

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
PADOVA

ON. PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO

MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI e G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SECRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO QUINTO

1939



Mine B
OK
K

**L'operazione
per ernia inguinale obliqua esterna.**

Per il Dott. GIOVANNI COCCI

Chirurgo Primario - Arezzo.

OSSERVAZIONI DEL PROF. CATTERINA

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA





L'operazione per ernia inguinale obliqua esterna.

Per il Dott. GIOVANNI COCCI - Chirurgo Primario - Arezzo.



OSSERVAZIONI DEL PROF. CATTERINA

Nel volume V, n. 1, 1937 della *Pratica chirurgica e delle discipline affini* (Tipografia « Leonardo da Vinci », 1937 - Città di Castello) fu pubblicato dal dott. Cocci che ne è il Direttore, l'opuscolo sopra segnato fornito di 14 tavole a colori.

Appena che un Collega mi fece avere l'opuscolo, lo lessi e lo studiai molto attentamente, feci numerose prove sul cadavere, e pregai dei miei ex Assistenti di eseguire l'operazione sul vivo. Preparai una risposta di 17 pagine dattilografate, e chiesi il parere a due Colleghi illustri dopo aver loro consegnato il fascicolo. Mi risposero che non facessi pubblicare la mia critica, pur essendo scritta colla massima obbiettività.

Se oggi ritorno sull'argomento si è perchè sul num. 49 del 3 dicembre 1938 del *Zentralblatt für Chirurgie* il collega Cocci ha descritto il suo metodo per le operazioni delle ernie inguinali in generale, senza limitare il suo metodo, come risultava dalla sua prima pubblicazione alle sole ernie inguinali oblique esterne. Il Cocci inserisce solamente 6 delle 14 figure del suo opuscolo italiano che sono chiaramente dipinte da un noto pittore, mentre quelle sul *Zentralblatt* non sono colorate. Nella edizione tedesca del suo metodo siamo quindi d'innanzi ad un procedimento per la cura radicale di tutte le ernie; gli orizzonti si sono perciò ingranditi valicando le Alpi. Nel testo tedesco dice che scopo di ogni imprendimento chirurgico che deve por-

tare a guarigione uno stato morboso deve mirare anzitutto a rimuovere le condizioni morbose che lo producono, sostituendo il male con un procedimento che abbia ad impedire assolutamente una recidiva dello stesso, senza però sacrificare in nessun modo le parti anatomiche vicine. Nell'edizione italiana dice esplicitamente di rimuovere colla massima completezza le formazioni patologiche che concorrono alla presenza dell'ernia, e che possono occasionare una recidiva. Fermiamoci su questo punto.

Io porto, dice l'A., la mia attenzione specialmente all'orifizio inguinale profondo e al colletto del sacco, che in questa sede presenta in questo punto una formazione cicatriziale dovuta all'affardellamento del peritoneo sacculare, e che conduce al saldamento delle pieghe peritoneali affardellate. Questa alterazione cicatriziale si estende ai tessuti circostanti producendo una fusione col peritoneo sacculare colla fascia trasversalis all'interno, e spesso colle fibre muscolari della parete addominale all'esterno. Nelle sue tavole colorate nn. 6, 7, 8 sta appunto dipinta questa cicatrice raggiata circolare dentro e fuori del colletto. Ora esiste quasi sempre — come dice l'A. — cotale cicatrice? L'A. deve certo aver avuta una grande fortuna, perchè nè io, nè altri colleghi abbiamo mai veduto un affare simile a quello che è dipinto nelle sue tavole.

Certo nelle ernie voluminose maltrattate

dal cinto o comunque traumatizzate abbiamo trovato ispessimenti, aderenze cicatriziali del sacco col viscere erniati, ma la compressione prodotta dal cinto produce prevalentemente ispessimenti del sacco nella porzione lungo il canale inguinale dove

fascia trasversale, muscolatura addominale senza aver dato sintomi infiammatori, o ulcerazioni, o sintomi di strozzamento? Se l'ernia è piccola e contenibile, come mai può succedere una tale complicazione? Se l'ernia è grande ma libera, e

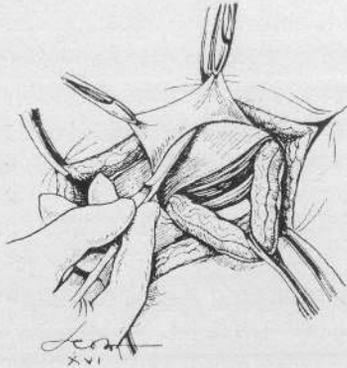


Fig. 1.

