

# I BIG DELLA COLONPROCTOLOGIA



**MARIO PESCATORI**

2020

## L' autore

Mario Pescatori ha fatto per quarant'anni il chirurgo di colon, retto, ano e pavimento pelvico. E' presidente onorario di alcune società scientifiche italiane e straniere, fra cui la Società Italiana di Chirurgia Coloretale e ha pubblicato molti articoli. Avendo parecchio viaggiato per lavoro (congressi e periodi di aggiornamento) è venuto a contatto con tanti colleghi ed ha visitato diversi ospedali e università. Ha lavorato per dei periodi in Inghilterra (*St Mark's H*) e in Vietnam (*Vin Mec*). Ha organizzato per anni le Settimane Coloretali. Ha lasciato il Policlinico Gemelli Università Cattolica a 45 anni, per fondare l'Associazione Ucp Club e la Società Mediterranea di Colonproctologia. E' stato per anni professore a contratto presso le Università de L'Aquila, di Chieti e di Firenze. E' co-fondatore della SICCR e della Società Europea di Colonproctologia.

Ha scritto una decina di libri scientifici, la maggior parte con la Springer, due sono stati tradotti in cinese e in russo. Ha fondato e diretto per venticinque anni la rivista indexata *Techniques in Coloproctology*. Il suo sito professionale è [www.ucp-club.it](http://www.ucp-club.it). Ha anche pubblicato libri di racconti, romanzi e poesie con varie case editrici. Ha scritto storie, saggi e fumetti o *graphic novels*, alcuni per bambini. Molti di questi sono disponibili in rete sul sito [www.mariopescatoriscrittore.com](http://www.mariopescatoriscrittore.com).

## **Premessa**

*C'è stata e c'è ancora nel mondo una grande quantità di coloproctologi, principalmente chirurghi, che si possono a ragione definire dei BIG.*

*In questo libretto sono citati soltanto gli stranieri e ne compare solo un certo numero. Anche altri sarebbero stati degni di essere raccontati, ma l'autore ha dovuto selezionare quelli che ha conosciuto e frequentato personalmente, in modo da fornire anche dei vivaci ritratti extraprofessionali .*

*Tra gli italiani compaiono solo un gastroenterologo e un radiologo. Volutamente non vi sono dei chirurghi. Certamente in Italia non mancano dei validi chirurghi coloretali, bravi clinicamente e/o scientificamente. Ma l'autore ha preferito non citare nessuno per non creare delusioni fra gli esclusi.*

## GOLIGHER

Magro, elegante nel suo gessato blu, scattante benchè anziano. Questo è il mio ricordo del Professor John Goligher la prima volta in cui l'ho visto di persona. Eravamo a Roma, all'Hotel Hilton, in un congresso di chirurgia e avevo ventotto anni o giù di lì. Due anni prima, a Londra, nell'atrio del St Mark's Hospital (dove ero per un corso di tre mesi) avevo invece letto il suo nome nella breve lista degli *Honorary Consultants*. Ma quando l'ho conosciuto, si era già trasferito a Leeds per dirigere la Chirurgia Digestiva della locale Università. E lì aveva scritto il suo libro SURGERY OF THE COLON, RECTUM AND ANUS, che è stata a lungo la Bibbia per i chirurghi coloretali di tutto il mondo.

Ciò che distingueva questo libro da tutti gli altri era il fatto che, per ogni capitolo, l'autore esponeva in modo convenzionale le notizie sulla patologia in questione, che so, le emorroidi o il cancro del retto, riportando eziopatogenesi, quadro clinico, istopatologia, terapia con i vari interventi. Dopo di che, terminato questo excursus, riportava la sua esperienza personale sull'argomento. Ebbene, spesso la seconda parte (quel che lui faceva) era più lunga della prima (lo "stato dell'arte"), a dimostrare la enorme esperienza che aveva in ogni patologia del grosso intestino. In quel senso Goligher operava tutto (e bene, e con più di un intervento). Anzi, non nel libro ma nella sua vita professionale, e non al St Mark's ma a Leeds, operava anche sul tratto gastroenterico alto, diciamo stomaco e duodeno in particolare. Nella lunga parte finale di ogni capitolo non solo

sciorinava al lettore indicazioni e risultati dei suoi interventi, ma li corredeva con voci bibliografiche di lavori personalmente pubblicati con i suoi colleghi.

Solo un paio di cose vorrei citare del suo libro. La prima è l'*incipit* del capitolo sulle FISTOLE ANALI, un argomento che all'epoca, in Italia, pensate che non rientrava nemmeno nelle cento tesine per l'Idoneità a Primario di Chirurgia. Ebbene, Goligher scrive: "E' più difficile operare e guarire una fistola anale complessa che un cancro del retto". La seconda è una curiosità, roba da "storia della chirurgia" che non avevo mai letto altrove. Nel capitolo sulla rettocolite ulcerosa, in fondo, scritto in piccolo, Goligher ricorda che c'era un neurochirurgo che, negli anni 50-60, la curava con una lobotomia frontale. Naturalmente la cosa non ebbe seguito e ora pare a noi assurda, però ci fa riflettere sulla componente psicosomatica della malattia che, come è noto, è rilevante.

Ma quel che Goligher ha scritto, coloro che mi leggono già lo sanno, non devono né vogliono saperlo da me. Io devo, perché è questo il proposito del mio libretto, dire cose originali su COME erano e su COSA mi dicevano i grandi maestri che ho incontrato durante la mia professione. E allora spostiamo il tiro, ora non vi parlo più DEL Goligher ma vi parlo DI Goligher.

Vi dicevo del congresso all'Hilton. Non so perché, ma simpatizzammo al volo. Io ovviamente non ero nessuno, lui era LUI, quindi non mi aspettavo certo che mi desse confidenza e lo guardavo come si guarda un monumento animato. Eravamo davanti allo stand di una ditta, c'erano esposte, tra le altre cose, delle suturatrici meccaniche, ed erano le prime. Siccome, in

precedenza, al St Mark's avevo visto un eccelso chirurgo, Peter Hawley, fare a mano una sutura colo-rettale bassissima, mi sono presentato a Goligher e gli ho chiesto se lui suturasse a mano o con lo stapler. Non so perché, mi diede retta più del previsto e passammo una mezz'oretta insieme chiacchierando. Per meglio dire, lui parlava e io ascoltavo. Ma nacque un rapporto di reciproca simpatia che poi durò nel tempo.

La seconda e ultima volta che lo incontrai fu molto lontano da Roma. Precisamente in Australia, in una piovosa Melbourne, sempre ad un congresso, pochi anni dopo. Fu molto cordiale con me (strano, perché gli inglesi come è noto sono compassati) e chiacchierammo a lungo e più volte. Mi disse che quello, data la sua età, sarebbe stato uno dei suoi ultimi congressi, perché non gli piaceva l'idea che vecchi chirurghi ultrasettantenni se ne andassero in giro a dire cose magari noiose e a farsi compatire dall'uditorio. (Ecco perché io, che ora ho 71 anni, limito al minimo le mie presenze ai congressi).

L'ultima sera gli parlai di un progetto che accarezzavo all'epoca, ovvero scrivere un libro sui principali chirurghi coloretali del mondo, accoppiando un breve ritratto umano ad un più lungo resoconto chirurgico delle tecniche nuove da essi inventate *Vedete...è in fondo quello che mi accingo a fare, 40 anni dopo... sia pure con un "taglio" diverso*). Questa cosa gli piacque e a quel punto gli chiesi se poteva farmi lui una lista dei più bravi, divisi magari in tre categorie: A. gli eccezionali, B. i molto bravi e C. i bravi. Si mise a ridere e poi mi disse: "Te la faccio se mi giuri che non dirai mai che sono stato io a dirti questa classifica e non la farai vedere a nessuno, perché non mi voglio attirare le antipatie

dei colleghi”. Giurai e, poiché lui riteneva che il discorso sarebbe stato lungo e non gli andava che altri del congresso sentissero, mi disse che ci voleva un posto tranquillo e mi propose la sua stanza. Accettai e, una volta lì, ci mettemmo a sedere su due comode poltrone. Non aveva nessuna fretta e il lettore si può immaginare quanto io fossi “gasato” dal fatto che stavo raccogliendo le confidenze del grande Professor Goligher.

Fu così che, in un’oretta, ebbi il piacere e l’onore di sentire i suoi punti di vista. Fece una premessa “evito di essere io a mettere il mio nome in questa classifica, mi tengo fuori”. Un atto di modestia che apprezzai (ovviamente lui sarebbe stato uno dei primissimi). Non aveva fretta, tanto che bevemmo anche qualcosa dal suo frigobar. Tutto fu registrato su alcuni fogli scritti di suo pugno che, mi vergogno a dirlo, andarono persi in un mio trasloco da una casa all’altra. Ma d’altronde dovevano rimanere segreti, per cui... meglio così. Però non vi lascio a bocca asciutta, gentili lettori, perché qualcosa di quanto mi scrisse lo dirò. Poco, per rispettare la sua volontà.

In *pole position*, cioè sotto la lettera A, i *top dei top*, mise solo tre chirurghi. Il primo lo scrivo con particolare piacere, perché dopo pochi anni sarei andato a imparare da lui a Londra. ALAN PARKS, del St Mark’s Hospital. Il secondo e il terzo “di prima fascia” erano due americani, WELCH e LOCALLIO.

Welch lo conoscevo per fama e lo vidi un minuto quando passò a Roma nella nostra sala operatoria perché il Vaticano gli aveva chiesto di venire a controllare che il Papa, dopo l’attentato, fosse in buone mani al Policlinico Gemelli, la mia Università.

Locallio lo conoscevo (dai libri) in quanto aveva inventato un suo

approccio posteriore per confezionare l'anastomosi coloretale dopo l'asportazione di un cancro del retto, la tecnica di Locallio, che penso ora nessuno faccia più. Evidentemente, a parte quell'invenzione, aveva le mani d'oro.

Taccio sul resto, dico soltanto che mise in classifica altri due chirurghi del St Mark's Hospital, uno in seconda fascia e uno in terza. Ebbi poi modo di lavorare con entrambi.

Il mio rapporto col Professor Goligher si interruppe come incontri personali ma proseguì per via epistolare. Quando seppe che avevo fondato la rivista *Techniques in Coloproctology* mi mandò una lettera dal suo *cottage* in campagna, dove si era ritirato in pensione, scrivendo, tra l'altro: "Caro Mario, ho saputo che hai fondato una nuova rivista e penso che per farlo hai avuto un bel coraggio, vedrai che sarà un'impresa molto ardua farla decollare e affermare.". Aveva ragione. La lettera di Goligher, quella sì che l'ho conservata. Fu anche pubblicata su Ucp News.

Uno dei suoi ultimi articoli, forse l'ultimo da lui pubblicato, apparve nel 1990 sulla rivista *Perspectives in Colon and Rectal Surgery*, ed era intitolato *Skepticism in surgery*. Parlava dell'impatto delle *innovations* in chirurgia colo rettale e diceva essenzialmente che, se si inventava una nuova tecnica superiore ad una precedente, anche chi era bravo nel fare la prima, doveva accettare l'evidenza e adottare la seconda. Portò come esempio il famoso chirurgo Miles, che continuò imperterrito a fare sempre la sua amputazione addomino-perineale del retto anche quando si era già affermata la *sphincter saving* resezione anteriore bassa con coloretto anastomosi. Scriveva ancora Goligher nel suo articolo: prima di considerare clinicamente utile una tecnica

nuova o un nuovo strumento chirurgico, specie se costoso, occorre valutarli con adeguati studi, cioè *properly controlled prospective trials*, in centri selezionati. E trasferirli nella pratica clinica solo DOPO che se ne sia accertata la validità e la superiorità su strumenti o operazioni già esistenti.

Parole sante.

## PARKS

Gli dedicherò un po' più di spazio perché è stato il mio maestro. Sir Alan Parks fu, al St Mark's Hospital di Londra, la "queen" di maggior rilievo (è così che in UK chiamano i grossi chirurghi, i maestri molto in vista, è un equivalente di "stella della chirurgia", ma con riferimento alla *Royal Family*) . Un chirurgo REGALE, insomma. Lo conobbi bene perché fui suo *research fellow* per un anno a Londra, inizi anni ottanta. Io ne avevo trentatré, l'età di Cristo in croce, e infatti in quel periodo mi accaddero le tre cose peggiori della mia vita. Lasciai quindi i miei guai italiani e mi trasferii dal quartiere Balduina di Roma a Petherton Road, nel quartiere una volta popolare di Islington, noto perché abitato da operai e socialisti. Non dimentichiamo che Marx scrisse il Capitale a Londra.

Non conoscevo personalmente Alan Guyatt Parks, AGP, ma sapevo che aveva inventato un nuovo intervento per la cura della rettocolite ulcerosa, la proctocolectomia con reservoir ileoanale. L'intervento da noi non si faceva e quindi meditavo di impararlo e importarlo a Roma. All'epoca la mia passione era la motilità intestinale e quindi scrissi ad AGP una lettera proponendo di studiare l'attività motoria del piccolo intestino messo al posto del retto e le sue correlazioni con la clinica. Fu tutto molto semplice, mi rispose che potevo andare. Presi un anno di aspettativa dall'Università Cattolica e mi sistemai a Londra.

AGP era un grosso omone, alto e maestoso, dal carattere tipicamente *british*. Lo soprannominai "*cunctator*" perché quando gli proponevo qualcosa, che so...una variante della ricerca ad esempio , mi guardava e mi rispondeva "*Let me think about it*" "*Fammici pensare*". Tornavo alla carica dopo due giorni e lui.. stessa risposta. Ci riprovavo dopo una settimana, e... idem. Allora capii che il "Fammici pensare" era un modo gentile per dire NO. Per altre mie richieste invece usava l'espressione "*Mario, you are the boss*" e capii subito che voleva dire "Di questo non me ne frega più di tanto, fai come ti pare".

Un'altra cosa, che diceva spesso, mi rimase scolpita nel cervello. Più che una frase, era una regola in due parole: *double check*. Che voleva dire "Se vuoi che una cosa si faccia, non basta dire che venga fatta, ma devi poi accertarti che sia stata fatta". Tipo A. "Fate l'antibiotico profilassi preoperatoria a quel paziente" da sola non basta, ma ci vuole il B. E cioè "Avete dato l'antibiotico?".

AGP era anche Presidente del *Royal College of Surgeons of England*, nonché capo dei *Consultants del St Mark's Hospital*, nonché inventore di tecniche chirurgiche e autore di lavori scientifici, nonché chirurgo privato, nel senso che aveva il suo studio nella famosa Harley Street. Insomma era uno molto impegnato. Ma, a parte le sedute operatorie, c'era un appuntamento a cui mai mancava, una mattinata di ambulatorio alla settimana in ospedale. Eravamo quattro *research fellows*, un australiano, uno scozzese, un austriaco ed io. Vedevamo i pazienti in quattro salette e lui veniva per decidere il da farsi sui casi più complessi, quando lo chiamavamo.

Ebbene, una cosa mi colpì. Se lo chiamavo per un caso

inspiegabile di PROCTALGIA, proctalgia idiopatica, si rifiutava di venire. Non c'era verso. Sinceramente, la cosa non mi pareva corretta. Poi, un giorno, lessi un articolo sulla proctalgia sul *British Medical Journal* e capii. Nell'80% dei casi non c'era NIENTE DA FARE, era un problema incurabile.

Che chirurgo era Alan Parks? Sull'addome era un normale buon chirurgo, ma dal perineo era strepitoso, capace di concepire e fare cose impensabili. Difatti inventò più di una tecnica per via trans anale o trans-perineale: l'escissione submucosa di un adenoma rettale (o di un T1), la emorroidectomia submucosa, l'anastomosi *ileal pouch*-anale, la plicatura posteriore del pavimento pelvico per incontinenza neurogena. E altro ancora. Faceva tutto a mano, non usava lo *stapler*. Né a quel tempo c'era la chirurgia laparoscopica. E neppure la TEM. Meno che mai la TAMIS.

Non l'ho sentito nemmeno una volta in un anno alzare la voce o innervosirsi o essere scortese con un giovane assistente. In questo era molto *British*. Teneva molto alla ricerca e alla fisiopatologia del pavimento pelvico. Ci fu un periodo durante il quale, quando "da sotto" entrava nella pelvi, cioè una volta sezionata la fascia di *Waldeyer*, con un elettrodo andava a cercare e a stimolare i nervi pudendi che scorrevano sulla culla degli elevatori.

Fu un suo ricercatore, Ed Kiff, consigliato da lui e dal neurologo Swash, a inventare la misurazione della PNTML (*Pudendal Nerve Terminal Motor Latency*, studio della latenza del pudendo) nell'incontinenza fecale, col "guanto del St Mark's", per valutare

lo stato dei nervi pudendi. I quali possono essere sofferenti per molti motivi: per un prolungato parto vaginale, per il diabete, per il saturnismo (intossicazione da piombo), per le eccessive spinte defecatorie nella stipsi da ostruita defecazione. E, quando i nervi pudendi sono malati, si può avere incontinenza fecale e/o proctalgia.

In più, Parks faceva interventi che non avevo mai visto, ma che imparai da lui, come la Delorme- Rehne, prolassectomia trans anale con plicatura della muscolare del retto e la ricostruzione sfinteriale. La stessa escissione totale del mesoretto nel cancro del retto Parks la faceva, prima che Heald la perfezionasse e la propagandasse in tutto il mondo. Era un chirurgo molto attento a preservare LA FUNZIONE, non solo a risistemare la morfologia.

E fu così che me ne andai da Londra dopo aver lavorato con Parks. Ma c'erano ancora un paio di articoli da sistemare, per cui, quando venne a Roma l'anno dopo per un congresso di chirurghi inglesi, ci ritrovammo a tavolino in un tardo pomeriggio di ottobre, a correggere i *draft* che avevo scritto.

Lavorammo oltre un'ora e s'era fatta sera. Aveva una cena sociale con i chirurghi inglesi in trasferta, coloretali e non. C'era Hawley, c'era Nicholls (tanto per nominarne due del St Mark's) e mi chiese se potevo dargli un passaggio in macchina. Così lo feci salire sulla mia cinquecento, nella quale entrava a malapena. Anzi, a dir la verità, era la cinquecento di mia moglie, la mia macchina più grande era dal meccanico. Ci dirigemmo in centro ed eravamo a cento metri da Piazza Mazzini, quartiere Prati, quando lui mi disse: "*Mario, I am not feeling well...non mi sento bene*". Dopodichè sbiancò in volto, perse conoscenza e si

accasciò sul sedile, testa riversa all'indietro.

Vi potete immaginare la mia reazione... speravo in un banale svenimento, ma così non era, Parks non dava segni di vita. Allora rapidamente pensai: "Che faccio? Accosto la macchina, chiamo gente, gli faccio un massaggio cardiaco, faccio chiamare da qualcuno un'ambulanza?". "Oppure faccio inversione di marcia e lo porto al Policlinico Gemelli, il mio ospedale?". Optai per la seconda soluzione, ci avrei messo almeno un quarto d'ora o poco più. Andavo più forte che potevo (ma ero su una cinquecento...), con la sinistra reggevo il volante, con la destra gli facevo un massaggio cardiaco alla bell'e meglio. Ogni curva a destra lui mi piombava addosso, era corpulento. E io lo ritiravo su. Insomma, fu un brutto quarto d'ora. Non respirava, non parlava, non dava segni di vita. "Merda, Parks che muore nella mia macchina!" pensavo io "NO, non deve succedere!".

Se Dio vuole arrivammo al Pronto Soccorso del Gemelli.

C'erano due infermieri e un anestesista bravo che conoscevo bene. "PRESTO, VENITE!" urlai. Dopo un minuto era in Rianimazione. Ancora vivo. Poi mi confermarono, aveva avuto un infarto.

Mi posi il problema di avvertire gli altri chirurghi inglesi. Avevo il numero di Nicholls, il suo allievo, che conoscevo bene dopo un anno di St Mark's. Era stato invitato a cena da un suo paziente italiano. Lo chiamai e mi rispose. Gli spiegai quello che era successo. "Mario, pensi che io debba venire?" mi chiese. "Penso proprio di sì" gli risposi. Telefonò agli altri chirurghi e arrivarono quasi tutti, Hawley in prima fila. Intanto s'erano fatte le dieci. Uno di loro disse: "Avvertiamo la moglie?" "(che era in Inghilterra).

“No” fece Hawley “servirebbe solo a farle passare una brutta notte, tanto prima di domattina un aereo per Roma non lo trova”. Fu allora che capii il pragmatismo degli inglesi.

