TÖNNIS nel 98,1% dei casi.

Ciò significa che la diagnosi di sede di un tumore cerebrale, che un tempo era considerata fra le più ardue di tutta la medicina, ha raggiunto insperate frequenze di esattezza.

E' stato detto da parte neurologica che i chirurghi tendono a sopravvalutare la importanza della ventricolografia e a sottovalutare invece quella della nevrologia; è stato parlato di « velato disprezzo » col quale i chirurghi verrebbero considerando i sintomi clinici rivelati dalla semeiotica neurologica; è stato detto che il chirurgo cerca, attraverso la ventricolografia, di essere dispensato dal ragionare; e si è aggiunto che « il feticismo della ventricolografia rappresenta il trionfo finale della tecnica sul raziocinio ».

Ma è stato anche autorevolmente affermato che non ha senso il contrapporre neurologia e radiologia per la diagnosi di tumore del cervello: ma che l'unica questione che deve essere posta è quella del modo di coordinare i due campi d'indagine: ed è stato giustamente ripetuto che alla neurologia spetta in ogni caso il compito direttivo, alla radiologia in molti casi il compito decisivo.

Un altro importante elemento di progresso venne offerto dalle estese conoscenze acquisite intorno alla struttura istologica e intorno alla biologia dei tumori intracranici.

Come è noto, non soltanto sono oggi ben conosciuti gli aspetti istologici dei tumori extracerebrali (adenomi ipofisari, craniofaringiomi, angiomi, emangioblastomi, meningiomi, neurinomi, ecc.) ma per opera di CUSHING e BARTLEY anche il grande e complesso e per lungo tempo confuso gruppo dei gliomi potè essere

scomposto sulla guida di una classificazione istogenetica, in tipi riferibili agli elementi gliali normali.

Non solo, ma il confronto fra la struttura istologica dei tumori e il loro decorso clinico, ha dimostrato che una metà circa di tutti i gliomi (medulloblastomi, glioblastomi) ha carattere di tumore maligno, che per il rapido accrescimento, lo sviluppo infiltrante, la tendenza alla rapida recidiva, sfida ogni trattamento chirurgico; mentre l'altra metà (in massima parte astrocitomi e oligodendrogliomi) per il suo sviluppo lento o lentissimo, la sua limitazione, la scarsa tendenza a recidivare può essere considerata relativamente benigna e adatta quindi alla estirpazione chirurgica.

E lo studio attento dei caratteri biologici di alcune migliaia di tumori cerebrali istologicamente verificati, ha dimostrato che le singole forme non solo presentano una caratteristica localizzazione e danno quindi origine a sindromi tipiche, ma anche le singole età mostrano una particolare disposizione per alcune qualità di tumori, e singole parti del cervello sono in ciascuna età colpite più frequentemente.

Sulla base di queste conoscenze è oggi avviato il tentativo di raggiungere preoperatoriamente la diagnosi di natura di un tumore intracranico, con lo scopo di istituire su più solide basi la indicazione dell'atto chirurgico e la espressione di un giudizio prognostico.

E già si può affermare che in un numero considerevole di casi questa diagnosi di probabilità o di certezza può essere posta con i dati della clinica, o con quelli della radiologia.

Per altri casi, ancora purtroppo numerosi, nulla di concreto può essere detto prima dello scoprimento del tumore, e l'incertezza sulla sua natura può persistere anche dopo averne osservati i caratteri macroscopici: e tanto necessaria appare questa conoscenza per ordinare e graduare l'aggressione, che nella sala operatoria di ogni neuro-chirurgo si è imposta la pratica dell'esame psicico estemporaneo.

* * *

Vi ho esaltato il progresso della chirurgia del cervello e dovrei ora darvene la prova con la presentazione dei risultati: ma temo che questa

prova non vi apparirà corrispondente alla promessa.

E perciò voglio dirvi subito che non dovete attendervi di incontrare in questo campo i risultati meravigliosi per regolarità e perfezione ai quali ci ha abituati la chirurgia dell'addome.

Non dovete dimenticare che una buona parte della chirurgia del cervello si è rivolta finora alla cura di tumori più o meno maligni, cosicché nel valutare il numero e la qualità dei risultati il confronto va fatto, non con la chirurgia generale, ma con quella particolare dei tumori.