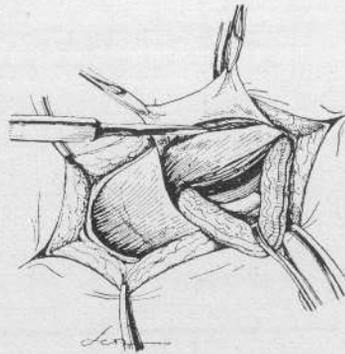


Fig. 2.

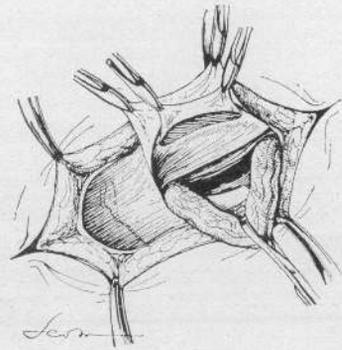


Fig. 3.

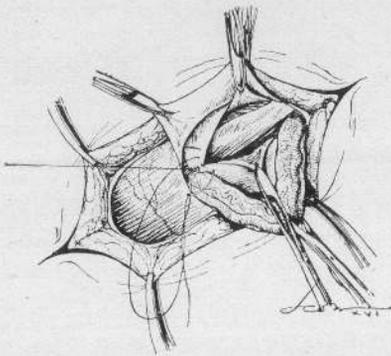


Fig. 4.

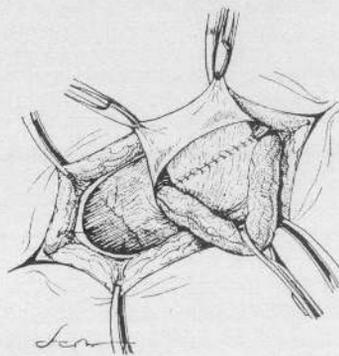


Fig. 5.

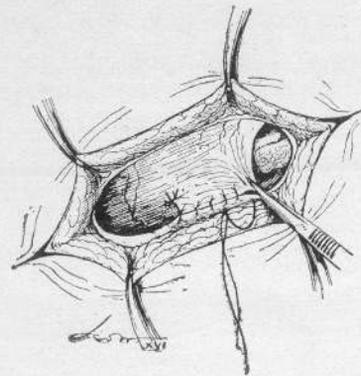


Fig. 6.

vi preme, e nel fondo del sacco; ispessisce il cremastere, lo ipertrofizza, aumenta il numero degli involucri accessori, ma difficilmente data la sua profondità agirà proprio sullo stesso orifizio interno e sul colletto che per la compressione del cinto resteranno piuttosto sospinti in dentro e ben poco irritati, sì da produrre la cicatrice raggiata descritta dall'A.

Se un cinto contiene l'ernia anche se voluminosa, perchè si deve costituire proprio sull'inizio del colletto e all'anello un tessuto cicatriziale raggiato conglobante

contenibile, perchè il cinto dovrà irritare l'orifizio ed il colletto, e se non è contenibile e voluminosa come potrà costituirsi la cicatrice dell'A.? Quelli che hanno operato molte ernie anche strozzate, quando mai hanno visto simile cicatrice raggiata all'orifizio profondo o lungo il colletto?

Io non nego che l'A. possa aver visto quanto descrive nel suo atlante, ma confesso la mia ignoranza a questo proposito. Per quanto riguarda poi la diffusione della cicatrice agli altri tessuti prossimiori, bisogna anzitutto pensare che fra il peri-

toneo e la fascia transversalis vi si interpone il tessuto grassoso presieroso che ostacola il saldamento e che fra i muscoli e il peritoneo del sacco che si dovrebbero conglutinare vi sono tutte le tuniche normali, e gli involucri accessori che impedirebbero una simile conglutinazione cicatriziale.