Intanto Parks aveva ripreso conoscenza, ma era visibile solo attraverso il vetro della rianimazione. Dopo un po’ il capannello dei chirurghi inglesi si sciolse e, con mia somma sorpresa, l’indomani mattina erano tutti ripartiti. “Tanto che stiamo qui o no, le cose non cambiano” aveva detto uno di loro.

Meditai che se una cosa del genere fosse accaduta all’estero a un chirurgo italiano tipo Valdoni o Stefanini, non solo i presenti sarebbero rimasti, ma altri dieci sarebbero arrivati. Gli allievi e magari anche gli allievi degli allievi.

Quel che avvenne fu che *Sir Alan* si riprese. Per due o tre giorni lo andai a trovare in Rianimazione. Mi sorrideva e provava a farfugliare un “Grazie Mario”, mi chiese di avvertire un urologo italiano suo amico che conosceva, il quale venne subito a trovarlo. Dopo qualche giorno, il *Royal College of Surgeons*, di cui come dicevo Parks era presidente, mandò un aereo a prenderlo. Lo portarono in un grande ospedale di Londra, mi pare il St Thomas e provarono a fargli una coronarografia.

Ma purtroppo morì sul tavolo radiologico.

Cosa mi resta di lui? Oltre all’insegnamento, intendo dire. Di cose materiali... I SUOI STRUMENTI, specilli, Kelly, sonde scanalate, che la moglie mi volle gentilmente regalare. Stanno nel mio salotto, in una bacheca. Sono passati quasi quarant’anni.

## PILONI

Ecco un italiano, Vittorio Piloni, radiologo e canoista.

Quando non discende la corrente dei torrenti e dei fiumi, fa le radiografie o le ecografie o le risonanze. E quando non fa *imaging* scrive lavori. E quando non scrive lavori, parla ai congressi.

Ma, ecco perchè compare in questo mio libretto, è l'unico radiologo (o quasi) che per decenni ha frequentato congressi di colonproctologia e si è mischiato a noi chirurghi, insegnandoci non poche cose. Ne cito solo una che prima ci era semi-sconosciuta: l'effetto dei parti sui muscoli del pavimento pelvico.

Con grande soddisfazione dell'uditorio, perché le sue relazioni sono sempre state interessanti e esaustive. E soprattutto ha avuto il grande pregio, raro per noi italiani, di stare sempre nei tempi. Anche quando era incaricato di parlare su temi vasti e importanti.

E' sempre stato un radiologo-viaggiatore. Ora lo è un po' meno perché, nonostante il fisico brillante di chi ha fatto molto sport, ha di non poco superato i settanta. Siccome io anche sono un chirurgo-viaggiatore, l'ho sempre sentito a me affine. Devo dire che è molto più rilassante fare il radiologo viaggiatore che non il chirurgo viaggiatore, perché, se lasci un operato che ha poi una complicanza postoperatoria, rischi una causa. Se lasci uno a cui

hai fatto un esame radiologico non ti può succedere nulla di negativo.

Benchè ci dividano le idee politiche (ma ormai chi parla più di politica in Italia?) Vittorio ed io ci siamo sempre considerati buoni amici. Ricordo molte cene seduti vicino ai congressi e una sul terrazzo di casa mia a Roma.

Ha molto collaborato alla rivista *Techniques in Coloproctology*, è stato per decenni nell'*Editorial Board* e ha scritto per noi chirurghi molti articoli interessanti. Su certe battaglie tese a discernere i reali vantaggi clinici delle cosiddette *innovations*, ci siamo sempre trovati d'accordo.

E' stato il primo a far conoscere ai coloproctologi italiani l'importanza della DEFECOGRAFIA e della DEFECO-RISONANZA e, forse con meno successo, della ECOGRAFIA PERINEALE DINAMICA.

Ha fatto esami *in primis* ad Ancona, ma anche a Roma e poi al sud e al nord, instancabile, finchè ha ceduto e si è affidato alla tele-radiologia, addestrando degli ottimi tecnici e interpretando le immagini a distanza dal suo *office*, se non da casa.

Ha molto pubblicato, anche su riviste importanti. Ma qualche suo articolo, anche se "uscito" su riviste immeritadamente non indexate, penso a *Pelviperineology* di Giuseppe Dodi, è una "chicca" imperdibile. Come quello sull'*imaging* dei nervi pudendi. Molti lavori di gran pregio li ha pubblicati su *Techniques*, altri su riviste straniere, come lo *scoring* e il *grading* dell'ostruita defecazione, primo nome Altomare, su *Colorectal Disease* di circa

15 anni fa. E nel 2013 ha scritto un bel'articolo, *Defecography*, sul libro *Reconstructive Surgery of the Rectum, Anus and Perineum*, edito da Zbar, Madoff e Wexner. Ciò prova che era apprezzato anche all'estero.

Ha proposto (credo sia stato lui a inventarla) la DEFECO-FISTOLOGRAFIA, utilissima per diagnosticare le fistole anali a fondo cieco, quelle cioè senza orifizio fistoloso esterno e l'ho sempre giudicato molto bravo nella diagnostica delle fistole retto-vaginali. Riusciva a identificarle e localizzarle anche quando erano un impercettibile "filino".

Per un periodo abbastanza lungo abbiamo lavorato insieme. Vittorio veniva nella mia clinica di Roma col suo ecografo perineale portatile e stupiva me e i miei collaboratori con bellissime immagini, facendo diagnosi di enterocele e altre disfunzioni morfo-funzionali della pelvi e del perineo, come l'anismo e il rettocele.

Per un periodo abbastanza lungo, qualche anno, pur con l'*handicap* della distanza dalle sue Marche, ha organizzato e presieduto degli incontri mensili clinico-radiologici con i coloproctologi romani in una bella villa ubicata nel verde, a pochi passi da Roma, con tanto di gradevole merenda fornita da non so quale ditta. E c'è sempre stato un clima di cordialità e simpatia fra i partecipanti, il che non è cosa scontata.

Coraggio Vittorio... stiamo tramontando insieme. Speriamo di spargere ancora un po' di luce.

## KEIGHLEY

Mike Keighly, quando andò in pensione, per alcuni anni operò gratis in India. In questo mi ricordò un altro chirurgo del *St Mark's*, James Thompson, che non vedeva l'ora di andare in pensione per dedicarsi all'attività di *charity*, beneficenza. Gran parte della sua carriera si era svolta a Birmingham. Quando lavoravo con Parks, Keighey era IL NEMICO. Se un *research fellow* di Parks andava a parlare in un congresso in cui c'era anche Keighley, al ritorno, Sir Alan si informava sempre di cosa aveva parlato e se aveva avuto successo o no con l'uditorio. Non che lo temesse (non era alla sua altezza ed era più giovane) ma molto di quel che operava o investigava era simile a ciò che si faceva al *St Mark's* in quei tempi, primi anni '80 del secolo scorso. Era comunque da parte di Parks un segno di stima, perché è ovvio che, chi è a te nettamente inferiore, non desta preoccupazioni. Lavorava nelle *Midland*, all'Università di Birmingham, dove andai qualche giorno a trovarlo ed era allievo del più spiritoso dei chirurghi coloretali del mondo, Alexander Williams. Il quale, una volta, ad un congresso in India, mi pare nel Rajasthan, fece una lettura sul morbo di Crohn anale e presentò, come ultima, una diapositiva in cui c'era Mosè che riceveva le Tavole della Legge da Dio sul monte Sinai. Come decimo comandamento c'era scritto: NON OPERARE IL CROHN ANALE. All'epoca non c'erano i farmaci

biologici che curano l'infiammazione e rendono operabili le fistole di Crohn.

Keighley era di aspetto anglosassone ma di indole mediterranea. Estroverso e ciarliero. Una volta, dopo un congresso, mangiammo insieme in un ristorante sul lungomare di Tel Aviv e fece un panegirico sulla dieta mediterranea contrapposta a quella britannica. Aveva una buona mano, l'ho visto operare un morbo di Crohn del colon con molta scioltezza.

Aveva anche una ottima produzione scientifica, con molte importanti pubblicazioni sul morbo di Crohn, ma il *top* lo raggiunse quando, essendo *IL GOLIGHER* divenuto un libro un po' antiquato, lo sostituì con un altro, anch'esso poi divenuto la Bibbia della chirurgia colo rettale. Le conoscenze erano più vaste e l'opera fu edita in due ponderosi volumi, troppo per un uomo solo. Per cui si associò un altro *big*, londinese, Norman Williams. Questi due volumi, che mi affrettai a comprare, rimasero primi in classifica nonostante avessero molti concorrenti, come il libro di Gordon e Nivatvong o quello di Dozois e Nicholls o quello di Marvin Corman.

Il libro divenne così "IL KEIGHLEY- WILLIAMS" e trovò posto in quasi tutte le biblioteche, sia pubbliche che private (intendo per private le librerie dei chirurghi coloretali).

Le presentazioni di Mike Keighley ai congressi erano perfette, organizzate come si deve, chiare sia dal punto di vista concettuale che da quello iconografico, esposte con vivacità. Mi ricordavano un articolo uscito su *Diseases of the Colon and Rectum*, la principale rivista del settore, americana, che ha più di 4 di *impact factor*. Si intitolava: *Audiovisual presentation. Is your audience*

*listening or sleeping?* E cioè: “Presentazione audiovisiva.

L’uditorio ti ascolta oppure dorme?” Articolo che tutti coloro che parlano in pubblico dovrebbero leggere, perché spiega anche i minimi dettagli di una presentazione scientifica. Per esempio che una diapositiva non dovrebbe avere più di otto righe altrimenti metà sala non distingue quel che c’è scritto.

Purtroppo sono cose che all’Università non si insegnano, come non si insegna come fare una ricerca scientifica. Nella biblioteca del *Royal College of Surgeons* di Londra a *Lincoln Inn’s Field*, trovai un ottimo libro di un decennio prima, ma ancora attuale, lo *Small and Krause*. Ricordo che anni fa Altomare donò ai Coordinatori delle UCP un libretto che aveva scritto sull’argomento. Sarebbe utile ristamparlo e distribuirlo tra i soci SICCR.

Su questo argomento di come condurre una ricerca vale ancora ciò che pubblicò il *Canadian Journal of Surgery* di decenni fa, 1979 mi pare, e cioè IL CICLO DELLA RICERCA CLINICA.

Prima domanda da cui si parte: C’è una questione chirurgica irrisolta? E poi, se sì, ammettiamo (banalità) “tiene” più la sutura di una Ferguson con sutura continua o a punti staccati? Ecco che si passa alla seconda casella del ciclo: formulare una ipotesi di lavoro. E poi ancora, al terzo punto, “controlla su Medline o Pubmed”, perché è possibile che lo studio sia stato già fatto e allora è inutile replicarlo. Dopo ancora: se occorrono e come reperire fondi per la ricerca. E poi: serve la collaborazione di un altro specialista? Ad esempio un microbiologo per valutare il ruolo della contaminazione batterica sulla deiscenza delle suture? E poi via via tutto il resto: come organizzare un *trial* prospettico

randomizzato, e poi come randomizzare, se con le apposite tavole dei *random* oppure, più semplicemente, col sistema delle buste chiuse. E avanti ancora, lo studio deve essere multicentrico? Quale deve essere il *sample size*? Ovvero quanti pazienti occorre arruolare? Il che varia a seconda della patologia su cui si indaga. Ad esempio: molti per uno studio sulle emorroidi, di meno per una ricerca sui carcinoidi del retto. E poi: come interpretare i risultati? Quali devono essere gli strumenti statistici? Chi deve tenere i dati? Ad esempio: se si fa uno studio su un nuovo strumento chirurgico, è corretto che i dati vengano processati dalla ditta che lo produce e lo vende? (Ovviamente no. E invece è stato fatto. E la ditta ha cancellato parte delle complicanze, per cui i risultati dello studio sono stati falsificati e nonostante questo presentati a un congresso nazionale). Infine, cosa si fa prima di scrivere l'articolo? Si presenta il lavoro a un congresso e ci si augura che susciti una accesa discussione. Le contestazioni dell'uditorio non devono essere interpretate come attacchi personali, ma come difetti dello studio, che possono essere corretti prima di metterlo giù in forma di articolo. E ancora: a che rivista mandarlo? (mai a una rivista non indexata). E poi: come rispondere alle critiche dei *reviewers* e come correggere o riscrivere il lavoro?

Mi chiederete: che cosa c'entra tutto questo con il chirurgo Mike Keighley? C'entra perché lui seguiva la sequenza prima esposta, come fanno nei Paesi di lingua inglese, più avanzati di noi dal punto di vista scientifico. In particolare, la mia opinione è che le presentazioni ai congressi degli *speakers* inglesi, giovani e meno giovani, siano le migliori.

**CHRISTOPHER WILLIAMS**

Non era un chirurgo, ma un endoscopista, per la precisione il titolare dell'endoscopia al St Mark's Hospital per decenni, di scuola giapponese, un tipo alto, magro, molto brillante, mente fine, ingegnoso, capace di trucchi, come la *hot biopsy*, la biopsia fatta con un colpetto di elettrobisturi, senza sezionare la mucosa, ma solo pinzettandola; la asportazione *piecemeal*, cioè un pezzo per volta, degli adenomi sessili voluminosi, lo *stiffening tube*, capace di rettilineizzare e far superare all'endoscopio un sigma convoluto.

"*Never do a silent colonoscopy, Mario*" mi diceva quando a ventisei anni andai da lui a imparare la metodica. Intendeva che, chi fa l'esame, deve sempre commentare per gli altri ciò che vede. Ma considerate che erano i tempi in cui si guardava sull'oculare dello strumento e non sullo schermo. Nei centri attrezzati era disponibile la *teaching lens*, una lente supplementare, che però poteva far vedere una sola persona oltre chi faceva l'esame.

Christopher Williams di colonscopie ne faceva davvero tantissime, anche in clinica privata, quelle più redditizie, tant'è vero che abitava a Londra nord, posto *chic*, non in un appartamento, né in una villetta, ma in un vero e proprio palazzetto di tre piani, tutto suo, con davanti un parco dove capitò una volta che le nostre figlie giocassero insieme sull'altalena.

Veniva tutto dai proventi delle endoscopie o forse era ricco di famiglia? Magari entrambe le cose. Le pareti di casa erano tappezzate di enormi quadri colorati, ognuno dei quali era una immagine microscopica o macroscopica del grosso intestino.

Maniaco del lavoro, direte. Infatti sì, lo era. Parlava un inglese velocissimo, si mangiava le parole e io faticavo a tenergli dietro, ma penso che avesse simpatia per me. Al punto che una volta, dovendo io presentare un pezzo della mia ricerca ad un congresso a York, Inghilterra centrale, per tre giorni si fece ripetere la mia parlata senza stancarsi, ogni volta spiegandomi quando dovevo dare enfasi alla presentazione e quali diapo inserire e come stare nei tempi.

La gran forza del vecchio St Mark's Hospital, se lo paragonavo al "mio" mega-Policlinico Gemelli, era che, nonostante sembrasse una vecchia casupola, al pianoterra aveva Basil Morson, allievo di Dukes (sapete...quello dei tumori colo rettali Dukes A, B e C) quindi il top della istopatologia mondiale, che aveva inventato la classificazione dei polipi: adenoma, amartoma ecc e Clive Bartram, il miglior radiologo del *lower G.I. tract* (quello che ha inventato la pouchgrafia e l'ecografia trans-anale a sonda rotante). Al primo piano Christopher Williams, grande endoscopista e Il Professor Lennard Jones, gastroenterologo DOC, quello che aveva codificato le indicazioni all'intervento per la rettocolite ulcerosa(1. Chi non risponde alla terapia medica, 2. Chi ha un difetto dell'accrescimento, 3. Chi ha una displasia, 4. Chi ha una epatopatia grave, 5. Chi ha un megacolon tossico). Al secondo piano i reparti di degenza e al terzo piano le sale operatorie, dove si aggiravano giganti tipo Parks, Hawley, Lockart Mummery, Ian Todd, Henry Thompson (per nominare solo la vecchia guardia).

La gran cosa era che, nello spazio di pochi metri, queste eccellenze potevano comunicare, darsi pareri e consigli,

discutere i casi, fare riunioni ufficiali e informali. Con velocità e facilità.

La bravura dell'endoscopista Christopher Williams andò tuttavia a cozzare contro l'incapacità del sottoscritto, per cui, tornato a Roma, scoprii che col colonscopio non riuscivo a superare la giunzione retto sigmoidea. Mi toccò tornare a Londra, dove finalmente il mio maestro fece quel che non aveva fatto prima, mi lasciò eseguire un certo numero di esami da solo. E così cominciai a fare colonscopie e polipectomie al Gemelli, dove ancora si operavano i polipi aprendo la pancia ai pazienti e facendo una colotomia o una resezione.

Diventato indipendente, feci un bel po' di endoscopie (e poca chirurgia) finché perforai il sigma di un paziente. Avevo trent'anni e quella era la mia cinquecentesima colonscopia. Mi ritirai avvilitissimo nelle mie stanze, ma poi, leggendo, scoprii che la perforazione durante colonscopia avviene nello 0.2 per cento dei pazienti. Ero dunque in perfetta statistica. Andai dal mio direttore, il professor Castiglioni, prima che mi mandasse lui a chiamare per il danno fatto. Avevo comunque la coda tra le gambe. Ma lui fu molto gentile, perché mi fece coraggio dicendomi: "Figurati! Che sciocchezza... tu non sai quante volte io ho tagliato il coledoco o l'uretere... sono cose che capitano". Ne fui confortato, ma, a dimostrazione che neanche da giovane sapevo accettare le sconfitte, smisi di fare le colonscopie e mi buttai di più sulla chirurgia, in particolare dell'anoretto e del pavimento pelvico. Resezioni del retto per tumore, coloanali, proctocolectomie con reservoir ileale, rettopessi, Altemeier, Duhamel e tutto il resto del menu arrivò anno dopo anno, più

devo dire per mia iniziativa (cioè andavo dove mi insegnavano) che non per generosità dei miei capi romani.

Ma raggiunsi il mio obiettivo quando mi resi conto che facevo due sedute operatorie a settimana con una lista di interventi piccoli, medi e grandi. Per arrivare a questo, dovetti lavorare anche fuori dal mio ospedale. Ma almeno ero diventato un chirurgo. Avevo 35 anni.

**TORSOLI**

Ecco un altro italiano (non chirurgo però). A differenza di Piloni, è scomparso qualche anno fa. Ha messo su una Scuola importante. Pensiamo a colleghi come Enrico Corazziari. Altri dei suoi ex-giovani non sono stati invece alla sua altezza.

Aldo Torsoli era un gastroenterologo dedito alla colonproctologia. Lavorava a Roma ed era di fama internazionale, perché pubblicava bene e parlava un buon inglese. Ottimo parlatore, insomma, molto dotato, quasi ammaliante. Aveva le vere caratteristiche del maestro, portato per insegnare, davvero un eccellente didatta, chiarissimo nell'esposizione, bravo nell'organizzare domande e risposte e discussione, dotato di ironia, apprezzato anche all'estero.

Molti, anche nell'ambiente medico, lo ritenevano l'inventore del colon irritabile, che in realtà fu "inventato" dall'inglese Truelove, di Oxford.

Conobbi Aldo Torsoli quando ero veramente "un giovinetto". Mi ero laureato da due mesi ed ero andato in vacanza in Sicilia. Prima della vacanza mi ero unito a un gruppo, nel mio Istituto, che faceva ricerca sulla pancreatite acuta, in particolare sul lavaggio ipotermico con dialisi peritoneale. Mi chiamarono dalla Cattolica, era settembre e a Stoccolma c'era un Congresso sul pancreas, dove un chirurgo bravo del mio Istituto avrebbe voluto presentare i dati della ricerca di cui sopra, ma non poteva andare. Incaricarono me.

E fu così che, da una rovente spiaggia vicino Ragusa, dove faceva caldo anche col costume, mi ritrovai, con addosso un impermeabile, in una fredda e piovosa Stoccolma. Il cielo da azzurrissimo era diventato grigio, il sole, da alto nel cielo,

rasentava la sommità de palazzi. Si fa presto a dire che la Scandinavia è più civile. Purtroppo un italiano ci campa peggio.

Dico la verità... di questa ricerca sul pancreas mi interessava ben poco, ma dissi di sì per disciplina d'Istituto. Feci la mia parlata senza infamia e senza lode e vidi un professore italiano di gastroenterologia che interveniva spesso e sembrava fosse ascoltato attentamente dall'uditorio. Era Torsoli.

Andai a salutarlo perché eravamo giusto un paio dal mio Paese, lo abordai tanto per parlare un poco la mia lingua. E fu lì che Torsoli seppe della mia esistenza e del fatto che mi dedicavo alla manometria dell'esofago e del colon. Un po'di conversazione e tutto finì lì.