E voglio aggiungere che l'affermazione di un grande progresso raggiunto venne espressa in funzione della desolante regolarità degli insuccessi di un tempo: e volle significare non già che la metà sia stata definitivamente raggiunta, ma soltanto che una buona tappa venne superata e che un avvenire migliore si profila all'orizzonte.

La chirurgia dei tumori del cervello, considerata globalmente nei suoi risultati sugli interventi condotti secondo le indicazioni assai larghe che oggi vengono generalmente accettate, presenta una mortalità operatoria assai elevata: poichè pur essendovi grandi differenze fra i diversi operatori, si aggira sulla cifra del 20-25 % e sovente la supera.

E se questa cifra può essere considerata buona in confronto con quella del 60 % della statistica di TOOTH del 1913, io non esito a dire che la considero non accettabile.

Una chirurgia con una mortalità operatoria così elevata, con una sopravvivenza successiva ancora considerevolmente ridotta, non potrebbe essa stessa sopravvivere, e sarebbe destinata fatalmente alla decadenza e all'abbandono: se la chirurgia dei tumori del cervello vuole vivere, deve ridurre i suoi morti.

E la cifra di mortalità effettivamente si riduce se noi la cerchiamo nelle statistiche dell'uomo che ha raggiunto la più alta perfezione nella tecnica e la più cauta prudenza nelle indicazioni, HARVEY CUSHING che sui 365 tumori operati negli ultimi tre anni di sua attività, registrò una mortalità operatoria globale del 18,5 per cento.

E la cifra di mortalità acquista aspetti parti-

colari degni di rilievo, se la si riferisce ai singoli gruppi di tumori: poichè mentre essa raggiunge il 40 % circa nel malignissimo medulloblastoma del cervelletto, scende al 10% nell'astrocitoma, e al 3-4% nell'adenoma ipofisario.

E se noi ricerchiamo come hanno fatto gli allievi di CUSHING, i risultati lontani, per illuminarci sulla sorte dei sopravvissuti a distanza di 8-10 anni, noi possiamo constatare che la cifra del 40 % di sopravvivenza riguarda esclusivamente soggetti portatori di tumori benigni, mentre nessuno, dico nessuno, dei portatori di medulloblastomi o di glioblastomi maligni venne ritrovato vivente: cosicchè se questi venissero esclusi dal novero, la cifra percentuale di sopravvivenza lontana crescerebbe in modo considerevole.

Per diminuire la cifra di mortalità operatoria e migliorare quella di sopravvivenza lontana, occorrerà non solo che ciascun chirurgo del cervello vada affinando la sua tecnica, e che stabilita la diagnosi di sede rifiuti i casi di lesioni non raggiungibili, e che durante l'atto operatorio eviti ogni danno alle strutture nervose che contengono centri di importanza vitale come il bulbo, la protuberanza, il mesencefalo, l'ipotalamo: ma occorrerà soprattutto che si perfezioni sempre più la diagnosi preoperatoria di natura del tumore, in modo che risulti possibile scartare quelle forme che per la loro malignità si rivelarono non dominabili dalla chirurgia.

Come abbiamo ricordato, molto si è fatto già su questa strada: e BAILEY in un suo recente opportunissimo scritto ha precisato le direttive di marcia che la chirurgia dei tumori del cervello deve seguire nel campo della indicazione di trattamento, se vuol ridurre la cifra di mortalità al di sotto di quel 10% che fu l'ideale indicato da CUSHING, ed elevarsi quindi al rango delle sorelle addominale, ortopedica, urologica, toracica.

Ma non si dimentichi che nel misurare il successo della chirurgia del cervello, non si deve esigere sempre che questo sia clamoroso e completo: anche i risultati parziali e temporanei hanno il loro valore: non soltanto le operazioni radicali, ma anche quelle palliative fanno parte del bagaglio tradizionale della chirurgia dei

tumori, e ognuno sa quanto apprezzabile sia il beneficio di prolungare una vita utile, di impedire la cecità, di allontanare le sofferenze.