L'A. ventila anche la possibilità di legare il sacco distalmente alla legatura cogli inconvenienti relativi di lasciare il tratto cicatriziale etc. Noi diciamo subito: BASSINI ha insegnato a isolare tutto il sacco compreso il colletto e legarlo a monte più che sia possibile, attorcigliarlo e rimuoverlo per vederlo calare nella fossa iliaca, e questo noi faremo anche se si trovasse questa famosa cicatrice.

Il secondo principio posto dall'A. sarebbe di rispettare il più possibile le formazioni anatomiche normali nelle regioni circostanti all'orifizio erniario e che coll'ernia non hanno a che fare. Ciò si ottiene rispettando il cremastere e la parete posteriore del canale inguinale che coll'ernia inguinale obliqua esterna e nel testo tedesco con tutte le ernie non hanno a che fare. Qui le cose si complicano notevolmente.

Per quanto riguarda il cremastere nei nostri precedenti numerosi lavori abbiamo dimostrato la sua ben scarsa importanza, tanto che BASSINI ha creduto di rimuoverlo nella sua operazione, anche perchè nelle ernie piccole è sempre sottile e senza importanza, e nelle ernie voluminose può ipertrofizzarsi tramutandosi in tessuto patologico destinato — come ha dimostrato lo stesso BASSINI — ad essere riassorbito. Di più isolato dal convoluto erniario resta distante dalle sue basi nutritive, e quindi di nessun valore come organo da utilizzarsi. Giova ripetere che l'isolamento e l'estirpazione del cremastere —

come ha insegnato BASSINI — facilita di molto le successive manovre di isolamento del cordone del sacco e degli altri involucri normali e patologici. Ritengo che lo sloggingamento del convoluto erniario dalla gronda e l'isolamento precoce del cremastere siano i due punti più difficili e più importanti dell'operazione di BASSINI, che purtroppo non si eseguono nè bene, nè costantemente.

Ma l'A. dice di rispettare col cremastere anche la parete posteriore del canale inguinale che coll'ernia nulla ha a che fare.

Io ho sempre ritenuto che l'ernia in genere sia dovuta alla predisposizione congenita del peduncolo peritoneale della vaginale che rimanendo più o meno pervio produce o prepara la costituzione dell'ernia congenita o acquisita; ho sempre inteso che è proprio l'assottigliamento della parete posteriore la quale da muscolosa si tramuta in lamina più o meno sottile (triangolo di debolezza) e che provoca specialmente la costituzione delle ernie interne e concede una maggiore evoluzione in grandezza, e che sforma il canale stesso inguinale. Siccome è proprio questa alterazione che devia non solo la sua costituzione anatomica, ma la sua funzione fisiologica, quella cioè di resistere alla endoppressione addominale e di impedire la compressione del cordone, così come ha insegnato BASSINI, occorre restituire ad essa la sua costituzione anatomica e la sua funzione fisiologica, ed a queste cose ha pensato BASSINI col chiamare proprio questa parete posteriore a così alto ufficio, restituendole forma e funzione colla sua sutura profonda.

Il terzo principio sul quale si fonda la nuova operazione di COCCI sarebbe quello di ricostruire la ricostituzione plastica, riu-

nendo parti della stessa struttura anatomica e affrontando due margini egualmente cruentati allo scopo di ottenere una cicatrice continua robusta. Criticando poi la sutura profonda muscolare di BASSINI fra il triplice strato e l'aponevrosi di Falloppia dice che il saldamento fra queste due parti non potrà avvenire altro che nei punti nei quali passano i punti (!) di sutura; ma non tra punto e punto. Egli dice che avendo dovuto operare delle recidive ha trovato che esse erano intervenute fra punto e punto.

BASSINI stesso ha dato la giusta risposta a questa obiezione perchè — come dice nel suo testo — avendo sezionato un suo operato morto per altra malattia, trovò che la sutura profonda aveva provocata una solida riunione fra lo strato muscolare e quello aponevrotico senza interruzione fra punto e punto. La cicatrice profonda non differiva affatto da quella della parete anteriore del canale inguinale eseguita fra i due margini cruenti del grande obliquo incisa fino da principio della operazione. È notissimo in patologia che ogni cicatrice anche degli organi parenchimatosi avviene sempre per interposizione di connettivo. Ora anche nella sutura profonda di BASSINI i punti applicati e stretti frantumano la sostanza muscolare e quelle che restano affrontate sono le guaine connettivali sarcolemmatiche, che anche sui fianchi dei punti restano in contatto col legamento di Falloppia. Noi vediamo quotidianamente nelle laparotomie che anche se i punti di sutura sono molto distanti, la cicatrizzazione è completa, e si estende anche sui fianchi delle anse.