Tornato in Italia, cercai le sue pubblicazioni e mi resi conto che era uno molto in gamba. Lo andai a trovare. Lavorava al Policlinico Umberto I col suo gruppo, che dipendeva dalla seconda Clinica Medica, fatto di tre aiuti anziani (per me all'epoca era anziano un quarantenne...) e molti giovani. Seppi che aveva un suo istopatologo, Pallone e una sua radiologa, Habib. Che studiavano molto la stitichezza, che facevano come me la manometria del colon, studiavano i tempi di transito intestinali, gli ormoni dell'apparato digerente, in particolare la bombesina, poiché il suo scopritore, Espamer, aveva il suo Istituto a pochi metri. Mi sembravano molto in gamba e mi venne da fare il confronto fra gli enormi spazi che noi avevamo al Gemelli e l'angusto sottoscala in cui erano confinati loro, pur essendo gente con notevoli titoli e capacità.

Era il 1973 e, di lì a poco, per la precisione l'anno dopo, avrei dovuto fare la mia prima presentazione in Italia, a Trieste sui miei studi di motilità del colon. Ero agli inizi, laureato da due anni, ma non ero un pivello perchè di manometrie ne facevo tante, al punto che mi prendevano in giro in reparto e dicevano: "Ah, sì, questo è un paziente di Pescatori... allora, come esami facciamo: glicemia, azotemia e.... MANOMETRIA! I più spiritosi dei miei colleghi, quando mi incontravano nei corridoi, strisciavano col posteriore poggiato sulla parete, come a dire "A me no, a me la manometria anorettale non la fai...".

Insomma, l'argomento lo conoscevo, avevo fatto costruire da due bravi tecnici delle sonde per registrare sia l'attività pressoria che mioelettrica del retto-sigma. Sapete... peristalsi...

segmentazione... movimenti di massa.... teoria dei pace-maker oscillanti... motilità miogena, ormonale, dei nervi intrinseci, dei nervi estrinseci. Insomma, roba complessa e interessante. Anche se, devo dire la verità, per uno che farà il chirurgo, mi sa che è meglio studiare a fondo l'anatomia piuttosto che la fisiologia. Vabbè... ormai è fatta.

Di lì a poco ci sarebbe stato un congresso a Trieste, di gastroenterologi e chirurghi, e avevo spedito un lavoro che era stato accettato come comunicazione. Allora pensai: "Voglio farlo vedere a Torsoli, sentiamo che mi dice" e andai nel suo istituto sotterraneo. Lo lesse davanti a me e mi evidenziò un paio di grossi difetti (mancavano i confronti statistici), ma anche mi spiegò come sistemare le cose. Intanto chedevo ai miei colleghi più anziani della Clinica Chirurgica: "Ma cosa mi devo aspettare che succeda?" "Niente... stai tranquillo" rispondevano loro "Sali

su podio, parli, quando finisci ti applaudono, poi scendi e torni a tuo posto”

A Trieste, prima del convegno, ci fu una cena con Torsoli e i suoi aiuti. L'indomani, al congresso, c'erano 400 persone, compresi Stefanini e altri big. Sala strapiena. A parte la comparsa fatta a Stoccolma, era la prima volta che presentavo qualcosa in Italia. Finito che ebbi di parlare, anziché “applauso e via, passiamo al prossimo...” si alzarono almeno sette mani fra il pubblico. Mi feci forza e riuscii a rispondere in qualche modo. Però non vedevo l'ora di tornarmene al mio posto. Ma quella più cattiva era proprio l'ultima domanda, e, guarda un po'.., me la fece un aiuto di Torsoli. Più che una domanda fu un attacco in piena regola. Il punto è che questo gastroenterologo faceva esattamente quello che facevo io, ma da più tempo. Ed era stato da un *big* americano a perfezionarsi. Insomma, fui crivellato di colpi. Ma sinceramente nessuna delle sue obiezioni aveva consistenza. Risposi con un basso profilo, dicendo che avevo solo riferito ciò che avevo registrato, senza pretendere di aver scoperto l'America.

Quand'ecco che un mormorio si leva dalla sala e un'ombra, come dall'antro della Sibilla Cumana, cammina verso il palco, proveniente dalle ultime file. Era il mio direttore, Castiglioni, uno ben noto e potente dal punto di vista politico-accademico, il quale salì sul palco e mi difese con parole arroventate che misero sullo spiedo il mio assalitore. Inutile dire che Torsoli, se avesse avuto lo sguardo di Superman, lo avrebbe incenerito. Ci fu un'ovazione da parte dei molti chirurghi, che avevano deciso di prendere le mie parti. Battaglia terminata e vinta.

Il mio rapporto con Torsoli si rinsaldò nei mesi e anni successivi. Mi chiese di scrivere qualcosa per la sua rivista RENDICONTI DI GASTROENTEROLOGIA. Conobbi colei che la portava avanti, Marian Shields, carattere difficile ma eccezionalmente brava, che poi assoldai per UCP News trasformata dopo in *Techniques in Coloproctology* e indexata anche per merito suo.

Dopo qualche anno facemmo con Torsoli da moderatori alla Cattolica in un convegno sulla Malattia diverticolare del colon. Mi mandò una lettera in Istituto che un collega aprì per sbaglio (o eccessiva curiosità), lettera che terminava con queste parole TUO ALDO. Al che ovviamente i colleghi mi canzonavano... "Ahh...ti sei messo con Torsoli... bravo". Per fortuna che poco dopo si sposò regolarmente con una donna.

Infine, a significare quanto fosse capace ( E ORIGINALE) a organizzare la didattica, mi coinvolse in una sua iniziativa molto bella. Una volta al mese affittava un pullman, ci faceva salire sopra i suoi studenti e il suo staff, estendeva l'invito anche a me, e poi durante il viaggio si sviscerava un argomento diverso, scelto di mese in mese. La destinazione del pullman era una volta l'Ospedale di Viterbo, una volta quello di Latina ecc, i capoluoghi del Lazio insomma, dove era organizzato un convegno su argomenti diversi, con i primari de luogo e altri medici, compresi i medici di base.

Questo era Aldo Torsoli, uno dal quale c'era sempre molto da imparare. E' stata per me una fortuna incrociarlo sulla mia strada professionale.

## **FAZIO**

Victor Fazio, australiano, direttore del dipartimento di chirurgia coloretta della Cleveland Clinic a Cleveland, Ohio, USA, allievo

del famoso Turnbull, sarebbe stato a buon diritto nel gruppo A dei chirurghi valutati dal Professor Goligher nella gradevole serata australiana. Io, sentendo il parere di molti che l'hanno visto in azione, ce l'avrei messo. PERO', uno che a 37, dico TRENTASETTE anni, diventa il capo dei chirurghi coloretali alla Cleveland Clinic, seconda solo (forse) alla Mayo Clinic, non può non essere o diventare un ottimo chirurgo.

E Vic Fazio non fece solo questo. Fu anche, per dieci anni (due mandati) *Editor-in-Chief* di *Diseases of the Colon and Rectum* e fu Presidente della ASCRS, *American Society of Colon and Rectal Surgeons*. Gli venne un linfoma a circa sessant'anni e ne visse ancora una decina. Appena saputo della sua malattia gli avevo scritto: "Vic, non ti arrendere!" e lui mi aveva risposto "No di certo, comincio ora a combattere!". E riuscì, qualche anno dopo, a tornare in sala operatoria e operare come prima. Ebbi l'onore di scrivere il suo *Obuitary* su *Techniques in Coloproctology*.

Quando, a circa trent'anni, visitai il suo Dipartimento, ne fui molto colpito. La quantità dei casi era impressionante. Quello che si vedeva in UN MESE al Gemelli, si vedeva in UNA SETTIMANA al St Mark's e si vedeva in UN GIORNO alla Cleveland Clinic. Un livello di attività quasi insostenibile. Sapete come fanno i chirurghi americani. A venti-venticinque anni sono di guardia un giorno sì e un giorno no. A trent'anni se non prima diventano *Chief-Resident*. A trentacinque-quaranta sono capo-dipartimento. Fanno il giro in reparto alle sette del mattino e alle otto cominciano a operare. Fu per evitare questi ritmi bestiali che poi scelsi l'Inghilterra...

E ora vi faccio sorridere.... Una mattina mi trovai a seguire Fazio

mentre faceva ambulatorio. Considerate che il mio ambulatorio coloretale pubblico al Gemelli non era una passeggiata, ogni volta c'erano quindici malati. Ebbene, lì a Cleveland iniziammo verso le otto, in due stanze. Lui entrava e io dietro che lo seguivo. In ogni stanza c'era il paziente pronto, con relativa infermiera. Radiografie, cartelle, esami, tutto al suo posto per essere visto senza perdere tempo. E non erano ragadi e emorroidi, con tutto il rispetto per chi, me compreso, si occupa di ragadi e emorroidi. Lì si passava da un cancro del retto a una colite ulcerosa a un morbo di Crohn. Verso le 12, mentre lui (e io appresso) passavamo da una stanza all'altra, mi posi il problema: ma qui faranno una pausa per mangiare? Ci sarà una mensa come da noi a Roma? Mezzogiorno e mezza... niente. L'una... niente. Cominciavo ad aver fame, ma stavamo visitando forse il ventesimo o il trentesimo paziente.

All'improvviso, chiusa una porta e prima di aprire l'altra, Fazio si ferma, si mette una mano nella tasca del camice, tira fuori una banana, comincia a sbuciarla, mi guarda e mi dice: "Mario, *do you want some lunch?*". Santo Dio! Pensai... questo è il suo pranzo e lo vuole dividere con me? Quanto ci avremmo messo a masticare mezza banana ognuno? Un minuto forse, ma neanche. E a inghiottirla? Pochi secondi. E poi? E poi sarebbe ricominciato l'ambulatorio, chissà fino a quando. Meditai alla svelta, ringraziai, trovai una scusa e me ne andai alla ricerca della mensa, dove mi misi seduto con calma a riflettere sui casi della mattinata. Uno più interessante dell'altro. Uno più impegnativo dell'altro.

Ma ecco che, a dimostrazione di quanto Goligher avesse scritto giusta la sua classifica chirurgica, mi ritrovo, a Londra, dopo tre anni, Victor Fazio in visita a Sir Alan Parks (gruppo A). Era venuto a imparare la proctocolectomia con reservoir ileoanale. Eh sì, perché fino a quel giorno, in caso di rettocolite ulcerosa o poliposi familiare diffusa del colon, a Cleveland facevano o l'ileo-retto (col retto che a 20 anni di distanza andava tolto nel 40% dei casi) o la proctocolectomia con anastomosi diretta ileo-anale (ma molto spesso c'era, com'è ovvio, incontinenza fecale e diarrea) oppure facevano la proctocolectomia con reservoir di Kock, ovvero ileostomia continente. Ma non sempre era continente... e troppo spesso si creava una disfunzione della valvola sottocutanea, il che richiedeva un reintervento. E così a

Cleveland avevano deciso di cambiare.

Il fatto mostruoso, che ci dice la quantità enorme dei pazienti alla Cleveland Clinic, è che nei successivi tre anni Fazio (e i suoi *consultants*, gente come Lavery e Church) avevano già fatto non so quante centinaia di *pouch* ileo-anali, mentre al St Mark's, dove l'avevano inventata alla fine degli anni settanta, ancora non erano arrivati a duecento.

Posso dire un cosa *contro*? Secondo me negli USA sono troppo interventisti. Sarà che l'approccio al paziente non può essere empatico-olistico (come si fa vedendo trenta casi in tre ore?), sarà il sistema delle assicurazioni, che pagano ma pagano poco, per cui il chirurgo punta sulla quantità. Ebbene, io credo che negli USA siano più "aggiustatori" (come li chiamò il grande giornalista-scrittore Tiziano Terzani operato e rioperato di cancro al *Memorial Sloane Kettering*), più concentrati sul pezzo di

tessuto-malato-pezzetto-di-corpo-da-togliere, che non sul paziente come persona.

Santo Iddio! La rettocolite ulcerosa ha una componente psicosomatica-batteriologica... il morbo di Crohn ha una componente immunitaria. Se si risolve tutto con un TAGLIA-E-CUCI, allora lo credo che le casistiche chirurgiche crescono. Ma la qualità della vita? Oltre che sapere

QUANTO vivono i pazienti operati, noi vorremmo sapere anche COME vivono.

Il bravo chirurgo non è quello che OPERA tanti pazienti, ma è quello che GUARISCE tanti pazienti.

PERO' PERO' ....alla Cleveland Clinic...alla corte di Re Fazio.... qualcosa di olistico-psicosomatico è accaduto.

Su *Dis Colon Rectum*, fine anni '90, è uscito un bell'articolo sull'IMMAGINARIO GUIDATO per ridurre le complicanze postoperatorie dopo interventi su colon retto. Di che si tratta? Al paziente, prima durante e dopo l'intervento (durante se è in "spinale" o in "locale") viene fatto sentire a lungo un mix di parole ipnotiche e musica *new age*, che lo "guidano altrove", che gli fanno "immaginare" luoghi e atmosfere rilassanti. Ebbene, da Fazio hanno dimostrato che, rispetto a un gruppo di controllo e a parità di patologia, questo riduce le complicanze postoperatorie. Abbiamo replicato uno studio simile su pazienti proctologici nella nostra UCP, insieme alla fisioterapista Peticca e alla psicologa Renzi, e abbiamo visto che i pazienti, dopo l'intervento, urinavano prima e meglio e avevano meno dolore. Qualcosa del genere fa, all'Ospedale di Chioggia, contando sulla collaborazione di psicologi e anestesisti, il mio amico e collega Salvatore

Ramuscello, uno dei *senior members* della Società Mediterranea di Colonproctologia.

Torniamo a Fazio in visita al *St Mark's*.

Memore del passato, dopo la seduta chirurgica di Parks, quel che feci con Fazio a Londra fu di invitarlo a fare UN VERO PASTO e non a mangiare mezza banana. Fortuna volle che ci fosse in quel periodo a Londra mia madre, la quale organizzò a casa mia una magnifica cena all'italiana, sollevando l'entusiasmo di Victor e signora (aveva sposato una tranquilla infermiera del suo ospedale). Dopo la cena li riportai in albergo con la mia macchina, una cinquecento prestata da un amico, che guidai all'italiana, anzi alla romana, sollevando il terrore nei due coniugi yankee, abituati al monotono e lento flusso delle autostrade americane.

Cos'altro? Una volta, a un congresso in Italia, Fazio mi chiese di segnalargli dei nomi per l'ingresso di un italiano nell' *Editorial Board* della sua rivista *DCR* (io non potevo, essendo impegnato con *Techniques*) e gli feci tre nomi, uno dei quali fu poi scelto dal suo successore Madoff.

E per ultimo vi racconto questo: dopo qualche anno che era malato, ma era riuscito a ritornare in pista, squilla il mio cellulare e sento la sua voce cavernosa, da orso delle *Rocky Mountains*, che, dopo i rituali saluti (che piacere, dopo tanti anni!), mi chiede di pubblicare rapidamente su *Techniques* un articolo scritto da un suo nuovo allievo. "Un articolo che di sicuro farà salire l' *impact factor* della tua rivista" mi disse.

Era la prima casistica mondiale di colectomie laparoscopiche *single-port*. Passai il caso a Gagliardi, mio vice all'epoca, lui lo

gestì egregiamente, chiedendo anche aggiustamenti e correzioni e quello fu infatti l'articolo di *Techniques* con più citazioni, che fece salire l'*impact factor* della rivista a più di 2. Adesso siamo avviati verso 2.9.

## **WEXNER**

Dalla Cleveland Clinic Ohio alla Cleveland Clinic Florida.  
C'era un chirurgo inglese che lavorava con Fazio e si chiamava

David Jagelman, una persona molto garbata. Quando l'Istituzione decise di "aprire" una *branch* negli USA, ritenne che la Florida fosse lo stato giusto. Lì faceva caldo, mentre in Ohio fa freddo. Ma soprattutto in Florida girano più soldi e ci sono molti anziani in perpetua vacanza. Meno afroamericani e più ispanoamericani. E' lo stato dei pensionati benestanti, in grado di pagare bene per le loro cure.

E così l'inglese americanizzato David Jagelman fu designato capo della nuova Cleveland Clinic Florida, a Fort Lauderdale. Senonchè di lì a poco Jagelman purtroppo morì e si dovette nominare un altro capo. La scelta cadde sul suo vice, un giovane di talento, ebreo, il che in USA non guasta. Uno di poche parole, alto, dinoccolato, astro nascente della nuova chirurgia laparoscopica. Il suo nome era Steven Wexner. Per gli amici Steve.

Se apriamo il numero 2 del volume 3 della rivista *Perspectives in Colon and Rectal Surgery*, a pagina 275 troviamo, nella rubrica *Expert Exchange*, una ventina di pagine su un interessante argomento: lesioni da radiazione dell'intestino. Ma ciò che è ancor più interessante è che il moderatore degli esperti è David Jagelman e uno dei due esperti chiamati in causa è Steven Wexner. All'epoca, 1990, i due erano già insieme alla Cleveland Clinic Florida.

Oggi Wexner ha da poco passato i sessanta ed è già stato Presidente della ASCRS. In USA è considerato un anziano, ma qui in Italia sarebbe, professionalmente, nel fiore degli anni. Non ricordo come e quando lo conobbi, ma di sicuro simpatizzò coi fondatori di UCP Club e i coloproctologi italiani in genere. Ama l'Italia e ha cari amici nel nostro Paese. Inoltre ha una spiccata

propensione per i viaggi. Quando va a un Congresso all'estero ci pensano i suoi associati, in primis Nogueras, e i suoi *residents* a mandare avanti la baracca.

Era (ed è) soprattutto un grande organizzatore.

Della ricerca innanzitutto, in questo facilitato dalla presenza simultanea nella sua Clinica di almeno 10 stranieri (oltre ai *Consultants* e ai *Residents*) a ognuno dei quali all'arrivo viene assegnato il suo bel compitino che si trasformerà in una pubblicazione. Steve è' una *paper machine*, ha pubblicato centinaia di lavori, molti dei quali importanti. Di libri non ne parliamo, solo a me ne ha regalati tre o quattro con dedica.. Di altri due, della Springer, siamo co-autori.

Ogni anno organizza un Congresso che è divenuto un *must* per molti colleghi, americani e non solo, i quali, in pieno inverno, volentieri si aggiornano godendosi il mare e le palme della Florida. Ha invitato a parlare diversi italiani, un ospite frequente è Gianni Milito, ed è stato assolutamente *bipartisan*. Ha tirato la volata a Longo per la PPH e la STARR (benché in Usa siano fuori commercio) avendo stretti rapporti con la *Johnson and Johnson*. Che, come scritto sul *Directory* della società americana, ogni anno versa un milione di dollari alla ASCRS ed è il principale sponsor del suo ottimo corso-congresso a Fort Lauderdale.

Ma Steve ha anche molto supportato Ucp Club e *Techniques in Coloproctology*, inviando ottimi articoli quando non era ancora *indexata* e poi quando aveva ancora un basso *impact factor*, così contribuendo alla sua crescita. Anzi, pochi sanno che fu proprio lui a suggerire il nome per la nostra rivista.

Essere *bipartisan* è un'arte e un impegno, che però poi paga.

Una sera a cena, Steve mi raccontò che la sua Istituzione donava la stessa somma di denaro ai due candidati alle presidenziali USA, quello democratico e quello repubblicano. Più spesa, ma più garanzie. Comunque andasse, la Clinica era protetta.

Benchè nella sua prima “diretta” ad un congresso italiano dovette convertire il suo intervento laparoscopico in *open* per un massivo sanguinamento dell’epigastrica, Wexner ha la fama di buon chirurgo. E’ instancabile, viaggia ovunque per congressi molte volte l’anno e una volta Nicholls raccontò una storiella. C’era un chirurgo che organizzava un congresso in capo al mondo e non riusciva a convincere nessun straniero di rilievo a venire. Allora uno gli suggerì:”Invita Wexner, lui viene di sicuro”.

Steve cura bene i rapporti coi colleghi. Fu molto gentile a congratularsi con me per un articolo originale pubblicato su *Diseases of the Colon and Rectum* nel 2009 sulla chirurgia simultanea addominale e perineale dell’enterocele e della intussuscezione retto-rettale. Tra noi c’è stima e simpatia.

Ha avuto il merito di inventare due classificazioni o *grading* o *score* , una per l’incontinenza fecale, in cui per la prima volta prendeva in esame anche la qualità della vita, e lo fece in un articolo con un co-autore brasiliano, Jorge. E anche una classificazione per la stitichezza da rallentato transito, con il turco Agachan. Entrambe sono le più seguite da chi pubblica su queste patologie.