* * *

Vi ho parlato a lungo di chirurgia dei tumori del cervello perchè questi sono oggi il più frequente oggetto degli interventi intracranici.

Ma altri campi di azione si prospettano alla neuro-chirurgia, in parte già ben noti, in parte appena esplorati.

Ricorderò la chirurgia delle vie ottiche intracraniche, la chirurgia delle nevralgie del trigemino e del glossofaringeo, e quella delle sindromi vertiginose da lesioni dell'uditivo, nelle quali si raccolgono ogni giorno, attraverso ad un rischio operatorio ridottissimo, risultati soddisfacenti.

E ricorderò i tentativi di MONIZ per la cura di alcune malattie mentali, e quelli vecchi e nuovi per la cura delle epilessie, e quelli più recenti di BUCR e CASE per il trattamento delle atetosi: per dirvi che la chirurgia del cervello, ormai uscita di minorità e armata di metodi efficaci e di crescente esperienza, al di là del triste regno dei tumori, guarda verso orizzonti più lontani e più limpidi, alla ricerca del suo inamancabile ulteriore progresso.

* * *

Così viva e sentita è la novità penetrata in campo neurologico con l'avvento di nuove insperate possibilità di terapia ottenute coi mezzi della chirurgia, che problemi di evidente importanza sono sorti dinanzi ai neurologi e ai chirurghi.

Deve la neuro-chirurgia essere fatta dal chirurgo generale o divenire una specialità indipendente?

Deve il chirurgo del sistema nervoso essere in prima linea neurologo o in prima linea chirurgo: o più precisamente deve egli essere un completo neurologo che ha imparato la tecnica della particolare chirurgia, o invece un completo chirurgo generale che si è avvicinato ai problemi neurologici? E ancora, la neurologia dovrà rimanere una specialità della medicina interna e lasciare che la neuro-chirurgia

assuma fisionomia e funzioni indipendenti, oppure dovrà abbandonare i legami tradizionali e avviarsi verso il campo della chirurgia: insomma il futuro neurologo dovrà essere un « medico » oppure un « chirurgo »?

Non credo che la neurologia debba diventare una specialità chirurgica, poichè le malattie neurologiche richiedenti una terapia chirurgica sono e probabilmente resteranno una piccola minoranza.

E non credo che il neurologo debba divenire chirurgo, ma credo invece che la neurochirurgia debba essere fatta da chirurghi.

E ritengo che ogni chirurgo generale che voglia addentrarsi nei difficili problemi della neurologia e che abbia possibilità di raggiungere una opportuna organizzazione, possa eseguire con successo le più grandi operazioni intracraniche: e penso che (come vi sono chirurghi generali che con predilezione attendono alla chirurgia toracica, o alla chirurgia del collo, o a quella dell'addome), vi saranno chirurghi generali che dedicheranno una parte considerevole del loro tempo alla neurochirurgia e potranno divenire ottimi neurochirurghi: occorrerà però che la loro attività neurochirurgica non sia occasionale ed episodica, ma abbia la necessaria continuità ed assiduità.

Ma sono ben persuaso che la neurochirurgia possa divenire una specialità indipendente, poichè già fin d'ora possiede una propria patologia, una propria semeiotica, una propria terapia: e perchè io credo che la specializzazione sia un male necessario che deve essere disciplinato ma accettato, perchè innegabilmente rappresenta un elemento di progresso e di perfezionamento.

Non ho poi dubbio alcuno sulla necessità che lo specialista neurochirurgo sia primitivamente un chirurgo: e quando dico un chirurgo intendo un uomo che attraverso alla più severa preparazione nella chirurgia generale abbia acquistato i più solidi fondamenti del mestiere. La neurochirurgia non è « piccola chirurgia »: essa comprende operazioni per lo più grandi, talvolta grandissime, per le quali sono necessarie le più spiccate qualità, la resistenza fisica e psichica, la perseveranza, la pazienza, l'ardimento e la prudenza, la delicatezza, la capacità alle decisioni più gravi, il criterio della scelta

dei metodi e dei tempi, la padronanza dell'azione in momenti di improvviso ed estremo pericolo.