L'A. dice che avendo dovuto operare delle recidive trovò che esse si erano insinuate fra punto e punto. Ora come fa ad insinuarsi fra punto e punto se fra essi — seguendo BASSINI — non può intercedere che un centimetro o poco più? Ciò forse potrà avvenire se, non seguendo le norme

di BASSINI, si danno tre o quattro punti solamente, in modo che fra l'uno e l'altro intercedano 4-5 centimetri.

Le recidive erniarie presentano aspetti varianti a seconda delle cause che le hanno provocate; e che furono già lumeggiate da BASSINI: sottigliezza delle pareti, floscezza dei tessuti, sforzi (tosse) subito dopo l'operazione, suppurazioni, errori di tecnica. È noto che le recidive prevalgono agli estremi della sutura profonda (recidive superiori e inferiori), mentre quelle mediane sono rare. Di solito nelle recidive si ha un blocco connettivale più o meno esteso e non ho mai visto una recidiva che mi avesse fatto pensare alla idea dell'A.

LE TAVOLE DELL'ATLANTE DELL'AUTORE

Diciamo subito che le 14 tavole colorate dell'Autore sono assai belle e il pittore Prof. SCOTTO è molto noto per altri lavori.

Risalta però subito un errore di posizione di tutte le tavole. Vedendo la direzione delle incisioni si dovrebbe presumere che si tratti della regione inguinale sinistra, ma osservando più attentamente si trova che l'anello ing. è situato in alto ed all'esterno mentre dovrebbe esser disegnato in basso ed all'interno, per cui qui il disegno riguarda la regione inguinale destra. Per corrispondere alla posizione naturale occorre che la firma dell'Autore e la numerazione delle tavole fosse stata posta sul fianco destro di chi guarda.

Anche le sei tavole del *Zentralblatt* hanno lo stesso errore di posizione e di proiezione. In nessun atlante anatomico o chirurgico si trova una simile posizione della regione inguinale, e non si comprende come l'A. e il pittore abbiano pensato a dare una simile posizione alla regione inguinale. Le tavole del nostro atlante presentano una scoperta in seguito a incisione cutanea di circa 12 centimetri e corrispondono a grandezza normale; quelle dell'A.

sono circa 10 cm., ossia un po' meno del normale. L'A. incisa la cute e scoperta la aponevrosi del grande obliquo partendo dall'anello esterno la incide per 2 centimetri secondo la direzione del canale ing. e nella fig. 2 solleva in alto questo lembo quadrangolare che è la porzione più assottigliata della stessa aponevrosi in vicinanza dell'anello esterno e scoperto (tavola 3) il cremastere lo incide per un cm., divarica i due lembetti per far comparire il sacco e il cordone che solleva afferrandolo con una pinza (e il deferente?). Nella tav. 5 la posizione delle mani è presa dalla mia tav. VII, e questo mi fa piacere perchè dimostra che la manovra da me insegnata e dipinta è stata presa in considerazione anche dall'A.

In tutti i miei scritti ho sempre sostenuto che i migliori strumenti per questa manovra sono le dita, al più qualche strumento ottuso. Pericoloso usare strumenti taglienti.

La tav. 6 dell'A. è molto interessante. Il cordone già isolato è spostato in basso, il lembo del grande obliquo stirato in alto, la mano dell'operatore stira in alto ed all'esterno il sacco che presenta quella famosa cicatrice raggiata anche all'esterno per un buon tratto e che la punta del bisturi ha in parte incisa. In primo luogo non si sa che cosa sia successo degli elementi del convoluto — le tuniche normali gli involucri accessori, ecc. —. Come si fa a raggiungere con una sì piccola incisione dell'aponevrosi e isolare il sacco fino in prossimità e oltre dell'orificio ing. interno? e tanto più se si deve poi dominare la incisione del colletto? Non c'è bisogno — dice l'A. di preoccuparsi di isolare tutto il sacco nel suo estremo distale che l'A. denomina cappuccio. L'A. confonde cappuccio con fondo del sacco: la sua proposta di lasciare incompleta la estirpazione del sacco oltre che antichirurgica può dar luogo a inconvenienti (cisti del funicolo, ecc.).