Ha fondato una associazione : i *Cleveland Clinic Alumni*, che conta centinaia di colleghi di tutte le parti del mondo, molti dei quali tornano periodicamente a trovarlo in Florida.

Ed è uno che non dimentica gli amici. Fu lui, pur sapendo che, dopo i noti fatti delle elezioni pilotate, tra noi il rapporto si era interrotto, a chiedermi di scrivere su *Techniques* una nota di commiato per Alfonso Carriero, che era in qualche modo suo allievo, in quanto assiduo frequentatore della sua Istituzione. Naturalmente lo feci volentieri, anche perché, pochi mesi prima, durante un viaggio di ritorno da un congresso in Brasile, Alfonso mi aveva raccontato della sua malattia e della sua nuova figlia piccola che molto amava.

Torno a Wexner. Dovessi consigliare un paio di libri suggerirei *Fundamentals of Anorectal Surgery*, quello scritto insieme a Beck, che spesso consultavo, sul quale sono ottimi i capitoli sulla stenosi anale e sulla patologia proctologica in caso di HIV, e *Reconstructive Surgery of the Rectum, Anus and Perineum*, autori Zbar, Madoff e Wexner. E quello edito da lui e David Bartolo sulla cura della stitichezza, per avervi incluso un magnifico capitolo sull'approccio olistico. Scritto da colui che è, io credo, il più pensante e acuto e originale dei chirurghi coloretali del mondo, il canadese Ghislain Devroede. Articolo che mi ispirò l'impiego del *Draw-the-family test* (Migliacca et al, *Colorectal Disease* 2010) per lo screening psicosomatico dei candidati all'intervento in caso di ostruita defecazione.

E' ormai accertato infatti che i pazienti con conclamata depressione o ansia, per non parlare di disturbi psichiatrici maggiori, sono destinati al fallimento se vengono operati per stitichezza. Il primo a metterlo per iscritto e a documentarlo con dati certi molti anni fa sul *British Journal of Surgery* fu il chirurgo Mike Keighley. Anzi, come dimostrato da Andrew Zbar e dal

sottoscritto in una pubblicazione su *International Journal of Colorectal Diseases* circa dieci anni fa, se si riopera un paziente che ha avuto la STARR e soffre ancora di ostruita defecazione, l'esito del reintervento sarà negativo in coloro che soffrono di seri disturbi psichici.

Ecco perché il chirurgo coloretale e soprattutto il pelviperineologo dovrebbero avere coi pazienti candidati alla cura un approccio PNEI-olistico, che valuti il malato nella sua integrità totale, prescindendo dal "pezzetto" anatomico "guasto". C'è un articolo su questo su *Techniques* di pochi anni fa.

Ricordiamoci dei chirurghi americani definiti semplici "aggiustatori" da Tiziano Terzani nel suo L'ULTIMO GIRO DI GIOSTRA.

A chi desideri approfondire questo approccio nuovo, affascinante e vantaggioso in termini di pazienti guariti, consiglio il libro del collega Giovanni Alvino, appena uscito (in italiano): PELVIPERINEOLOGIA OLISTICA, edito da Librisalus.it.

## MORSON

Abbandoniamo per poche pagine i chirurghi e parliamo di un anatomo-patologo: Basil Morson. Era un uomo schivo, media statura, stempiato, con gli occhiali, di poche parole (molti inglesi non hanno quello che John Nicholls chiama *l'Italian disease*, cioè il vizio di parlar troppo).

Si accompagnava a lui al *St Mark's Hospital* un personaggio che mi colpì, il dottor Bussey, ultrasettantenne, capelli bianchi bianchissimi, alto, silenzioso e chiuso nel suo mutismo, che alle 13 precise di ogni giorno compariva alla mensa del *St. Mark's*. Era il maggior studioso mondiale della poliposi del colon, teneva il registro delle poliposi dell'ospedale e lavorava fianco a fianco con Morson.

Il quale aveva grandi meriti, che ho già accennato all'inizio del libretto. E' lui che definì la classificazione dei polipi del grosso intestino. Innanzitutto gli adenomi, potenzialmente neoplastici, poi gli amartomi, e ancora i polipi linfoidi, non da temere e successivamente i polipi infiammatori, in genere associati con la rettocolite ulcerosa, non segni di pre-neoplasia come si credeva un tempo, e poi di seguito. Era allievo di Dukes, colui che al *St Mark's* inventò la classificazione dei tumori coloretali.

Una volta il dottor Morson mi portò in una stanza del suo laboratorio. Era il 1982 e cominciavano a montare i computer in ospedale, quindi i dati e gli archivi erano ancora per lo più cartacei. Ricordo che era appeso alla parete un grande poster contro il fumo, con lo *slogan*: *He passed away by twenty a day*, ovvero "è morto con un pacchetto al giorno".

Mi indicò degli scaffali con cartelle cliniche. Erano tre scaffali, due strapieni, uno con meno cartelle. Mi spiegò: "Vedi, quello pieno, più in alto? Sono pazienti con rettocolite ulcerosa. Poi, guarda quello sotto, quasi pieno. Sono i casi con morbo di Crohn. E ora guarda il terzo, più in basso. Vedi, sono molto meno. Quelli sono i pazienti con colite indeterminata. Ogni tanto qualche cartella sale di piano e passa dal terzo al secondo o dal primo al secondo.

Sono i pazienti che, a un *follow-up* più lungo, si è scoperto che in realtà avevano il morbo di Crohn”.

Morson ha scritto un libro molto bello, con splendide figure: *Gastrointestinal Pathology*. Ve lo consiglio.

Il suo laboratorio faceva un ottimo lavoro nel cancro coloretale. Su tutte le cartelle cliniche dei pazienti c’era una foto del pezzo operatorio aperto che mostrava con chiarezza il tumore, poi c’era il numero dei linfonodi esaminati, almeno 16 e poi altre notizie macro- e microscopiche (e questo si faceva anche da noi a Roma). Non di rado vidi Parks e Morson oppure Hawley (chirurgo) e Morson o Williams (endoscopista) e Morson che parlavano nei corridoi o nel laboratorio del patologo di quei casi *border line*, i cancri non invasivi e i carcinomi in situ, quelli con invasione vascolare, quelli con marcato *budding* (ovvero la reazione linfocitaria difensiva dell’organismo intorno a tumore) per decidere se la polipectomia endoscopica era stata sufficiente, per decidere su una ulteriore resezione o semplicemente sul fare o no la chemio postoperatoria. O la radioterapia. Erano quelli i tempi in cui non ancora si era diffusa la pratica di irradiare il tumore per settimane PRIMA di operare.

I casi più complessi venivano discussi in presenza del patologo, del chirurgo, dell’endoscopista e dei vari *fellows* inglesi o stranieri, alle 8 del mattino. Era il *Pathology Corner*. In un altro giorno c’era invece il *Radiology corner*, sempre con la presenza degli specialisti e dei *fellows*. Questi *meeting* erano davvero molto interessanti. E anche pratici, perché dopo una discussione comune, si prendeva la decisione su come trattare il paziente. Altra cosa che imparai al *St Mark’s* (ma non durante la mia

*felloship* di un anno con Parks, quando avevo trentadue anni, bensì prima, quando ero più giovane, nei tre mesi di *Postgraduate Course*) fu l'esistenza di una cosa chiamata *Journal Club*, ovvero discussione di gruppo di un articolo della letteratura. Da noi non si usava e quindi la importai a Roma, sia all'università che in clinica privata. Ma questo con Morson non c'entra.

Rividi il grande patologo a Roma, quando, anni dopo, venne a casa mia con la moglie durante un viaggio in Italia. Prendemmo un the insieme e lui mi disse: "Non vedo l'ora di andare in pensione per dedicarmi alla mia passione, il *birdwatching*". Scoprii poi che, da pensionato, continuava a lavorare come patologo, non più in ospedale, ma alla *London Clinic*, dove operavano anche Parks, Hawley e, più tardi, Nicholls.

Quella (a casa mia) fu l'ultima volta che vidi Morson. Erano gli anni '90. La prima volta, invece, era stato a Londra, al *St Mark's*, anni '70, quando ero andato a fare i tre mesi di *Postgraduate* e avevo in tasca una lettera "di raccomandazione" o meglio di presentazione, scritta per lui dal Professor Torsoli. I due erano buoni amici. Seppi dov'era lo studio di Morson dal portinaio-centralinista di colore che vidi appena entrato in ospedale, il vecchio *St Mark's* di *City Road*, e bussai alla porta del famoso patologo.

Mi aprì la segretaria, una piccola indiana, e mi introdusse nel suo studio. Morson si alzò dalla sua sedia, dietro la scrivania su cui era poggiato un microscopio, e mi strinse la mano sorridendo. Io gli consegnai la lettera di Torsoli in cui c'era scritto che ero un bravo giovane chirurgo con un avvenire promettente (o qualcosa del genere) e lui la lesse velocemente. Ma non era finita lì. Mi

volle mettere alla prova, ahimè. Indicò il microscopio e mi disse: "Vieni, siediti, guarda e dimmi cosa vedi".

Inutile dire che mi sentii in difficoltà, ero certo che non si trattasse di qualcosa di banale o routinario e avevo pochissima fiducia sulle mie capacità di fare diagnosi al microscopio. Mi tornò subito in mente una scena analoga in cui l'aiuto di Anatomia Patologica del Gemelli all'esame mi aveva messo sotto gli occhi un vetrino con una struttura color rosa che io non capii essere una sezione della lingua.

"Farò cilecca anche questa volta.." pensai rassegnato.

Comunque guardai e vidi qualcosa di molto strano. Sembrava esserci mucosa intestinale, si vedevano cripte e villi, ma il tutto era semicoperto da una formazione di color giallo biancastro.

Non avevo assolutamente idea di cosa fosse. "Vedo un segmento di intestino..mi pare" farfugliai e poi rimasi in silenzio.

E lui, allegro e trionfante, "E' un granuloma di bario!" mi disse e poi mi guardò con occhi furbi, come per dire, hai visto dottor Mario Pescatori, che non sei poi così bravo come è scritto nella lettera che mi hai portato... Poi mi affidò alla sua segretaria che mi fece fare il giro dell'Ospedale.

Dico la verità, ero un po' depresso. Il mio narcisismo aveva accusato il colpo.

## HEALD

E' il più mediterraneo dei chirurghi inglesi, il più cordiale ed espansivo. Ha più di ottant'anni e ancora gira il mondo per fare dimostrazioni chirurgiche del SUO intervento. L'ESCISSIONE TOTALE DEL MESORETTO in realtà non l'ha inventata lui, la facevano già al St Mark's, dove lui ha lavorato, ma di certo è stato lui a perfezionarla, a documentarla, a codificarla, a insegnarla, a

indagare sui risultati, a pubblicare intorno al 3-4 % di recidive dopo resezione anteriore per cancro del retto. Se il numero è vero (e io credo che lo sia) è di gran lunga il più basso al mondo. Io per esempio avevo il 7%. In letteratura, a parte Heald, si va dal 5 all'8%.

E ora un salto. Dall'anatomia alla psicologia. Permettetemi un piccolo inciso.

Sul *Lancet*, nei primi anni 2000, è stato pubblicato un articolo di autori francesi sugli operati per cancro del retto, divisi in due gruppi, con *grading* e *staging* omogenei: quelli che avevano avuto recidiva entro due anni e quelli che non l'avevano avuta. Dopodichè l'articolo prendeva in esame diversi parametri, per valutare quali fossero significativi nel determinare l'esito in termini di recidive.

Ebbene, quelli che andavano meglio, erano quelli che, usciti dall'ospedale e tornati in famiglia, avevano trovato un supporto e una compagnia adeguata. Quelli privi dell'affetto familiare avevano più recidive. Questo per dirvi l'importanza di fattori che non dipendono dalla tecnica chirurgica, ma dalla psiche-stress-assetto immunitario del paziente. Anche di questo dunque ci si dovrebbe preoccupare.

Andai a imparare l'intervento (la *TME*) da Heald a Basingstoke nel 1990, trent'anni fa, e all'epoca quasi nessuno lo faceva in Italia, tant'è vero che non pochi amici e colleghi italiani mi chiesero di andare nei loro ospedali a fare delle dimostrazioni, per esempio Ezio Stortini in Toscana e Tommaso Bruni in Lombardia.

Ne operai non pochi dal '90 al 2000 e qualcosa, ma poi l'avvento della chirurgia laparoscopica, da me NON imparata, mi portò via

molti di questi pazienti. Avendo lasciato l'università e operando solo in privato, non avevo un volume sufficiente di casi perché valesse la pena di interrompere il lavoro per qualche mese e andare in un centro laparoscopico. Né le cliniche in cui lavoravo avevano, al momento, la cosiddetta "colonna". Negli ultimi vent'anni quindi ho operato pochi cancro e poche coliti ulcerose o poliposi diffuse.

Se devo operare sulla pelvi, che so... una rettopessi, un enterocele, faccio un Pfannestiel, che è accettabile dal punto di vista cosmetico. Ma il mese scorso un cancro del retto molto basso l'ho operato, una escissione intersfinterica. Lavoro una settimana al mese nel sud, in una ottima clinica convenzionata che tra l'altro cerca un giovane coloproctologo che mi affianchi, stipendiato (chi vuole scriva a [luicobellis@yahoo.it](mailto:luicobellis@yahoo.it)). Lì c'è un chirurgo amico bravo in laparoscopia. Lui ha fatto la parte addominale e io quella transperineale. Lo stesso vale per la Duhamel nel megacolon dell'adulto o altri interventi del genere. Se poi è un T1 lo opero per via transanale.

Torniamo a Heald, ottimo chirurgo. Con lui ho avuto l'onore di operare nel suo ospedale a Basingstoke proprio un cancro del retto, in cui fece, alla fine dell'intervento, come sua abitudine, una stomia di protezione. Aveva un ottimo aiuto, di nome Brendan Moran e una ferrista molto bella. Cosa insolita in UK, dove le femmine non sono certo le più carine d'Europa.

Ebbene, cosa accadde in quell'intervento? Vi faccio sorridere... lo ero a fianco della ferrista e a un certo punto mi sento spingere sulla coscia destra. Guardo in basso e le uniche cose che vedo sono le gambe, la mia e quella della ferrista, quasi a contatto.

Siccome ho sempre avuto un debole per le belle donne e siccome Heald, sapendolo, mi chiamava davanti alle sue infermiere *latin lover*, tra l'altro mettendomi in imbarazzo, cosa ho pensato? Che la bella ferrista avesse premuto la sua gamba contro la mia. Di certo un evento casuale, non volevo credere che la ragazza mi mandasse segnali tattili con secondi fini. Senonchè questa pressione si verificò più volte durante l'intervento. E io ero sempre più incuriosito e dubbioso. Finita che fu l'operazione, gli infermieri maschi spostarono il paziente sul letto, noi ci levammo le mascherine e io vidi che la ferrista mi faceva un gran sorriso. Dentro di me pensai...se son rose fioriranno...vediamo cosa succederà dopo, magari ci faremo due chiacchiere. Ma ecco che, mentre spostavano il paziente, vidi che aveva due "gambali" pneumatici, di quelli che si gonfiano e si sgonfiano per prevenire le trombosi. Non ero abituato perché da me si usava solo fasciare le gambe con delle calze elastiche. Era quello! Altro che ferrista...

Torniamo a Bill Heald. Il miglior video chirurgico visto in vita mia (ero al *Royal College of Surgeons* di Londra, dove proprio Heald mi fece avere il titolo di FRCS onorario) si intitola *SURGICAL DISASTERS*. Lo ha fatto girare lui mettendo insieme le complicanze intraoperatorie accadute durante le dimostrazioni che ha fatto in ogni parte del mondo. Ne cito una. Operava a Belgrado, penso col bravo Zoran Kripovac e doveva coagulare un vasetto che "perdeva". Ebbene, l'elettrobisturi era difettoso e dalla punta è partita una scarica di lampi e scintille che, pensate..., ha perforato l'intestino tenue. Dopo l'intervento di Basingstoke, usciti dalla sala operatoria,

Heald mi presentò una signora che lui definì “preziosa”, perché era l’addetta al *follow-up* dei pazienti operati. Seguiva solo quelli con cancro del retto e non gliene sfuggiva nessuno. Questo è un elemento importante, perché se il numero dei persi al *follow-up* supera il 10-15%, lo studio perde di valore.

Nel pomeriggio Heald fece una specie di ricevimento a casa sua. Tra gli invitati c’ero anch’io. In massima parte si trattava di colleghi o colleghe, qualcuno/a con la moglie o il marito appresso. C’era fra gli altri il suo bravo anatomo-patologo, mi pare si chiamasse Quirke. A un certo punto dei camerieri passarono con dei vassoi sui quali erano appoggiati dei tondini che sembravano tartine.

Sarà per accompagnare il the, pensai. Invece, prima che qualcuno le prendesse per mangiarle, Heald ci spiegò che era lo *specimen*, il pezzo operatorio del caso operato in mattinata e ci incoraggiò a guardare bene, perché si poteva distinguere perfettamente il mesoretto coi relativi linfonodi.

Forse un po’ macabro... ma molto istruttivo.

Da Basingstoke il giorno dopo prendemmo insieme un treno per Londra e, dopo aver ammirato l’Heald chirurgo, ammirai l’Heald studioso. Tirò fuori dalla cartella un articolo giapponese sul *nerve sparing* nella chirurgia del cancro del retto. Lui doveva fare da *referee* per conto del *British Journal of Surgery*.

E fu così che, per un’oretta, mi illustrò pregi e difetti dell’articolo, aggiungendo che quel tipo di intervento lo potevano fare giusto i giapponesi, nel senso che le strutture nervose si potevano evidenziare così bene per la magrezza dei loro pazienti. Ma era ben più difficile farlo in un inglese o un italiano sovrappeso,

magari bevitori di birra e di vino.

Gli feci promettere che avrebbe mandato qualche suo lavoro a *Techniques*, cosa che fece più di una volta.

Ci lasciammo alla stazione di *King's Cross*.

Io gli avevo portato un mio libretto di disegni e poesie scritto in inglese, mezzo mondano mezzo professionale, con l'Introduzione dell'americano Gerald Marks. Da allora Heald, ogni volta che mi vedeva a un congresso, mi chiamava forte: "Mario Pescatori, *surgeon and poet!*"

## **ABCARIAN**

Essendo lui di origini armene, i cromosomi di Herand Abcarian hanno qualcosa della (antica) potenza, della fantasia, delle bellezze naturali e del misticismo di quella terra. Ma nulla di tutto questo egli è in pubblico. Anzi, oscilla tra il bonario, il sornione e lo spiritoso, spirito a volte tagliente.

Come *look* ha una grossa mole e la pelle un po' scura del Medio Oriente. E' simpatico, ma probabilmente duro se ce l'hai contro.

E' il principale chirurgo colorettaie di Chicago e uno dei *big* statunitensi.

E' abbastanza navigato per cavalcare le *innovations* e ottenere il supporto dell'industria (per esempio ha fatto un certo numero di VAAFT, l'intervento di Meiner), ma anche capace di rigore scientifico e capacit  critica. Ha guidato importanti commissioni della Societ  Americana. E' ormai anziano, lavora e va per congressi ma con passo altalenante, tuttavia   sempre estremamente piacevole da ascoltare e sulle fistole anali   un pozzo di scienza e di capacit  chirurgica.

Se lo incontrate in un caff , potrete avere con lui una piacevole e arguta conversazione, basta che non gli parliate delle cause legali per *malpractice* o delle parcelle degli avvocati che stanno dietro a queste cause, perch  in tal caso diventa ferocemente critico.

Credo che nel mondo sia il chirurgo che ha operato pi  fistole anali (tremila), forse superato da un chirurgo di cui, scusate, non ricordo il nome, che   il suo opposto fisicamente, cio  magrissimo e bassino e che in India, dalle parti di Benares ovvero Varanasi, dirige un centro proctologico con casistiche enormi, quasi incredibili, che   il principale centro di riferimento del Paese (in India ci sono un miliardo di abitanti).

Il professore indiano   in favore del setone ayurvedico (un filo medicato rivestito da sostanze animali e vegetali anti-fistola, che seri studi condotti da inglesi hanno dimostrato essere clinicamente efficace).

Esegue anche, nei casi pi  complessi, l'ecografia trans anale a sonda rotante intraoperatoria. L'ho sentito parlare all'ultimo congresso biennale di Budapest. Un suo brillante allievo fa con

successo il proctologo in Austria e mi ha regalato qualcuno di questi setoni. Due ne ho usati e nei due casi c'è stata guarigione senza *soiling* e senza recidive dopo un anno. Due casi non sono nulla...comunque sarebbe bello averlo a disposizione sul mercato occidentale.