Ed è certo che secondo un criterio ideale questo chirurgo dovrebbe divenire anche un buon neurologo, e acquistare ampie cognizioni nei campi speciali della patologia del sistema nervoso, della oftalmologia ed otologia e radiologia neurologiche: non dissimilmente però dal chirurgo dello stomaco o da quello del sistema urinario, che per essere perfetto deve possedere in pieno le cognizioni mediche generali e speciali del suo campo d'azione.

« CUSHING, il fondatore della moderna neurochirurgia ha dimostrato con l'esempio quanto si possa raggiungere sia dal punto scientifico che da quello pratico quando tutte le fila che conducono al successo sono riunite in una sola mano robusta ».

Ma è anche certo che una utile collaborazione può essere istituita fra il chirurgo e il neurologo e il radiologo e l'oftalmologo e l'otologo: purchè il chirurgo non consideri questa collaborazione come pretesto a rimanere ignorante di ciò che non sia azione di tagliente, ed egli sappia e voglia mantenere la sua indipendenza.

Il chirurgo non deve più « discendere al livello di un manovale o diventare una macchina insufficiente nelle mani di altri »: poichè in definitiva a lui spetta il compito finale più importante, vale a dire la decisione e la esecuzione dell'atto chirurgico, egli deve essere il centro cui convergono tutte le fila dell'opera che egli deve portare a compimento sotto la sua responsabilità.

* * *

Camerati studenti: per questa mia lezione inaugurale ho scelto come tema la chirurgia del cervello: ma non vorrei voi credeste che io sia giunto alla cattedra di Clinica chirurgica generale di Milano per iniziare e svolgere un corso di neurochirurgia.

Io sono chirurgo generale e tale intendo rimanere, anche se rivolgerò una parte della mia attività verso un campo che mi appassiona.

E vi assicuro che nell'aula della Clinica chirurgica voi vedrete passare ben pochi casi di chirurgia nervosa: e che il mio insegnamento si volgerà, come d'uso, a tutti i campi della chi-

rurgia e particolarmente a quelli che più direttamente interessano il medico pratico.

E nella sala operatoria, che io v'invito caldamente a voler frequentare, e che io terrò sempre ben aperta al vostro desiderato soggiorno, voi vedrete compiersi i più disparati interventi, perchè vi sia dato conoscere tutto ciò che la chirurgia può oggi affrontare e raggiungere.

Ma io vorrei che allorchè assisterete ad uno dei grandi interventi della chirurgia del cervello, lo spettacolo dell'ordinato, metodico, paziente, faticoso lavoro attraverso al quale un gruppo di uomini sotto la guida di un capo riesce, superando ad uno ad uno gli ostacoli frapposti, a portare a compimento secondo un piano prestabilito un'azione rischiosa, vorrei che questo spettacolo costituisse per voi non soltanto insegnamento di scienza e di arte.

Vi ho detto che la chirurgia vive di successi, e muore là dove non riesce a raggiungerli: ma ora vi dico che essa vive anche dell'eroico sforzo che si compie ogni giorno nelle sue sale per superare difficoltà che sembrano sovrumane: e vive della luce abbagliante fatta di volontà, di

fermezza, di coraggio, di disciplina che irraggia dai campi della sua azione.

In quest'ora di rinascita nazionale, mentre risorge la volontà romana di impero e di potenza, mentre le genti di nostra razza sentono riecheggiare gli accenti dell'antica prepotente necessità di primato, mentre si rivede lo spettacolo grandioso di una intera Nazione unita intorno ad un grande Capo, sicura di sè, fiera dei suoi uomini e della sua storia, convinta del suo miglior destino, spetta alle scuole il compito preminente di additare ai giovani le più virili imprese e di temprarne l'animo alle più dure lotte.

Di fronte a questo compito, la scuola di chirurgia, che è sempre scuola di combattimento, vuole avere il suo posto in primissima linea.

Camerati colleghi, camerati studenti, miei cari assistenti vecchi e nuovi, gentili e preziose infermiere volontarie della Croce Rossa, che qui ho trovato in schiera imponente intente alla pietosa opera che vi ispira, accogliete il mio saluto devoto e cordiale: è con voi e per voi che in perfetta umiltà, ma con ferma fede e con accesa speranza, io inizio oggi la mia nuova strada.

57776



831309