Occorre, come ha insegnato BASSINI, cominciare l'isolamento dei componenti il convoluto dopo di aver ampiamente aperta la parete anteriore del canale inguinale a livello dell'orifizio interno ove gli elementi sono avvicinati l'un l'altro e proseguire in basso. Così facendo l'isolamento sarà facile, sicuro, e si arriverà sempre ad estirpare tutto il sacco senza seguire il consiglio dell'A. di lasciare la sua porzione distale ossia il fondo, che nelle ernie voluminose unendosi agli altri involucri costituirà, come già dicemmo, un grave inconveniente. Incidere poi il colletto del sacco dall'esterno è manovra da non seguirsi perchè pericolosa e — come fa l'A. — prima di aver aperto lo stesso sacco e di aver ispezionato l'interno. Quanto più sicura e più bella è la manovra di BASSINI che isolato il colletto stira il sacco in alto all'esterno per incidere la fascia trasversa e poi, aperto il sacco e ispezionato il suo interno, lo attorciglia, lo allaccia in modo che per i movimenti di detorsione scompaia e si affondi nella fossa iliaca! Questa incisione dall'esterno secondo l'A. dovrebbe a una certa profondità far comparire un lobetto di grasso che sarebbe la vedetta della presenza dello strato adiposo presieroso. La presenza di questa gleba adiposa è aleatoria, ossia non sempre costante, tanto più se vi è stato un processo che ha prodotto quella famosa cicatrice così costante come dice e mostra l'A. nelle sue tavole. Nella tav. 7 un batuffolo montato isola per un buon tratto il colletto del sacco che nella fig. 8 è aperto e sta per essere suturato. Ed ora passiamo al vero nocciolo della tecnica dell'A.

Premettiamo che in tutte le tavole dell'A. l'estremo inferiore mediale dei muscoli obliquo interno e trasverso sono ben distinti l'uno dall'altro e dipinti in rosso accennato sì da far pensare che si tratti di carne muscolare, mentre è noto che qui i muscoli sono assottigliati, pallidi e si finisco-

no nel tendine congiunto dall'aspetto piuttosto aponevrotico. Appunto per l'assottigliamento della parte muscolare si è costituito il triangolo di debolezza che BASSINI tramuta in triangolo robusto e muscoloso colla sua sutura profonda.

Nella tav. 9 l'A. fa sollevare con due Pean il lembetto già scoltito dell'aponevrosi del grande obliquo e col bisturi tenuto a piatto lo distacca dalla sottostante aponevrosi del muscolo retto — margine laterale — dove, dice l'A., non è ancora avvenuta la fusione fra l'aponevrosi del grande obliquo e la guaina del retto fino a mettere allo scoperto per un certo tratto questa guaina facilmente riconoscibile.

A cm. 1-1 e mezzo dal margine del retto e parallela alle sue fibre, si fa una piccola incisione, e applicate due Pean alle due estremità si solleva in alto e medialmente un lembettino di aponevrosi del retto che presenta una base di circa due cm. per 10 mm. di altezza, più piccolo perciò di quello scoltito e spostato in alto del lembo aponevrotico del grande obliquo che nella fig. 11 gli fa da paravento. Questo esile lembetto dovrà poi essere suturato col lembo inferiore dell'aponevrosi del gr. obl., e sarà quello sul quale si impernia la tecnica dell'A. Facciamo subito notare che il muscolo al suo attacco al pube, finisce col suo tendine che può rimaner tale fino a parecchi centimetri, come abbiamo detto in precedenti monografie. La sua guaina specialmente in basso è molto sottile, quindi seguendo la tecnica dell'A. per trovare sostanza carnosa del retto occorre incidere piuttosto in alto e allora noi ci distanzieremo troppo, e il lembetto difficilmente potrà essere tradotto in basso per la sutura. A noi sembra che sarebbe più facile trascinare il lembo inf. della guaina che non quello superiore.

Nella fig. 12 si inizia la sutura del lembetto trascinato in basso col lembo inf. del-

l'aponevrosi del grande obliquo lasciato indisturbato.