Cosa ha scritto di interessante Abcarian su *Diseases of Colon and rectum* del 2010 (abstract congressuale) e 2011 (lavoro per esteso, primo nome Blumetti) ? Ha fatto notare che c'è stata una INVERSIONE DI TENDENZA nella cura chirurgica delle fistole anali negli ultimi vent'anni. Dall'80% di fistulotomie e 20% di fistulectomie.. la proporzione si è rovesciata.

Perché? Perché il paziente che arriva dallo specialista tiene più a conservare la continenza che non a guarire dalla fistola. In tal modo condiziona il chirurgo , che tende così a scegliere una operazione *sphincter saving*.

Allora l'omaccione Abcarian dice al paziente: "Guardi, se è così, lei si deve preparare a FIDANZARSI CON ME". In che senso fidanzarsi?" chiede il paziente, allarmato. E lui gli risponde:"Vuol dire che dovremo passare molto tempo insieme, perché anziché UN intervento,per guarire ce ne vorranno forse DUE o TRE".

Difatti tutte le *innovations* (escludiamo ormai la colla di fibrina che fa più male che bene e va abbandonata, dimostrato da autori israeliani, Zmora et al), quindi ... VAAFT, PLUG, PERMACOL, FILAC e quant'altro (piastrine, trago dell'orecchio o cartilagine del naso frammentata e usata come barriera tra i due orifizi) danno intorno al 50% di successo.

Altrimenti c'è una cosa vecchiotta, la fistulectomia con avanzamento della mucosa rettale, rischio di cedimento del *flap*

30%. Oppure una più recente, il LIFT (prima Phillips poi Rojanasakul), *intersphincteric ligation of the fistula tract*, anch'esso con un autore che ha il 70% di successi e più autori che hanno il 50-60%.

In alternativa si fa la FISTULOTOMIA, che arriva a dare, nelle mani dei chirurghi della Minnesota University, il 95% di successi e che secondo Robin Phillips e il *St Marks Hospital* si può praticare anche nelle fistole ALTE con accettabile continenza (articolo su *Techniques* di anni fa, molto criticato dal nostro Trompetto).

Ma siamo qui per parlare di Abcarian e non delle fistole (anche se i due sono inscindibili), per cui vi racconto che Herand mi ha detto di essersi riunito con due-tre pezzi grossi della ASCRS per buttare giù una classificazione delle emorroidi e che, dopo un giorno e una notte di accese discussioni, il gruppo si è diviso e ognuno è tornato a casa senza aver varato alcuna nuova classificazione. Si concorda sul fatto che quella di Goligher sia ormai vecchiotta e superata, perché tiene conto solo delle emorroidi interne, ma quella di Gay, la PATE, Sorrento 2000, non ha sfondato e quindi questo sarebbe un bel compito da fare per la nostra SICCR. Se ci fosse chi ha desiderio di tentare e capacità di non fallire dove hanno fallito gli *yankees*.

Con Abcarian ci stiamo simpatici e c'è stima reciproca, ha accettato di scrivere la Prefazione del mio ultimo libro *The Art of Surgical Proctology* edito da Pertinax Editore, che si trova anche su Amazon. Il libro ha mille disegni e duecento foto, tutte a colori. Se non lo trovate fatemelo sapere. Herand ha dato un ottimo contributo al bel volume di Zbar, Madoff e Wexner,

*Reconstructive Surgery of the Rectum, Anus and Perineum* (Springer 2013), scrivendo un capitolo sulla RIEPITELIZZAZIONE DEL CANALE ANALE DOPO STENOSI ANALE.

Ah, dimenticavo... Abcarian... ANDATE IN ARMENIA! Paesaggi mozzafiato, caravanserragli medievali sulla via della seta di Marco Polo, monasteri fondati dall'apostolo Taddeo. Si mangia bene e si spende poco. Ne resterete affascinati. Hanno anche una musica speciale, quella del *duduk*, sorta di flauto basso ammaliante, cruciale nella colonna sonora del "Gladiatore" di Ridley Scott.

## **MARTI e ROCHE**

Li metto insieme perché sono rispettivamente maestro e allievo. Hanno molto lavorato a Ginevra. Marti era svizzero, Roche è francese.

Marc-Claude Marti, ormai deceduto, era allegro e gli piaceva insegnare. Gli piaceva anche mangiar bene. Non di rado mi portava in ottimi ristoranti. Tra l'altro generosamente offrendo e sapete che la Svizzera non è certo economica.

Mi capitò di andare da lui per una settimana e imparai diverse cose, tra cui l'anestesia tronculare del nervo pudendo, una

tecnica a cui decise di ricorrere per sveltire le sue sedute operatorie, liberandosi dalla presenza obbligatoria dell'anestesista. Faceva la gran parte degli interventi per via transanale o transperineale. Era un brillante PELVIPERINEOLOGO.

Quando si affacciò la STARR sul mercato e sempre più chirurghi ponevano l'indicazione all'intervento basandosi su una intussuscezione retto-rettale e retto-anale alla defecografia, Martì disse la famosa frase, che divenne poi un appello contro la *malpractice*: "Operate il paziente, non le sue radiografie!".

E qui vi aggiungo due cose. LA PRIMA: un simposio radiologico apparso a fine anni '90 su *Int J Colorect Dis* (tutti grossi nomi, tra cui Mahieu e Bartram) faceva notare che il 40% dei pazienti CON ALVO NORMALE hanno una intussuscezione alla defecografia. Quindi la intussuscezione (quella su cui "spara" la STARR) non è affatto detto che sia la causa della ostruita defecazione in quel dato paziente e che debba essere eliminata. LA SECONDA: il *Past President* dell'americana ASCRS, Ira Kodner, scrisse su *Dis Colon Rectum* "non opero mai una paziente per intussuscezione rettale prima di averla sottoposta ad una consulenza psicologica". I tre quarti dei pazienti con ostruita defecazione hanno ansia e depressione e quelli con disturbi psichici gravi non guariscono con nessun intervento chirurgico. Questo l'ho scritto io su *Colorectal Dis*, ma soprattutto l'ha scritto Pemberton della Mayo Clinic su *Am J Gastroent*, inizi anno 2000.

Bruno Roche, brillante allievo di Martì, è di origine francese, ed è infatti più estroverso e passionale del suo maestro. Ma lavora da decenni in Svizzera, sempre a Ginevra, dove fa degli ottimi corsi pratici annuali che vi consiglio di frequentare. Fu per anni il

CANTANTE UFFICIALE di UCP Club e sono certo che i colleghi e amici dell'epoca che parteciparono a quella bella avventura (bella perché, nuova, fertile, informale, fuori dagli schemi) ricordano che spesso i convegni finivano con Roche sul palco che cantava "UCP Club" a cadenza di blues. Aveva anche una bella voce.

E' stato immeritadamente tenuto ai margini della Società Europea di Colonproctologia e non è stato mai apicale nel suo Istituto, ma si è ugualmente creato spazi chirurgici e didattici.

"Ora che sono in pensione" mi diceva un anno fa a Budapest "sono molto più libero negli spostamenti congressuali e nella organizzazione dei miei corsi". E' uno dei pochissimi in Europa e nel mondo che è capace di tenere una lezione magistrale piena di spunti clinici pratici, basati sulla esperienza personale, sulla PROCTALGIA IDIOPATICA, un tema sul quale molti coloproctologi si mettono le mani nei capelli.

Particolarmente forte nel prolasso del retto e nel rettocele, insegna con bravura e con passione. Non è altrettanto *out standing* la sua produzione scientifica, ma i suoi buoni lavori li ha scritti, anche su *Techniques*. Eterno donnaiolo, ha ora trovato una serena maturità con la sua nuova moglie. Ma da giovane era davvero uno scavezzacollo. De resto il grande filosofo inglese Bertrand Russell, nell'elencare quali siano le motivazioni per vivere, mette il sesso al primo posto. Seguito poi dal potere (di cui la vanità è una sottospecie) e dopo ancora dalla maternità e dalla paternità.

Con Bruno Roche operammo un caso difficile a Roma, nella mia clinica. Diciamo meglio: LUI operava, io semplicemente lo aiutavo. L'intervento era insolito e delicato: la neurolisi

transglutea del nervo pudendo per proctalgia. Tutto filò liscio, perfetto l'approccio e chiara l'anatomia col ligamento sacro-spinoso che schiacciava il nervo. Ma il paziente non guarì. E infatti negli anni successivi questo intervento, bello da fare e da vedere e anche con un suo apparentemente valido razionale, quasi non si fa più. Meno complesso l'approccio al nervo pudendo nel canale di Alcock, per via perineale, di cui vi parlerò nel prossimo capitolo, dedicato ad Ahmed Shafik

## **SHAFIK e famiglia**

Ahmed Shafik è l'unico chirurgo africano riportato in questo libretto. E' ormai scomparso. Era candidato al Premio Nobel, credo con un po' di indulgenza (ma poi capirete perché) e si dice che abbia operato Fidel Castro.

I suoi familiari, la moglie Olfat e i figli Ali e Ismail, sono anche loro chirurghi colo retтали e mandano avanti la Clinica-Ospedale Shafik che il patriarca Ahmed ha fondato al Cairo. Ci sono stato, a parlare e a operare, e ho visto che è ben organizzata e funzionante. Non è piccola, sono almeno tre o quattro piani, diciamo un mini-St Mark's.

Benchè Ahmed fosse professore universitario, come del resto la moglie e il figlio maggiore, gli Shafik apparivano come avulsi da resto dei chirurghi egiziani. Facevano vita a sé. Certamente il patriarca organizzava corsi e congressi a cui giovani egiziani partecipavano, insieme a un buon numero di orientali, compresi dei cinesi. Ma io personalmente non ricordo di aver incontrato uno Shafik al congresso nazionale dei chirurghi egiziani, ad esempio. O si auto-isolavano o erano un po' snobbati. Non sono mai riuscito a capire bene. Ma poco si mischiavano con i vari Farid e Hussein, per citare i più noti dei loro conterranei.

Ahmed Shafik era di certo un personaggio pittoresco.

Ho cominciato a frequentarlo fin dal 1973, partecipava ai congressi del professor Franchini, uno dei più antichi chirurghi italiani interessato in prevalenza alla chirurgia colo rettale. Perché pittoresco? Per come si presentava e per quello che diceva (e anche per come lo diceva).

Un po' scuro di pelle, abbastanza alto, coi capelli lunghi nerissimi impomatati di brillantina e cosparsi di forfora, quasi sempre con la (bella e giovane) moglie a fianco. Sosteneva le sue teorie e i suoi interventi, spesso particolari e controcorrente, con ostinazione e veemenza. Potevano sembrare modalità aggressive, in realtà erano dettate dalla passione.

Al circolo di Alan Parks e del *St Mark's Hospital* non era tenuto in molta considerazione perché di rado pubblicava su riviste con un buon *impact factor*. Faceva molta chirurgia sperimentale. Spesso anche sulle persone, credo che in Egitto (pensate come è politicamente ridotto ancora adesso, basta ricordare il triste caso Regeni e le carceri piene di dissidenti) i diritti dei pazienti non

venivano al primo posto. Ma di certo spesso si serviva di volontari adeguatamente pagati.

Era più pelviperineologo che chirurgo coloretale, dedito allo studio della motilità e della anatomia, spesso scopriva nuove strutture e nuovi riflessi, come quello tra i muscoli trasversi del perineo e la peristalsi del retto. Ecco perché molte donne stitiche manualmente si toccano la cute tra vagina e ano per facilitare la defecazione, ad esempio nel rettocele. Scoprì la suddivisione anatomo-funzionale dello sfintere esterno, il famoso *triple-loop*, che è stato accettato e ripreso anche dalla letteratura medica occidentale. Insieme alla moglie studiava la motilità del colon con manometrie e simili indagini funzionali.

Indagava e pubblicava sui rapporti tra il compartimento anteriore e quello posteriore, retto, uretra e vescica. Pubblicava molti articoli su esperimenti con animali, passava le ore e a volte le nottate a sorvegliare e a registrare flussi e motilità nei cani operati (almeno questo ci raccontava spesso la moglie).

Doveva essere molto ricco, aveva una magnifica casa-palazzo, in cui una volta invitò a cena me e altri relatori di un suo congresso, non lontano dalle piramidi di Giza.

Era munifico nelle accoglienze congressuali.

Se ero invitato da lui, di sicuro avrei alloggiato in un cinque stelle pieno di specchi, ori ed emiri sauditi con mogli al seguito.

Ma soprattutto era un INVENTORE. Ecco perché qualcuno lo candidò al Nobel. Le emorroidi le operava con l'intervento di Shafik, il prolasso del retto lo operava con l'intervento di Shafik, il cancro del retto lo operava con l'intervento di Shafik, le fistole

anali le operava con l'intervento di Shafik.

Prediligeva la via trans anale o trans-perineale. Basta che diate un'occhiata su Medline e Pubmed e troverete centinaia dei suoi lavori, la maggior parte su riviste di seconda linea, in cui, attraverso osservazioni sperimentali o cliniche, dimostrava nuovi rapporti anatomici e fisiologici tra gli organi pelvi-perineali.

E' stato presidente onorario della *Mediterranean Society of Coloproctology*, ha fondato la *Mediterranean Society of the Pelvic Floor*, che riuniva coloproctologi, chirurghi, neurologi e urologi dei Paesi del Mediterraneo, soprattutto orientale. E' stato membro del comitato editoriale di *Techniques in Coloproctology* e sulla nostra rivista fu pubblicato il suo *Obituary* quando ha lasciato questo mondo. Titolo *Shafik's legacy*, L'eredità di Shafik. Alcuni degli interventi inventati da lui li ho fatti, con alterni risultati.

Ad esempio un intervento transanale per prolasso del retto, che era una via di mezzo tra una Delorme e una prolassectomia mucosa. Si chiamava *cauterization and plication*. Il primo nome dell'articolo, pubblicato intorno al 2002 su *Techniques*, era Olfat El Sibai, penso quindi che sia stata un'idea della moglie, ma dopo il nome di lei c'era anche quello del marito.

Ne ho fatti cinque, tre sono andati bene.

Quando lo pubblicammo sulla nostra rivista chiedemmo a John Nicholls di scrivere un *Invited comment*, nel quale per la verità il chirurgo inglese non dimostrò molto entusiasmo per la nuova tecnica. Come dicevo prima, la scuola di Parks lo snobbava.

L'intervento consiste nel fare diverse strie di cauterizzazione a partire da sopra alla linea dentata verso l'alto fin dove il retto, o

la sua mucosa-sottomucosa, appaiono prolassati. La cauterizzazione deve “bruciare” mucosa e sottomucosa e arrivare fino alla muscolare del retto. Dopodichè si esegue una plicatura della muscolare così demucosata, esattamente come si fa nella Delorme. *Concertina like*, per usare l’espressione degli inglesi.

Un intervento per le fistole trans-sfinteriche medie o alte invece, pubblicato da Ali Shafik, il figlio maggiore, sulla nostra rivista, consiste nell’eseguire una fistulectomia convenzionale, tipo *carotizzazione* e poi cauterizzare quel tratto della fistola che dalla fossa ischiorettale si dirige nelle cripte del canale anale. Una specie di “barriera di cicatrizzazione”. E con questo intervento gli Shafik riportano buoni risultati.

Nelle emorroidi invece, Shafik padre insisteva nella rimozione del *pecten*, la struttura fibromuscolare che stringe e mantiene chiuso l’ano insieme alle *anal cushions*. Sarebbe in pratica la parte bassa dello sfintere interno. Insomma una specie di intervento di Lord, che ha avuto discreto successo in Europa occidentale mezzo secolo fa.

Ancora fu Shafik il primo, nel 1995, a suggerire di “riempire” un deficit anatomico sfinteriale, nella incontinenza fecale iatrogena, post-traumatica e ostetrica, con un trapianto di grasso autologo centrifugato preso dalla coscia o dall’addome. Intervento che ho fatto e pubblicato insieme al mio chirurgo plastico, il dottor Bernardi nel 1998.

E fu ancora lui a suggerire di iniettare blu di metilene negli spazi perianali per necrotizzare le terminazioni nervose che portano al cervello la sensazione di fastidio nei casi intrattabili di prurito

anale.

Altre due “Shafikate” che fa la famiglia egizia sono: la plastica del rettocele con la *fascia lata* e la neurolisi del pudendo nel canale di Alcock per proctalgia.

Il figlio Ali ha scritto un capitolo del bel libro di Zbar, Madoff e Wexner, *Reconstructive surgery of the Rectum, Anus and Perineum*, intitolato “Neosfintere autologo e nuove tecnologie per l’incontinenza fecale”. Il capitolo descrive la gluteoplastica, la graciloplastica, l’impiego dell’otturatore interno e del muscolo semitendineo come neosfintere, di uno *sling* della *fascia lata* e infine delle cellule staminali.

Tornando al padre e per concludere, Ahmed Shafik di cose ne ha dette, ne ha scritte e ne ha fatte. Magari talvolta senza troppa scienza , ma con molta bravura e entusiasmo. Secondo me va ricordato con stima e considerazione.

## **NORMAN WILLIAMS E WINGATE**

Norman Williams e David Wingate, chirurgo coloretale e gastroenterologo-coloproctologo-motilista di Londra, lavoravano nella stessa *G.I. Unit* del *London Hospital*, dove ancora adesso c'è un ottimo gruppo che fa ricerca e clinica su incontinenza e stipsi. Basti citare Charles Knowles.

Ebbi l'occasione di visitarla all'epoca in cui gli allievi di Wingate mettevano elettrodi nel retto e poi facevano ascoltare al paziente un nastro con su incisa la sua stessa voce deformata e misuravano la risposta motoria allo stress. Uno di quegli esperimenti che dimostrano quanto l'anoretto sia collegato al cervello e la patologia rettale funzionale vada curata, più che chirurgicamente, con un approccio psicosomatico. Giacchè si parla di questo argomento (che mi è caro perché nel mio ambulatorio continuo a vedere pazienti psicosomatici operati e non guariti), lasciatemi citare un magnifico articolo tedesco uscito anni fa sul *British Journal of Surgery*, scritto dal chirurgo colo

rettale Klaus Matzel insieme a dei neuro-radiologi. Ne parleremo più avanti.

Norman Williams sembrava, a vederlo, uno scaricatore di porto o un salumiere, massiccio, ingrugnito, un uomo-bufalo, non il solito *gentleman* inglese. Era invece un ottimo chirurgo, una persona cortese e un pensatore sopraffino. Assomigliava vagamente all'attuale primo ministro della Gran Bretagna, Boris Johnson. Fu il maestro (o uno dei maestri) di Donato Altomare e ricordo che lo venne a trovare nella sua casa a Giovinazzo, sul mare, in occasione di un congresso a Bari.

Insieme a Mike Keighley scrisse il magnifico libro (due volumi) sulla chirurgia di colon, retto e ano che, a ragione, prese il posto del Goligher quando un po' di decenni il Goligher divenne in parte superato dalle nuove conoscenze.

Diede alla letteratura chirurgica molti contributi importanti. Come l'intervento *Express, Pelvic rectal suspension* per intussuscezione rettale, con o senza rettocele, *Br J Surg* 2005, coautore Pasquale Giordano. Come la graciloplastica elettrostimolata. Ricordo che partecipai a un suo *workshop* sull'argomento, molto ben organizzato.

L'intervento fu poi abbandonato perché molto costoso e gravato da una alta morbilità (si doveva infatti proteggere con una stomia escludente). Del resto, se si esegue una semplice graciloplastica (ne ho fatte tre o quattro dopo averla imparata a Pisa dal chirurgo italiano Enrico Cavina, ma a lungo termine sono andate male) col tempo il muscolo gracile diventa fibrotico e funzionalmente inutile.

Di David Wingate (e Norman Williams) vorrei citare gli studi sulle capsule telemetriche e sulla *ambulant* elettromiografia (*Dig Dis Science* 1990) e poi, soprattutto, di Wingate, un articolo molto interessante, pubblicato almeno 15 anni fa, mi pare su *Dis Colon Rectum*, con uno strano titolo: *That complex complex*.

Wingate era anche un motilista e il *complex* di cui si parla nell'articolo è il ben noto (più ai gastroenterologi che ai chirurghi digestivi) *migrating motor complex (MMC)*, ovvero una prolungata attività peristaltica dell'intestino tenue che ha lo scopo di far progredire il materiale digerito dallo stomaco, ovvero il chimo, verso la valvola ileo-ciecale. E' un fenomeno motorio molto studiato dai motilisti, che si attiva somministrando eritromicina, così come negli anni settanta attivavo (e studiavo con la elettromanometria) le contrazioni del retto sigma con una iniezione di prostigmina.

In questo momento qualcuno dei lettori penserà: "Ma perché Pescatori ci scrive queste cose? Noi siamo chirurghi coloretali, che ci importa della motilità ileale e del *MMC*?".

Ebbene, ecco cosa vi rispondo.

Decenni fa, quando ancora facevo le colectomie per stipsi grave, ne feci una a una paziente, una suora sessantenne, che (fatto divertente a dirlo, magari meno a provarlo) era capace di evacuare solo se avveniva un temporale. Altrimenti niente, era stittecissima, per settimane. Facemmo quindi una colectomia e ileorettoanastomosi. Ebbene, dopo l'intervento la paziente cominciò ad avere una diarrea spaventosa, fino a 10-12 scariche al giorno. Io le dicevo: "Sorella, è normale quando si leva il colon, poi il suo intestino si abituerà e andrà meglio. Infatti avevamo

documentato, con la tesi di laurea di un nostro giovane alla Cattolica, una dilatazione radiologica dell'ileo terminale anastomizzato al retto che mese dopo mese aumentava e aiutava il serbatoio rettale a rallentare la progressione del chimo e quindi la diarrea profusa.

Ma dopo mesi la diarrea della suora operata andò sempre peggio, si accompagnò a incontinenza fecale e la potassiemia calava a valori anche inferiori a due, pericolosi per la sopravvivenza.

Per fortuna avevamo rapporti di lavoro con il collega-amico Renato Pietroletti, allievo del professor Simi, che era nel Direttivo di Ucp-Club. Fu Renato a ipotizzare che ci fosse, dietro questa diarrea, una alterazione di un ormone intestinale, prodotto dal colon e dall'ileo terminale. Questo ormone, il peptide

tirosina-tirosina, in sigla PYY (per non confonderlo con la PTT) è anche chiamato *ileal brake*, ovvero "freno ileale" e ha il compito di frenare la gittata del chimo dall'ileo terminale al cieco, per evitare la diarrea. Cosa era accaduto dunque alla nostra suora?

Che, essendo lei stitica da anni, la produzione di questo ormone si era di mese in mese, di anno in anno, rallentata e poi fermata.

Perché? Semplicemente perché al suo organismo non serviva.

Per cui, quando noi chirurghi avevamo anastomizzato l'ileo terminale direttamente al retto, non essendo più prodotto l'ormone *ileal brake*, la gittata del chimo dal tenue al retto non era più rallentata. Ecco il perché della diarrea profusa.

Si facevano, al Policlinico Umberto I, i dosaggi degli ormoni gastrointestinali. Bastò quindi prendere un campione di sangue della suora e fare un dosaggio radioimmunologico del PYY plasmatico postprandiale. Era praticamente zero.

Come riuscimmo a curare la paziente? A regolarizzare la sua funzione intestinale? Rioperandola e confezionando un reservoir ileale al di sopra della anastomosi ileo-rettale (per frenare la diarrea e aumentare il serbatoio intestinale) e aggiungendo una plicatura dei muscoli del pavimento pelvico (per l'incontinenza). Il caso finì bene... ma per poco il *migrating motor complex* del tenue ce la faceva perdere. Da allora, prima di una colectomia per stipsi, facciamo sempre uno studio del transito ileale. O radiologico *per os* o col *breath test* al lattulosio.

Era questo *the complex complex* su cui si basava l'articolo di David Wingate, il socio di Norman Williams. Da quando il *MMC* era stato descritto e indagato dai motilisti, se ne attribuiva la scoperta a John Szurszewski, il fisiologo della Mayo Clinic. Anche là c'era una magnifica *G.I. Unit*, il chirurgo era Kelly, il gastroenterologo era Di Magno, italo-americano, che a me in visita nel '79 se ricordo bene, mostrò le prime immagini del cuore visto con l'ecoendoscopia, da lui inventata.

Ma David Wingate, nel suo articolo sul *MMC*, rivelò che il *complex complex* era stato in realtà scoperto almeno un decennio prima da Boldireff, fisiologo russo. Sapete, la fisiologia russa ha una nobile storia, pensate al cane di Pavlov.

All'epoca però gli scienziati russi non potevano pubblicare su riviste occidentali né andare all'estero a presentare i risultati delle loro ricerche.

Ebbene, Wingate era riuscito a scoprire la verità. C'entra in tutto questo la rivalità tra gli inglesi e le loro ex-colonie in America? Forse no o forse sì. Comunque onore a Wingate che ha messo le cose a posto.

## DEVESA

Andiamo nel sud Europa e precisamente in Spagna.

Manuel Devesa è da molti anni chirurgo a Madrid, ma vi racconto subito di una sua opera non strettamente di chirurgia coloretale, un'opera ammirevole. Oltre dieci anni fa ha fondato un piccolo ospedale in Madagascar, dove vengono curati gli abitanti del luogo, che non possono usufruire di buone strutture mediche e chirurgiche, anche perché si trovano in una località molto decentrata, a un giorno e mezzo di viaggio in macchina dalla capitale. Ogni anno Manuel parte e va lì a operare e organizzare. E' quindi un uomo generoso. E poliedrico, perché su questa sua esperienza ha scritto e pubblicato un bel libro in spagnolo. Mi raccontava che, da quando opera in Africa, è diventato esperto in fistole vescico-vaginali, lì molto diffuse per via della infibulazione.

Cosa strana, pur essendo madrilenno, Devesa è un grande tifoso del Barcellona. Se capita un Barcellona-Juventus (io sono

juventino) c'è da giurare che ci sarà tra noi due uno scambio di email e che uno dei due sbotterà l'altro, salvo in caso di pareggio.

I suoi cavalli di battaglia in chirurgia coloretale, sui quali ha molto pubblicato, sono stati l'ABS (sfintere artificiale) e la gluteoplastica per incontinenza, ma ha anche fatto un buon numero di proctocolectomie restaurative e ha scritto, su *Techniques*, di fistole retto-vaginali nel 2007. La sua ultima invenzione, oggetto di un articolo pubblicato nel 2011 su *Techniques in Coloproctology*, è una sorta di fascia-cilindro che viene inserita intorno al basso retto e al canale anale e che serve per curare l'incontinenza fecale. Pare dia dei buoni risultati. Speriamo che in futuro non si riveli scarsamente efficace a lungo termine. Perlomeno non è costosa come un ABS o indaginosa come una gluteoplastica.

Entrambe queste ultime due tecniche sono passate da stimolanti *innovations* a operazioni deludenti che ormai quasi non si fanno più. Devesa ha scritto un interessante capitolo in un bel libro edito da Zbar, Madoff e Wexner per la Springer, intitolato *Reconstructive surgery of the Rectum, Anus and Perineum*. Il titolo de capitolo è RICOSTRUZIONE TOTALE DELL'ANO e prende in esame vari punti: la creazione di un neo-retto, la sostituzione degli sfinteri (la creazione di un neo-sfintere liscio a spirale e di un neosfintere striato col muscoli gracile, gluteo e adduttore lungo), la procedura di Thiersch usando un anello d'argento, il clistere anterogrado secondo Malone, con una appendicostomia o, in modo più elaborato, con l'ileo dotato di una valvola e suturato alla fascia in fossa iliaca destra, da incannulare con un catetere e irrigare per evacuare.

Manuel ha avuto un ruolo importante nella Società Mediterranea di Colonproctologia, fondata da me e altri una ventina di anni fa allo scopo di favorire gli scambi di nuovi interventi e nuove tecnologie, ma anche didattica e ricerca, fra i Paesi del Mediterraneo. In modo che quelli più progrediti, come Israele, Francia, Italia e Spagna avessero l'opportunità di esportare clinica, scienza e tecnologia in Paesi meno avanzati. Come la Turchia (se mi leggesse un chirurgo turco si risentirebbe molto con me, perché i Turchi sono fortemente nazionalisti e ritengono di essere molto progrediti), forse la stessa Grecia (in realtà conosco ottimi chirurghi coloretali sia ad Atene che a Salonicco), di certo la Siria (che ora, con la guerra, ha ben altri problemi). E poi la Libia (anche lì la guerra non aiuta...), l'Egitto (con tutto il rispetto per la famiglia Shafik), la Tunisia, l'Algeria, il Marocco, Malta (che per la verità ha dato i natali a un *big* come David Bartolo, il chirurgo coloretale di Edinburgo). E ancora: la Palestina, che come nazione ahimè è spezzata in due, ma che ha un suo figlio al *top* nella chirurgia laparoscopica e nella TAMIS in Florida (mi riferisco a Sam Atallah). I Paesi dei Balcani: la Slovenia, dove lavora un ottimo proctologo, Pavle Kosorok, con grandi casistiche in *day-surgery*. La Croazia, la Bosnia, il Montenegro, dove è nato Zoran Krivokapic, ottimo chirurgo coloretale che però abita e opera a Belgrado. L'Albania, dove, all'*American Hospital* di Tirana opera tanto e bene la dottoressa Sosha, allieva del bravo Cushaj, albanese trasferitosi da tempo negli USA. Gibilterra infine, da dove proviene uno degli iscritti più recenti della MSCP.

Ebbene, Devesa è stato presidente della MSCP, *Mediterranean Society of Coloproctology* e pochi anni fa ha organizzato un ottimo congresso a Madrid, portandoci alla cena sociale in un locale con vista sul riposante verde di un campo da golf. Più che una Società, la MSCP è una grande famiglia di veri amici, che da vent'anni e più si ritrovano al congresso biennale. In un numero di *Techniques* c'è o sta per uscire il *report* dell'ultimo evento scientifico, a firma Xavier Delgadillo, una *masterclass* (il primo intercongresso) che ha avuto luogo a Tirana, subito prima del terremoto.

Il prossimo biennale doveva essere organizzato a Napoli dall'amico Francesco Selvaggi, *Past President* SICCR e neo-Professore Ordinario (auguri Francesco!) ma slitterà al 2021 per il Covid-19.

Per ulteriori informazioni sulla Società Mediterranea (ci farebbe piacere avere nuovi adepti) consultate il sito [www.mscp-online.org](http://www.mscp-online.org) . Ogni mese troverete una interessante *newsletter*.

## **GOLDBERG e ROTHENBERGER**

Li metto insieme perché hanno lavorato da decenni nella stessa Istituzione, l'Università del Minnesota a Minneapolis.

Stan Goldberg è di origine ebraica (come il sottoscritto) e quindi affetto dalla malattia dell'"ebreo errante" che si mette sempre in viaggio. Penso al "Mago di Lublino" dello scrittore ebreo polacco-americano Isaac Singer, premio Nobel.

A Goldberg Minneapolis stava un po' "stretta". Una piccola città tranquilla, molto ordinata, con un tasso di crimini tra i più bassi degli USA, piuttosto isolata. Intorno, a parte i laghi, paesaggi piatti e monotoni. D'inverno freddissima, coperta di neve per mesi. Forse ricorderete un film dei fratelli Cohen lì ambientato.

Stan Goldberg è il classico esempio della longevità e dell'iperdinamismo, visto che qualche anno fa, già ultrasettantenne, ancora girava il mondo per congressi. Ha (o aveva, se non è più in questo mondo) una faccia da furetto molto sveglio, un passo veloce, un'ottima capacità e un forte desiderio

di insegnare.

Eravamo insieme a Roma, a metà degli anni '90, nella mia clinica di Villa Flaminia, ad un *workshop* da me organizzato e sponsorizzato dalla Ethicon sull'impiego di una nuova suturatrice circolare per il prolasso mucoso del retto. Sì, pochi lo sanno, ma sono stato il precursore della PPH, solo che io usavo lo stapler per i prolassi e non per le emorroidi. Chi vuole conoscere dettagli può leggere l'articolo pubblicato su *Techniques* nel 1997, quando la rivista non era ancora indexata, lo trova nel mio sito [www.ucp-club.it](http://www.ucp-club.it).

Dovevo quindi operare con Goldberg "in diretta" una paziente con ostruita defecazione e un piccolo prolasso del retto esterno, 1-2 cm fuori dall'ano, usando per l'appunto la suturatrice circolare. Io, avendo imparato la chirurgia proctologica prima al Gemelli e poi soprattutto al *St Mark's*, avevo detto agli infermieri di sala di mettere la posizione litotomica, Goldberg invece insisteva per far mettere la paziente in *jack-knife*, genu-pettorale, come si usa negli Stati Uniti. Io facevo resistenza... allora lui, per convincermi, mi ha detto *Don't worry, Mario, I taught the best*, ovvero "Tranquillo, ho insegnato ai migliori". Allora ho ceduto.

Riflettendo su questa frase, ho sempre pensato che è magnifico poterla pronunciare a fine carriera! Che enorme soddisfazione aver insegnato ai più bravi! Da noi, nell'Università italiana, si insegna poco. Ho conosciuto un neo-specialista in chirurgia che aveva operato un'ernia e una appendice in cinque anni, mentre negli USA i *residents*, durante tutto il corso della specializzazione, di interventi ne fanno cinquecento, guidati dai vari Goldberg e altri capi.

Ogni anno passa una commissione nelle scuole di specializzazione e intervista i *residents* per controllare che stiano operando e, se ci sono lamenti, a quella scuola viene revocata la licenza.

L'ultima passione di Stan Goldberg è stata la *LIFT*, legatura intersfinteriche della fistola anale. Aveva dei buoni risultati ( *Dis Colon Rectum* 2010), secondi solo a Rojanasakul, l'inventore thailandese. Non poteva soffrire la PPH. Ha fatto letture e pubblicazioni soprattutto sulla sfinteroplastica per incontinenza e sul reservoir ileo-anale per rettocolite ulcerosa.

Tra i suoi affiliati, il chirurgo più quotato era David Rothemberger. Alto, biondo, molto signorile, cortese con tutti. Di origini scandinave, come fa capire il suo nome. I suoi argomenti preferiti, almeno quelli che più trattava nei congressi in cui ci siamo incrociati, erano la chirurgia dei tumori T1 e T2 del retto, e la chirurgia delle fistole. Con la fistulotomia aveva il 95% di guarigioni. Nel 2000, su *Dis Colon Rectum*, ha pubblicato un articolo intitolato "La soddisfazione del paziente dopo chirurgia per fistola anale". Nei T1 aveva enormi casistiche e ottimi *risultati*. Ma si era anche occupato, senza Goldberg (*Portable anorectal manometry Br J Surg* 1990) e poi con Goldberg, di fisiologia anorettale, lo dimostra l'articolo *Rectal compliance: a critical appraisal. Int J Colorect Dis* 2000.

Le grandi casistiche che portano ai congressi e pubblicano sulle riviste i chirurghi americani rispetto, che so, agli italiani o ai francesi, sono dovute al fatto che in ogni *Colorectal Department* ci sono almeno quattro o cinque *Consultants*, piuttosto indipendenti l'uno dall'altro, ognuno con normali casistiche. Mettendole insieme ai congressi e sulle riviste, chiaro che ne

uscivano numeri alti. Tra l'altro, con una organizzazione come sopra detto, quando un *big* andava per congressi a parlare, l'attività chirurgica nella sua istituzione proseguiva quasi invariata come volume di casi, perché in sede restavano gli altri a operare sempre nuovi pazienti.

Una cosa del genere viene poi moltiplicata in Paesi come la Cina. Immaginatevi quanti casi portava ai congressi il principale chirurgo colorettaie di Shanghai, una città con venti milioni di abitanti!

## NICHOLLS

Allievo di Alan Parks, è uno dei due autori che hanno firmato il primo articolo sulla proctocolectomia e reservoir ileo-anale, che ha rivoluzionato la chirurgia della rettocolite ulcerosa e della poliposi familiare diffusa adenomatosa del colon.

Un uomo molto dotato: parlava tre lingue, benissimo l'italiano, anche perché aveva molti pazienti in Italia, e poi il tedesco, a parte l'inglese. Suonava e immagino suoni ancora (non lo vedo né lo sento da molto, ma dovrebbe avere 76 anni) il violino (o il violoncello, non vorrei sbagliare). Sfortunato, per aver avuto lutti importanti, una figlia e un nipote, discreto giocatore di golf (mi ha battuto una volta che ci siamo sfidati), molto *british* come *look* e comportamenti. Quindi freddo e controllato.

Pensate che una volta stavamo giocando a golf insieme in UK, c'erano anche un paio di altri chirurghi italiani con noi, non ricordo chi. E capitò una cosa che vi devo proprio raccontare.

Il primo colpo si fa dal *tee* di partenza e lo scopo del primo colpo è quello di fare più distanza possibile in direzione del *green*.

Quindi bisogna tirare FORTE e mandare la pallina lontano. Non è raro che capitino incidenti sul campo da golf. Se una pallina colpisce un giocatore lontano e sul corpo, gli dà solo un po' di

fastidio. Se invece una pallina colpisce veloce un giocatore vicino, per esempio alla testa, trauma cranico e svenimento sono assicurati. Perché la pallina è molto dura.

E ora racconto cosa è successo tra me e John Nicholls.

Io poggio la pallina sul *tee*, prendo dalla sacca un bastone legno 2, che, se la colpisce bene, la spara a 150 metri di distanza, dò un'occhiata per vedere se davanti a me il campo è libero, vedo John che, invece di stare dietro di me sta un po' avanti, ma di lato. Penso "Vabbè, tanto io miro dritto... quindi posso tirare" e TIRO. La pallina, anziché volare dritta avanti, schizza un po' di lato e mi rendo conto che non solo Nicholls MA LA SUA TESTA sta esattamente sulla traiettoria. Tant'è vero che dentro di me penso: ODDIO, LO PRENDO! E infatti così avviene, la pallina si dirige veloce verso la sua faccia. *Oh my God!* MA... MA... per fortuna, proprio in quel momento Nicholls, che aveva la sua pipa in bocca, tira fuori la scatoletta metallica del tabacco per riempire la pipa e fumare. Fra la pallina che fila veloce nell'aria e la faccia di John, si interpone la scatola, per cui la pallina, invece di colpire lui su una tempia, prende in pieno la scatola. Si sente il rumore metallico di un colpo secco, la scatola vola e insieme ad essa una nuvola di tabacco circonda la testa di Nicholls come fosse un nugolo di api. Io sento una stretta al cuore, penso di averlo preso in pieno, temo che ora crolli a terra, intorno a me i compagni di gioco hanno un brivido di terrore .... E INVECE, sapete cosa succede? Che John Nicholls, il flemmatico Nicholls, più *British* che mai, anziché fare uno zompo per aria o lanciare un grido di paura, gira la testa verso di me, mi guarda... e dice semplicemente "*Oh sorry, Mario, was I on your way?*". E poi tranquillo viene verso il

tee, perché ora tocca a lui tirare. Io penso che chiunque altro avrebbe fatto un salto, sarebbe diventato bianco per la paura, mi avrebbe urlato: “Ma che c... fai?”. Invece lui mi aveva solo detto: “Oh, scusa Mario, ero sulla tua traiettoria?”. Fine della storiella.

Come molti dei giovani *Consultants* del *St Mark's* (così fecero dopo di lui Northover e Phillips) le prime pubblicazioni di Nicholls furono sul cancro del retto. Una è più singolare delle altre. Il dito esploratore di uno specialista coloretale è in grado di dirci qualcosa sullo stadio del tumore, in particolare sull'infiltrazione della parete rettale? La risposta è SI'. E naturalmente il confronto è stato fatto con esami di *imaging* e col pezzo operatorio.

Ricordo che noi, a Roma, avevamo fatto la stessa cosa sull'ipertono anale: confronto fra dito esploratore, eco trans e manometria. Risultato analogo. Il dito è capace di rilevare l'ipertono patologico. VIVA LA SEMEIoTICA FISICA.

Ma anche a carriera avanzata, Nicholls pubblicò sui tumori del retto, per esempio sulla *Local excision, Colorect Dis 2007*.

Con lui lavorammo vicini per un anno, scrivanie a pochi metri di distanza, al *St Mark's* negli anni '80, quando John non era ancora famoso. Parks gli faceva da maestro ma anche da ombra. Dopo qualche anno il giovane delfino decollò.

Ebbe la fortuna di avere vicino a sé un brillante gastroenterologo e coloproctologo, Mike Kamm, australiano, bravo sulle patologie funzionali, la stipsi e l'incontinenza fecale. E il radiologo Bartram sull'eco trans anale.

Ma, a parte il citatissimo lavoro con Parks negli anni '70 sul reservoir ileo anale, un suo articolo importante fu quello (anni

'80) sui risultati clinici e funzionali a distanza della pouch ileoanale. Quello che si basava sulla mia *research fellowship* al *St Mark's*. Uscì su *Annals of Surgery*.