È poi strano che il lembetto che nella fig. 11, come dicemmo, è largo 2 cm. e alto 12 mm., nella fig. 12 e nella fig. 13 diventi di oltre 3 cm. Nella fig. 13 la sutura è completata, e sopra di essa si adagia il cordone che poi resta parzialmente coperto dal lembo super. dell'aponevrosi del grande obl. trascinato in basso e suturato alla fascia sottocutanea che gli sta di fronte.

Il procedimento dell'A. si potrebbe far entrare nei metodi ad embricazione o sovrapposizione dei piani (GIRARD-MARGARUCCI, HAKENBRUCH); ma mentre questi sono completi, questo è incompleto non facendo la sovrapposizione che nell'estremo inferiore del canale, e per di più valendosi di una sottile aponevrosi che deve essere stirata anche collo stesso muscolo in basso. E allora che cosa succederà quando il muscolo retto si contrarrà spostandosi verso la linea mediana? Quale affidamento si potrà avere di resistenza? Tanto più il lembo sup. dell'aponevrosi del grande obl. — che sarebbe il più robusto — viene suturato ad un organo come la fascia sottocutanea che non presenta nessuna resistenza e manca di ogni utile appoggio?

ESPERIENZE SUL CADAVERE E SUL VIVO

Come è stato sempre nostro costume appreso dal nostro Maestro BASSINI, noi abbiamo voluto senza alcuna prevenzione studiare ripetutamente sul cadavere il tecnicismo. Difficilmente colla incisione sul retto si cade sulla sua massa muscolare; ciò può succedere nei cadaveri di donna. Il lembo resta comunque molto sottile, e quando si stira in basso per suturarlo al lembo inf. dell'aponevrosi del grande obl. facilmente si sfrangia. Occorre pensare che

la guaina del muscolo retto privato di quella che gli fornisce il muscolo grande obliquo che è la più robusta, presenta la sua aponevrosi residuale molto sottile e ben poco resistente.

Le manovre poi seguite dall'A. di portarsi in profondità con una così piccola incisione del grande obliquo non sono neppure da confrontarsi con quelle insegnate da BASSINI che apre tutta la parete anteriore del canale aggiornando tutta la regione in modo che il convoluto, con tutte le sue varianti e le manovre che su di esso si dovranno eseguire, restano molto facilitate, e le suture comprendendo le masse muscolari abbassate sullo spazio opporranno una resistenza solida di carattere anatomico e fisiologico perfetto, e ridando al canale la sua forma e funzione che gli spettano.

ESPERIENZE FATTE SUL VIVO

La tecnica del COCCI si è rivelata di difficile esecuzione anche sul vivo. Il margine superiore della guaina del retto sfugge sul vivo in alto e può essere suturato al margine inferiore del grande obliquo solo a condizione che quest'ultimo sia molto e abbondante ed a costo di lacerazioni dell'una o dell'altra lamina aponevrotica. Nella fig. 11 i lembi sono reali, cioè piccoli e tanto lontani da ritenerli non affrontabili se non a costo di lacerazioni, mentre

nella fig. 12 sono comodamente abbondanti.

Nella esecuzione sul vivo del metodo del COCCI resta sotto la sutura aponevrotica uno spazio vuoto notevolmente grande che prima era occupato dal funicolo e dal convoluto erniario e che il cremastere non sarà mai in grado di colmare. Tale spazio è profondo di tanto e quanto è più profonda la fascia transversalis rispetto al grande obliquo. L'affrontamento del lembo sup. del gr. obl. con la fascia sottocutanea è tecnicamente possibile, ma la proposta è antianatomica e antifisiologica perchè si deve affrontare un lembo di aponevrosi a funzione tendinea con un lembo di fascia transversalis ben diversa.

Il COCCI raccomanda una incisione breve, ma occorre che sia sufficiente perchè le manovre proposte richiedono buona apertura cutanea e soprattutto aponevrotica. È indubitato che l'operazione di COCCI sul vivo è molto più indaginoso e di difficile esecuzione. Circa gli esiti non possiamo dir nulla perchè il tempo trascorso è troppo limitato.

CONCLUSIONE

L'operazione di COCCI dapprima proposta per le sole ernie oblique esterne e in seguito per tutte le ernie, non presenta nessun vantaggio sull'operazione di BASSINI, anzi una inferiorità, sia nei concetti informativi, sia nella tecnica.

6678