Nicholls ideò il *reservoir* ileo anale a quattro anse, ovvero a W, per rallentare il transito ileale e migliorare la continenza (*Br J Surg* 1985). Pubblicò i risultati a distanza dopo plicatura posteriore del pavimento pelvico, l'intervento di Parks, su *Br J Surg* 1994.

Ma fece anche ben altro. Fondò, dopo un incontro nell'ospedale del francese Rolland Parc (ricordo la riunione di Parigi, alla quale ero stato invitato anch'io, al *St Antoine*) la società europea di colonproctologia. In questo modo spostando gli equilibri del sapere e del potere dall'Europa Centrale all'Europa Occidentale. Paradossale, in tal senso, che l'UK sia ora uscita dall'Europa. Fondò e fu *Editor-in-Chief* della rivista *Colorectal Disease*, che divenne l'organo ufficiale della società europea e di quella britannica. Insegnò a molti chirurghi italiani, tra cui Trompetto e Ganio, operando con loro a Ivrea e Vercelli. Prima ancora a Torino con Pinna Pintor, che pubblicò con lui un articolo sulle neoplasie anali.

Infine creò la ESBQ, la specializzazione in colonproctologia chirurgica europea, coadiuvato, fra gli altri, dallo svedese Lars Pahlman. Diversi italiani presero il diploma, che purtroppo ha solo una valenza onorifica e non legale.

Ma fu una iniziativa molto stimolante.

## I DOZOIS e WOLFF

Non posso non citare, in questo libretto, i chirurghi colo-rettali più importanti (e simpatici) della *Mayo Clinic*.

Sapete, la *Mayo* è una CATTEDRALE NEL DESERTO. Si trova nel Minnesota, a Rochester, paesone di quarantamila abitanti, gran parte dei quali lavorano per l'Ospedale, che è disseminato in grandi blocchi collegati fra loro da serpentoni e tunnel.

Qualche altra notizia su Rochester? Mi chiese un giovane chirurgo, mio coetaneo, avevamo trent'anni: "Sai perché qui alla Mayo pubblichiamo lavori così importanti?" "No" dissi io "perché?" "Perché non abbiamo altro da fare, qui ci sono le donne più brutte d'America". Sì, disse proprio così, *the ugliest*. Invece, quando conobbi il direttore della clinica, il filippino Go, mi disse che solo la *Gastrointestinal Clinic* aveva finanziamenti per un milione di dollari l'anno.

Ve lo immaginate voi in Italia un FILIPPINO che diventa il capo, che so, del Policlinico Umberto I? In genere fa il cameriere in qualche famiglia di benestanti. Questa è una grandezza tipica degli Stati Uniti ... anche un immigrato dall'Asia può far carriera o un discendente di kenioti può diventare capo dello stato. Vedi Barack Obama.

E come li spendevano alla *Mayo* questi enormi finanziamenti? Vi faccio un esempio, qualcosa che non ho visto in nessun'altra parte del mondo. La G.I. Unit, oltre ai normali reparti, ne aveva uno, uno intero (e anche grande, l'ho visitato) che serviva solo per la ricerca. Ovvero lì venivano ricoverati gli ex-pazienti che, in

quanto avevano subito un trattamento particolare, necessitavano di accurati follow-up. Oppure che avevano bisogno, che so, di una pH-manometria di 24 ore per studiare il reflusso gastroesofageo o altre indagini sofisticate, o volontari studiati a scopo di ricerca.

Nella *Mayo Clinic* c'era anche la base operativa di *Diseases of the Colon and Rectum*. Dalle pareti trasudava scienza.

Roger Dozois. Di lui dobbiamo parlare. E poi del figlio Eric. Di origini francesi, come appare chiaro dal suo cognome, era abile chirurgo (altrimenti non sarebbe stato lì...). Rimarchevole che suo figlio, anche lui aspirante chirurgo coloretale, NON fu ammesso, nonostante il cognome giusto, alla scuola di specializzazione. Dovette aspettare, ristudiare e riprovare. Ma ora è uno dei *Consultants* della Mayo e ha anche pubblicato dei buoni articoli su *Techniques*, oltre al capitolo sulla *Pelvic exenteratio*, con magnifiche figure a colori, sul libro di Zbar, Madoff e Wexner *Reconstructive surgery of the Rectum, Anus and Perineum*.

Dozois padre ha pubblicato un bel libro di chirurgia coloretale insieme a John Nicholls, oltre a molti articoli importanti, per esempio sulla proctocolectomia restaurativa. Era magro, elegante e affabile, evidentemente aveva ereditato qualcosa del *bon ton* dei francesi.

Al contrario, Bruce Wolff sembrava un orso. Un orso coi baffi, sornione. Anche lui, come Dozois, in periodi diversi, capo dello *staff* dei chirurghi colo rettali e poi presidente della *American Society of Colon and Rectal Surgeons*. Grande appassionato di macchine veloci, soprattutto italiane, aveva una buona collezione di auto d'epoca nel suo *garage* e ricordo che mi espresse la sua

gratitudine quando gli spedii la brochure della allora nuova Brera Alfa Romeo.

Wolff ha pubblicato importanti articoli sul cancro coloretale. Ma non solo. E' suo un lavoro "controcorrente" apparso su *Dis Colon Rectum* 1988 dal titolo "intervento di Whitehead, una procedura ingiustamente criticata".

Sia a lui che a Dozois, durante i nostri incontri a congressi all'estero, spesso portai copie di lavori inviati da altri autori a *Techniques* chiedendo di fare da *referee*. E loro gentilmente il giorno dopo mi riconsegnavano il lavoro con le critiche e il giudizio, se pubblicare o correggere o bocciare. Erano i tempi eroici della rivista, dopo il 2000, quando era indexata ma ancora aveva un basso *impact factor*.

Alla Mayo Clinic, a parte Dozois e Wolff, un altro molto in gamba era Pemberton, che, con altri gastroenterologi e psicologi, pubblicò agli inizi del 2000, su *American Journal of Gastroenterology*, un resoconto dei pazienti della Mayo con ostruita defecazione. Ebbene, fu interessante notare che il dato di coloro che avevano una stitichezza psicosomatica era quasi sovrapponibile a quello che pochi anni dopo avremmo trovato nella nostra UCP (e pubblicato su *Colorectal Dis* 2006) circa i tre quarti del totale.

Un giovane asiatico del gruppo di Pemberton pubblicò un articolo in cui si affermava che meno del 5% dei pazienti con stitichezza necessitavano di intervento chirurgico. Da allora smisi di fare le colectomie e ileoretto per stipsi cronica, anche in caso di rallentato transito.

Innanzitutto perché la stipsi passava quasi sempre, ma spesso rimanevano i dolori addominali e il meteorismo. E poi per la frequente diarrea e incontinenza. Scrisse Wexner che , dopo colectomia + IRA, il 70% dei pazienti hanno una scarsa qualità di vita. Allora meglio fare, come scrisse il nostro Walter Ripetti, mi pare su *Annals of Surgery*, delle resezioni limitate al segmento di colon responsabile della stipsi.

Ma, nella mia esperienza, un buon numero di questi pazienti in realtà aveva uno stop dei *markers* radiopachi nel sigma dovuto a un aumento delle contrazioni segmentarie e conseguente arresto o prolungata permanenza delle feci a quellivello. Eccessivo riassorbimento idrico, durezza delle feci divenute caprine e difficoltà di espulsione. Si trattava di pazienti con colon irritabile, facilmente diagnosticabile palpando in fossa iliaca sinistra il sigma spastico e dolorabile.

**RABAU**

Micha Rabau, israeliano, non ha molto pubblicato, ma è un OTTIMO chirurgo coloretale.

D'altra parte la questione che un chirurgo specialista per essere definito bravo, debba avere per forza pubblicato è tutt'altro che scontata.

Nel regolamento delle Unità di Colonproctologia, riunite in UCP Club, ora facente parte della SICCR, troviamo scritto che il coordinatore di una UCP deve avere un certo numero di buone pubblicazioni. Io personalmente sono stato sempre d'accordo su questo punto. Anche il *Board* europeo di colonproctologia chirurgica, del quale ho fatto parte per anni, prevedeva la stessa cosa. Ovvero, per dare a un chirurgo il titolo EBSQ, *European Board Surgical Qualification*, bisognava che avesse un certo numero di articoli pubblicati su riviste indexate e con un buon *impact factor*.

MA..... ciò che veniva (e viene) anche richiesto dal *Board* europeo era che il candidato fosse in grado di DISCUTERE e CRITICARE un articolo della letteratura che gli veniva dato all'inizio dell'esame. Aveva un paio d'ore e poi si sedeva davanti all'esaminatore e riferiva i pro e i contro dell'articolo, come se fosse un *referee* capace di giudicarlo. Questa prova non è mai stata richiesta dalla nostra Società.

Poi, dopo qualche anno, quando Lars Pahlman aveva preso il posto di John Nicholls come capo del *Board* europeo, composto da una decina di persone, fu proprio lo svedese a dire: "Scusate,

ma io credo che uno possa essere un ottimo chirurgo coloretale anche se non pubblica buoni articoli. Ciò che è importante è che sia capace di eseguire bene gli interventi. Naturalmente deve dimostrare di saper LEGGERE CRITICAMENTE gli articoli della letteratura in modo da mantenersi aggiornato sui progressi delle tecniche e da capire se un articolo sia valido nel sostenere o criticare un determinato intervento”.

Ebbene, ricordo che il *Board*, cioè quelli che esaminavano i candidati a titolo di EBSQ, si spaccò su questo punto. A me e ad altri pareva essenziale che il candidato avesse buone pubblicazioni sue, altri invece concordavano con Pahlman. Alla fine prevalse la loro linea.

Perché ho raccontato tutto questo?

Perché Micha Rabau è il tipico esempio di ottimo chirurgo con (relativamente) poche pubblicazioni di rilievo. Le prime o almeno le principali furono quelle pubblicate con Sir Alan Parks. Infatti Micha mi aveva preceduto di uno o due anni come *Fellow* di Parks al *St Mark's Hospital*.

Ci conoscemmo in Israele e diventammo molto amici. La sua passione, dopo la chirurgia coloretale, era la coltivazione delle viti per produrre il suo ottimo vino rosso. Per decenni è stato un *hobby* e ora che è in pensione e opera poco solo in privato è divenuto il suo lavoro principale. Sono stato a visitare i suoi vigneti nel centro di Israele, in una bellissima campagna. Davanti alla sua villetta ci riunivamo dopo cena per parlare e dalla vallata di fronte, piena di filari di viti, si sentivano nella notte gli ululati degli sciacalli. Micha ha una simpatica compagna. Con loro due ,

con mia moglie e con mio figlio facemmo insieme un bel viaggio in Cina per un congresso dell'ECTA, la *Eurasian Colorectal Technologies Association*, da noi fondata, di cui Micha era attivo consigliere. Con lui parlavamo degli altri chirurghi coloretali israeliani, come Petachia Reissman, Chilik Ziv, Oded Zmora, Andrew Zbar e la sua allieva Tulchinsky, che ha preso il suo posto all'ospedale di Tel Aviv e nel *Council della Mediterranean Society of Coloproctology*. Mi raccontava che molti russi, azeri e georgiani, gente ricca, venivano a operarsi da lui nella sua clinica.

A parte gli interventi che erano abituali nel *menu* del nostro maestro inglese (la *pouch* ileoanale, la coloanale per cancro del retto, la plicatura del pavimento pelvico, la Delorme-Rhene, la emorroidectomia sub mucosa, la escissione transanale degli adenomi del retto e così via) e oltre alle fistole retto-uretro-vaginali, su cui ha pubblicato, il cavallo di battaglia di Micha Rabau erano i re-interventi sulle recidive pelviche di cancro del retto, una chirurgia difficile che era andato a imparare all'estero quando era già un chirurgo maturo. Nonostante questo, ha anche pubblicato sui risultati a lungo termine dopo escissione locale per T1 , su *Techniques*, nel 2009.

Micha ha scritto un bel capitolo sul libro di Zbar, Madoff e Wexner *Reconstructive Surgery of Rectum Anus and Perineum*, dal titolo REINTERVENTI NEL MORBO DI CROHN DEL COLON.

E' anche stato membro del comitato editoriale di *Techniques* e del direttivo della *MSCP*.

Siamo rimasti ottimi amici. Poche settimane fa, quando il Covid 19 colpiva pesantemente l'Italia, mi è arrivata una sua *e-mail*,

spedita per accertarsi che fossi ancora in buona salute e per invitarmi a andarlo a trovare in Israele, dove, dieci anni fa, ho fatto un giro meraviglioso soffermandomi nelle località citate nel Vangelo. Non sono cristiano, ma gesuano, grande ammiratore del Gesù-uomo, ho visto due volte a teatro e sei volte in video *Jesus Christ Superstar* e ho avuto, a sessant'anni, una sorta di crisi mistica-storica in cui ho letto duecento libri su di lui, sul proto-cristianesimo e sugli gnostici. I magnifici Vangeli di Tommaso, Filippo, Maria Maddalena e Giuda. Visitai i luoghi santi di Israele , dal giardino degli ulivi, a Magdala, a Cafarnao, al monte delle beatitudini (il discorso della montagna), a Betania, a Cesarea e, ovvio, a Gerusalemme.

Per me, l'amico Micha Rabau è collegato anche a tutto questo.

**SEOW-CHOEN**

Francis Seow-Choen è IL chirurgo colo rettale di Singapore. Basso di statura, tipica faccia da orientale, assomiglia molto a un nostro amico chirurgo italiano, siciliano di Alcamo, Ninuzzo Ferrara. Gli assomiglia talmente che una volta, ad un convegno SICCR, durante il quale Nino Ferrara era seduto a metà sala, il relatore di turno, che stava parlando di cancro del retto, dopo aver esposto una sua tesi, rivolto al pubblico, disse: "D'altra parte, vedo che c'è qui tra noi il noto chirurgo Seow-Choen. Ebbene, lui potrà di certo autorevolmente confermare le mie tesi". Tutta la sala si voltò a guardare Ninuzzo Ferrara, il quale avrebbe voluto scomparire sotto la poltrona.

Seow-Choen è stato anche per un bravo endoscopista. Nel libro di Zbar, Madoff e Wexner *Reconstructive Surgery of Rectum, Anus and Perineum* ha scritto un capitolo intitolato VALUTAZIONE ENDOSCOPICA DOPO REINTERVENTI COLORETTALI.

E' un buon chirurgo e un valido scienziato (nel senso che ha molte buone pubblicazioni) ma il suo pregio principale, a mio parere, è che sa parlare benissimo. Una volta, ad un congresso in Turchia (Adana) sentii una sua lettura sulla poliposi familiare del colon, magnifica per chiarezza di esposizione e documentazione iconografica.

Ha fatto molto per la crescita di *Techniques in Coloproctology*, di cui è stato per anni *Co-Editor*, ci ha mandato molti buoni articoli e ci ha aiutato a far affiliare alla rivista la società dei chirurghi coloretali di Hong Kong, quando la città-stato non era ancora tornata a essere parte della Cina.

Ha fondato e diretto per decenni il suo centro coloretale a Singapore, è con me presidente onorario della *Eurasian Colorectal Technologies Association (ECTA)*, che ha tenuto il suo ultimo congresso a Seoul, Corea del Sud e che ha una attiva componente di chirurghi coloretali russi.

Seow-Choen ha pubblicato molti articoli di rilievo. Tra questi vorrei citarne alcuni. Quando era anche lui un allievo del *St Mark's Hospital* pubblicò sul *British Journal of Surgery* un articolo in cui, esaminando al microscopio *specimen* di retto asportato con amputazione addomino- perineale, studiò la posizione delle cosiddette ghiandole anali o intersfinteriche, quelle così rilevanti perché la loro infezione da parte dei batteri fecali è il *primum movens* della sepsi anale (ascessi e fistole). Ebbene, scoprì che in realtà alcune di queste ghiandole (che sono in tutto 10-12) NON si trovano nello spazio intersfinterico, MA nel contesto dello sfintere esterno. Questa "scoperta" ha una importante valenza clinica.

Quando operiamo un paziente con fistola anale dobbiamo cercare e asportare l'ascesso intersfinterico, presente nel 70% dei casi, anche esaminando bene lo sfintere esterno e gli spazi virtuali che la teoria del *triple loop* di Shafik prevede per questa struttura anatomica.

Un altro suo articolo riguarda la marsupializzazione a punti staccati della ferita chirurgica dopo intervento per fistola anale, che ha il pregio di facilitare l'emostasi, ridurre la ferita e accelerarne la guarigione, accorciando così la convalescenza. A

differenza di Seow-Choen, noi marsupializziamo la ferita con una sutura incavigliata, che la riduce ancora di più, fino al 50%.

Ha studiato la funzionalità della *J-pouch* del colon dopo resezione bassa per cancro del retto, su *World J Surg*, nel 2001. Un altro suo articolo descrive un caso di retropneumoperitoneo e pneumomediastino dopo PPH. Dovuto al fatto che, se si fa la borsa di tabacco troppo profonda, si può andare oltre la muscolare liscia del retto e favorire la creazione di uno spazio patologico in cui si infiltra l'aria che risale verso il retro peritoneo e può coinvolgere anche il mediastino e il collo. Anche noi abbiamo avuto una complicanza del genere dopo ampia e profonda escissione di un adenoma rettale sospetto per cancerizzazione. La paziente dopo due giorni aveva l'addome teso, dolori addominali, e soprattutto voce bitonale, dovuta a uno pneumocollo o enfisema cervicale. Sospendemmo l'alimentazione *per os*, la tenemmo sdraiata a letto con antibioticoterapia e con la parte distale del letto sollevata in modo che l'aria defluisse verso il basso. Il caso si risolse e fu pubblicato su *Surgical Endoscopy*. La stessa complicanza, sia pur di rado, si può avere dopo colonscopia e, soprattutto, dopo TEM.

Negli ultimi anni della sua carriera Seow Choen si appassionò al tema fibre e stipsi. La sua tesi era controcorrente: lui riteneva che le fibre provocassero la stipsi anziché combatterla. A mio parere così non è. Si opponeva anche alla tesi che una dieta ricca di fibre riducesse il rischio di cancro coloretale. Secondo lui i classici studi di Burkitt su questo tema (che cioè il cancro dell'intestino in Africa fosse raro perché gli africani non hanno una dieta raffinata come gli occidentali) sono falsati da un *bias*. Che sarebbe questo:

il cancro viene in età avanzata, invece gli africani hanno meno aspettativa di vita. Opinabile.... E comunque *relata refero*.

**ANGELITA**

Angelita Habr Gama (finalmente una donna!) è da decenni l'idolo delle chirurghe brasiliane.

Il suo aspetto fisico (alta, magra, bionda) e il suo modo di fare (signorile, soave ma sicura) mi ha talmente colpito, che una trentina d'anni fa, quando l'ho vista e frequentata per la prima volta in occasione di un congresso a San Paolo del Brasile, le ho dedicato una poesia, pensate...

San Paolo del Brasile, una città di cui ho un ricordo terribile. Così piena di traffico da assomigliare a cinque raccordi anulari di Roma messi uno dentro l'altro. Fui costretto a cambiare albergo tre volte ed ebbi finalmente pace quando mi misero in una stanza insonorizzata al ventesimo piano.

Angelita ha pubblicato molto. Ecco qualche esempio sui suoi principali interessi." La asimmetria degli sfinteri anali nell'incontinenza fecale" con Jorge, *Int J Colorect Dis*, nel 2000. E' suo un articolo su "77 anoplastiche per stenosi anale", un'ottima casistica, pubblicato nel 2005.

Ai congressi si presentava come una diafana regina, sempre elegante, pareva una *mannequin*... il che probabilmente strideva col suo atteggiamento in sala operatoria, che immagino fosse più energico e risoluto.

Non l'ho mai vista operare, ma tutti i brasiliani mi dicevano che era molto abile tecnicamente. Le ho parlato diverse volte ai congressi, le ho chiesto dei lavori per *Techniques* e li ha mandati.

Il suo ultimo contributo alla letteratura internazionale è stato, *to my knowledge*, per quel che ne so, il dibattito con i chirurghi inglesi sulla opportunità del *wait and see* in caso di scomparsa di un tumore del retto dopo radioterapia preoperatoria. Come sapete, non tutti sono d'accordo nel non fare comunque una resezione anteriore.

Non pochi chirurghi brasiliani sono ottimi operatori. Lo stesso *reservoir* ileo anale di Parks non è stata un'idea totalmente originale, ma la fusione di due interventi, il *pull-through* ileoanale del famoso brasiliano Cutait e il *reservoir* dello svedese Kock, reso continente da una valvola e anastomizzato alla cute dell'addome. Era quest'ultimo l'intervento di scelta alla *Cleveland Clinic Ohio* negli anni '70, prima che Vic Fazio andasse da Alan Parks a imparare il suo *reservoir* ileo anale. Ne ho visti diversi casi dell'australiano la prima volta che andai negli Stati Uniti. La cosmesi era buona. Il paziente aveva come un secondo ombelico. Quando lui decideva, svuotava il *reservoir* con un catetere, tipo Foley o sonda rettale. Ma la valvola anti-reflusso non di rado dava problemi e occorreva re-intervenire per ricostruirla. D'altra parte anastomizzare direttamente il piccolo intestino al canale anale, senza nessun *reservoir* (intervento per anni usato alla *Mayo Clinic*) provocava troppo spesso diarrea e incontinenza. Tranne che nei bambini, nei quali invece, come ben sanno i chirurghi pediatri, aveva un buon funzionamento e pochi effetti collaterali. Angelita dunque.

La vidi per l'ultima volta, vestita di bianco, sette anni fa in un congresso a Fortaleza, sulla costa nord del Brasile. Era sempre

uguale, era sempre la stessa. Sembrava che per lei gli anni non passassero. Ma si sa, le donne brasiliane hanno il culto della cosmesi, del trucco e dell'estetica. Che siano le *pauliste* di San Paolo oppure le *carioca* di Rio de Janeiro o ancora le *gauche* di Porto Alegre. Non tutte per la verità. Una garbata chirurghina neanche trentenne venne pochi anni fa a passare due settimane nella nostra UCP di Roma, alla clinica Parioli, nonché in trasferta a Telesse Terme, dove operavo all'epoca in un clinica convenzionata. Aveva il nonno italiano ed era brasiliana. Serissima. Vestiva castigato, di poche parole, grande lavoratrice, semistruccata.

Spesso Angelita era nel gruppo degli altri chirurghi brasiliani, bravi e famosi.

Come Reis Neto, quello che inventò un intervento per emorroidi che in Brasile va per la maggiore o almeno è stato il più usato per decenni. Asportazione chirurgica della componente esterna dell'emorroide e semplice sutura ischemizzante della componente interna. Lo ha anche descritto su *Techniques*. Simile all'intervento di Farag, che è mini-mini-invasivo, poco più di una legatura elastica ed è stato descritto dal chirurgo egiziano sul *British Journal of Surgery* alla fine degli anni settanta.

O come Sergio Regadas, autore con Wexner, Zbar e me (che, devo dire, scrissi ben poco) di un atlante di *imaging* coloretale edito dalla Springer, che è stato poi tradotto in cinese. Sergio inventò un nuovo tipo di emorroidopessi con stapler e pubblicò insieme alla moglie Sthela, sua ex allieva, molti articoli sulla ecografia trans anale, il loro cavallo di battaglia. Tanto che il nostro Giuseppe Gagliardi, chirurgo napoletano-americano, ora

*Editor-in-Chief* di *Techniques*, da Chicago, dove lavora, è di recente andato a Fortaleza per impararla.

O ancora come Roberto Misici, un piccoletto simpatico e estroverso, di origini italiane, essenzialmente proctologo (ma con la P maiuscola) autore di un manuale di proctologia molto letto in Brasile e ottimo cantante, appassionato della musica operistica italiana.

**KUBCHANDANI**

Indru, indiano di origine ma a tutti gli effetti americano, ha lavorato per anni ad Allentown, Pennsylvania.

Alto, magro, di carnagione scura, *look* da *gentleman*, molto abile nel fondare e amministrare società, come la ISUCRS, *International Society of University Colorectal Surgery*, da lui governata a vita come *General Director*. Era lui a scegliere Presidente e Vicepresidente, che in realtà si fregiavano del titolo onorifico, ma non gestivano alcun potere. Per un lungo periodo siamo stati in trattative, pareva che volesse prendere *Techniques* come rivista ufficiale. E' riuscito comunque per decenni a far sopravvivere la sua Società e a far organizzare dal Presidente di turno il congresso biennale, sempre in posti lontani ed esotici.

Viene ricordato come colui che ha tolto una certezza ai chirurghi e ai pazienti, cioè che l'intervento migliore per la ragade anale, il cosiddetto *goldstandard*, fosse la sfinterotomia laterale interna (SLI). Le sicurezze crollarono quando uscì su *Dis Colon Rectum*, all'incirca 15 anni fa se non 20, un articolo in cui, avendo esaminato la continenza anale degli operati di SLI, Indru "scoprì" che, fino al 35% dei pazienti (più di un terzo!), potevano poi soffrire di incontinenza fecale.

La conseguenza fu che, da allora, il paziente con ragade anale si presentava al chirurgo dicendogli come prima cosa NON "mi guarisca dalla ragade" MA "non mi renda incontinente". Qual è la conseguenza? Che il chirurgo ha timore che la SLI che vorrebbe e dovrebbe fare al paziente gli provochi poi "perdite". Per cui gliela fa ridotta. Ossia, invece che dal bordo distale dello sfintere interno alla linea dentata (= circa 1.5 cm), la fa più corta, una

“minisfinterotomia”. Risultato: non c’è incontinenza, ma spesso la ragade recidiva, il paziente continua a soffrire e magari bisogna rioperarlo oppure deve fare a lungo fastidiose dilatazioni anali.

Come si risolve quindi il problema?

Ricordando che il cosiddetto *goldstandard* ovvero “l’intervento migliore” talvolta o spesso non esiste e che bisogna saperne fare diversi e adattare quello giusto al singolo paziente. Ovvero: NON fare una SLI a una donna anziana e pluripara senza ipertono anale e farla invece a un maschio giovane con ipertono anale.

E se non si fa la SLI standard cosa si può fare?

Beh, per esempio “una sfinterotomia calibrata”, proporzionata all’ipertono anale, come suggerivamo il Professor Rosa ed io, sulla base della manometria anorettale. O, se NON c’è ipertono, una ESCISSIONE DELLA RAGADE E ANOPLASTICA.

Il merito maggiore dell’“allarmante” *report* di Indru è stato quello di dare il via alla sperimentazione prima e all’impiego clinico poi di pomate, come la nitroglicerina e i calcio-antagonisti, ossia farmaci come il *Rectogesic* e l’*Antrolin*, i quali sono indicati nella ragade anale ACUTA con ipertono e funzionano nel 40% dei casi. Su questo si possono leggere gli articoli dell’inglese John Lund. Oppure l’iniezione di Tossina Botulinica A nello sfintere interno, meglio non in corrispondenza della ragade altrimenti la fibrosi locale non fa agire il farmaco. Risultati: due terzi di guarigioni a tre anni. Effetti collaterali minimi (anche se tra questi è stata descritta la sincope, ma uno o due casi su migliaia). Credo che ogni proctologo debba saperla fare.

In realtà, con buona pace di Khubchandani, le probabilità di rendere incontinente un giovane adulto maschio con la SLI sono solo dello 0.5%. Se avrà incontinenza, sarà per lo più temporanea.

Sull'argomento RAGADE ANALE lasciate che vi racconti una cosa. Anni fa, più di dieci, la Società Europea ha voluto far uscire un Libro di Colonproctologia. Gli *Editors* mi chiesero di scrivere il capitolo sulla ragade anale. Da poco avevamo "scoperto", con la nostra psicologa, che più di metà dei pazienti con ragade anale avevano dei tratti caratteriali comuni, indice di componente psicosomatica. Specie i maschi. Pazienti pignoli, introversi, preoccupati del giudizio degli altri, molto esigenti sulle loro prestazioni. Il tutto era stato confermato da vari test psicometrici, ma non era uno studio completo, tant'è vero che non l'ho mai pubblicato. Tuttavia c'erano, sia pure su casistica limitata, delle evidenze scientifiche.

Ebbene, ho ritenuto di scrivere quanto esposto in poche righe nel capitolo. Mi aveva aiutato un amico collega più giovane del Gemelli, Claudio Mattana, per cui gli consegnai il lavoro e gli dissi "Fammi il piacere, occupati tu di correggere le bozze ecc, così io passo ad altro". Dopo sei mesi-un anno ricevetti in dono, come si usa, copia del libro. Essendo un narcisista, andai subito a vedere come era venuto il capitolo sulla ragade.

Me lo rilessi e... scoprii che le poche righe sulla psicosomatica erano state cancellate dagli *Editors*! Vedete dunque quanto il chirurgo standard, anche ad alti livelli, sia alieno dall'approccio olistico!

Ma ora torniamo a Khubchandani.

Un altro suo articolo, uscito su *Dis Colon Rectum*, basato su una inchiesta da lui fatta tra i chirurghi coloretali americani, rivelò un dato poco immaginabile. Che il 7% dei casi delle donne operate per cancro del retto avevano come complicanza una FISTOLA RETTO-VAGINALE. La quale, in un caso sottoposto magari a radioterapia preoperatoria, non è così semplice da guarire con un reintervento, dato che i tessuti sono fibrotici e ischemici.

Per finire con Indru, ancora sulla ragade. Io imparai la sfinterotomia laterale interna al *St Mark's Hospital* negli anni '70. La rividi poi fare da Parks negli anni 80. Lui usava suturare la ferita. Per cui così facevo anch'io, dando, alla fine dell'intervento, un paio di punti di vicryl per chiudere la feritina della SLI. Lo dissi nella relazione a un congresso, con Khubchandani moderatore. APRITI CIELO! Fui con veemenza ripreso per questo (nei limiti del garbo, eravamo amici). "Assolutamente no!" diceva lui "va lasciata aperta, altrimenti suppara!", Dopo un mesetto mi capitò di fare una SLI e a quel punto, memore della contestazione, lasciai aperta la ferita chirurgica. Ebbene...suppurò. Mi chiedo allora: esiste un *trial* prospettico randomizzato controllato sulla sutura della ferita dopo SLI? Sarebbe interessante vedere su Medline se c'è e leggere cosa dice. Se non c'è sarebbe interessante farlo.

**SCHOUTEN e KUIYPERS**

Ruud Schouten è un chirurgo colorettaie olandese.

Appena andato in pensione, il suo allievo principale, Zimmerman ha chiesto (di nascosto a lui) a tutti i colleghi-amici che aveva incontrato nella sua carriera di mandargli un breve video di saluto. Tra questi ha incluso anche me e l'ho fatto volentieri. Appena sentito della richiesta, ho ricordato la gradevole cena passata, con Ruud vicino, ad un congresso della società europea. Prima l'avevo solo incrociato, più volte, per pochi minuti. Invece così, fianco a fianco, abbiamo parlato piacevolmente e mi sono reso conto di come fosse affabile, tranquillo e schivo.

Fisicamente è un piccoletto, ma, se andiamo a vedere la sua produzione scientifica, è un gigante.

Il suo gruppo a Rotterdam, di cui faceva parte la bella chirurga Gosselink, è autore di molti contributi originali. Ve ne elenco alcuni.

1. L'intervento di obliterazione del cavo di Douglas per enterocele con una protesi a ferro di cavallo, possibilmente *double face*, che è un superamento e un miglioramento del più antico intervento di Moscovitz, gravato da frequenti recidive.
2. La scoperta che fumare molto fa cedere la sutura di un *flap* di avanzamento rettale nella chirurgia delle fistole trans sfinteriche (e, aggiungo io, aumenta le recidive).
3. La scoperta che, posteriormente all'ano, le arteriole perianali non si chiudono, non comunicano ma si interrompono, cioè che c'è un'area post- anale poco vascolarizzata ed è anche per questo che la maggior parte delle ragadi anali sono

posteriori. Sempre per questo, quando si fa una ano-plastica, tipo *island flap* o *diamond flap* o *torpedo flap* per stenosi anale è bene non usare la cute posteriore all'ano.

4. L'aver stabilito con evidenza scientifica che, dopo chirurgia per fistole anali, si può parlare di RECIDIVA se la fistola si riforma entro un anno, altrimenti si tratta di nuova malattia, originata da un'altra ghiandola anale, magari contigua a quella operata.
5. L'aver confrontato la iniezione con perossido di idrogeno durante ecografia trans anale 3D con la risonanza magnetica.

L'Olanda ha prodotto diversi chirurghi coloretali e qui vorrei ricordarne un altro, Haan Kuijpers.

La sua storia è singolare. E' stato il primo europeo a pubblicare che l'anismo e l'incontinenza fecale si possono curare col *biofeed-back* (che, nella sua Istituzione, veniva praticato più da psicologi che da fisioterapisti) e a enfatizzare l'importanza della defecografia per lo studio delle patologie funzionali pelvi-perineali. E' infatti l'autore del capitolo sulla defecografia nel libro *Constipation*, di Wexner e Bartolo, Butterworth-Heinemann 1995 e di articoli sul *biofeed-back (BFB)*, ad esempio sul confronto di due metodi di BFB per il trattamento della stipsi, articolo pubblicato nel 1994 su *American Journal of Gastroenterology*.

Kuijpers chiamava l'anismo *Spastic Floor Syndrome* e su questo pubblicò prima di molti altri, nel 1985, su *Dis Colon Rectum*. Giovane e spiritoso, brillante e acuto, l'ho incontrato in diverse

occasioni. Per esempio vent'anni fa al congresso di Recklinghausen, in Germania, dove, non tutti lo sanno, si trova uno dei pochissimi centri europei dedicato esclusivamente alla cura delle patologie colo retтали. Era presente, fra i relatori, anche Ahmed Shafik con la sua moglie-chirurgo Olfat El-Sibai. La clinica coloretale di quella cittadina ha cento letti e quindi è di poco più grande del vecchio *St Mark's Hospital*. La dirigeva il chirurgo spagnolo (poi germanizzato) Girona, un furetto veloce, che faceva una chirurgia coloretale magari non modernissima, ma efficace come volume di casi e risultati clinici. Più anoretto che colon.

Diverse delle sue pubblicazioni sono comparse sulla rivista *Coloproctology*, forse indexata ma di certo senza *impact factor*, dove la selezione degli articoli da parte dell'Editorial Board non era particolarmente severa. Tant'è vero che anche noi italiani la tenevamo come ultimo appiglio, se un nostro articolo non veniva accettato dalle riviste più prestigiose.

Ebbene sentite questa storia , che dimostra che “non è tutto oro quello che luccica” anche se “l'erba del vicino APPARE sempre più verde”.

Un giorno di circa venti anni fa mi capita sottomano una rivista importante, poteva essere *Dis Colon Rectum*. La sfoglio e, nelle prime pagine, leggo un annuncio che mi colpisce: LA CLINICA COLORETTALE DI RECKLINGHAUSEN CERCA UN NUOVO CAPO. I CHIRURGHY INTERESSATI POSSONO SCRIVERE A.... INVIANDO IL LORO CURRICULUM. Al che penso “vedi questi tedeschi come sono più seri di noi! In Italia si entra con le raccomandazioni e da loro invece con regolare competizione, basata sui titoli e sulle

capacità” .... E qui finisce la prima parte della storia (ricordatevi che al congresso di Recklinghausen avevo incontrato l’olandese Haan Kuiypers).

L’anziano, benché vispo, Girona era dunque alle soglie della pensione e Kuiypers era lì in avanscoperta, tant’è vero che poi si seppe che era stato lui a “vincere il concorso” e a diventare il nuovo responsabile. E fin qui tutto bene. Tanto di cappello al metodo. Senonchè, un paio d’anni dopo, mi capita di incontrare Kujpers a un congresso e gli chiedo:”Allora, come va a Recklinghausen? Sei soddisfatto?” E lui mi dice più o meno testualmente “Macchè. Sono stato lì qualche mese e poi me ne sono dovuto andare” “E perché?” chiedo io sorpreso. E lui “Perché l’aiuto anziano era d’accordo con l’ex- capo Girona e i casi più importanti li veniva a operare il vecchio professore in pensione. Una situazione intollerabile”.

Vedete? Tutto il mondo è paese.

## **KAMM e BARTRAM**

Questo capitolo si potrebbe anche intitolare “I FANTASTICI ANNI ’90 AL ST MARK’S HOSPITAL DI LONDRA”.

Inizio con Mike Kamm, che ha dato alla letteratura mondiale un contributo fondamentale.

E' un gastroenterologo coloproctologo, ormai ritrasferitosi dall'Inghilterra in Australia, il Paese natale. Media statura, magro, molto intelligente. Tra i suoi lavori principali uno *scoring and grading* dell'incontinenza fecale, il secondo più usato dopo quello di Jorge-Wexner. Diversi articoli sulla neuro- modulazione sacrale. Importante quello su *Ann Surg* del 2000. Lavori sulla stipsi, in particolare l'anismo . Sui potenziali evocati e la sensibilità rettale. Sui traumi sfinteriali da dilatazione anale, *Br J Surg* 1991 e su quelli iatrogeni dopo interventi per fistole anali, *Br J Surg* 1994 e su quelli dovuti al parto vaginale, *New England Journal of Medicine* 1993. Sul confronto fra ecografia transanale e manometria anorettale nel valutare gli sfinteri anali, *Clin Radiol* 1994. Sulla degenerazione dello sfintere interno come causa di incontinenza, *Lancet* 1997. Sulla riparazione anteriore degli sfinteri anali nei pazienti con trauma ostetrico, *Br J Surg* 1994.

Leggete il nome delle riviste su cui ha pubblicato quest'uomo, solo in un decennio, e capirete perché entra di diritto nei *big* della colonproctologia mondiale. E' arrivato al *St Mark's* quando io me ne ero già andato da qualche anno. Ai miei tempi il coloproctologo gastroenterologo era il professor Lennard-Jones. Mike Kamm lo ha prima affiancato e poi sostituito. Direi del tutto degnamente , a giudicare dalla sua produzione scientifica.

Due personaggi estremamente diversi.

Uno più anziano, totalmente *british* come *look* e portamento.

Silenzioso e austero. L'altro più giovane, scanzonato e graffiante, spessore scientifico ma aspetto malandrino. Australiano del

resto... Come sapete, gli australiani discendono da galeotti inglesi deportati in un nuovo continente. Serviva gente dura per colonizzare i grandi spazi e cancellare gli aborigeni.

Dopo Kamm, gastroenterologo, lasciate che vi racconti di un altro "grande". Un radiologo stavolta, il secondo e ultimo di questo libretto. Un tipo svelto, una macchina da lavoro. E' da lui, che ne fu l'inventore, che andai a perfezionare l'ecografia trans-ale che avevo cominciato a fare a Roma. Uno dei pochissimi che esaminava le pazienti di sesso femminile in posizione prona, poiché sosteneva che si distingueva meglio l'anatomia.

Clive Bartram aveva una moglie dal nome (Michelle) e dalle movenze francesi e abitava in una bella casa con un magnifico parco, non enorme ma molto suggestivo e ricco di bellissime piante. Amante dei vini italiani e francesi e della buona tavola, era un tipo molto spiritoso che assomigliava vagamente ad un grande coniglio, Clive *Rabbitt* Bartram... e ti guardava sempre con quell'aria, come per dire: "Sarà vero quello che mi stai raccontando? Perché, sai, io non ci credo mica tanto... adesso ti faccio vedere come si fa". Ma lo scetticismo scanzonato che aveva in volto suscitava simpatia.

Abbiamo scritto un libro insieme, con la Springer, sull'eco transanale, e abbiamo pubblicato un articolo sulla pouchgrafia, la defecografia del *reservoir* ileoanale.

Fondamentali i suoi contributi alla letteratura. Ne cito alcuni: "*Anal sphincter dysruption during vaginal delivery*" *New England Journal of Medicine* 1993. E poi: *Anal endosonography. Alimentary tract radiology*. St Louis, Freney & Stevenson, 1994. E

ancora: *Predictive value of internal anal sphincter thickness for diagnosis of rectal intussusception in patients with solitary rectal ulcer syndrome. Br J Surg* 2002. Fateci caso, se usate l'ecografo con sonda rotante, molti pazienti con ostruita defecazione hanno lo sfintere interno con uno spessore superiore ai 3 cm. Molti di quelli con ragade anale lo hanno invece inferiore ai 2 cm.

E poi: *Vaginal endosonography: new approach to image the undisturbed anal sphincter, Dis Colon Rectum* 1994.

L'ecografia trans-vaginale, un esame che faccio a quasi tutte le pazienti di sesso femminile e che permette di vedere molto bene le *anal cushions*, i cuscinetti anali, ovvero le emorroidi, e anche la mucosa, talvolta prolassata nel canale anale. Entrambe le cose ovviamente meglio studiabili con la proctoscopia.

Ma, essendoci a volte lesioni anali, come per esempio una stenosi o una ragade o una ferita chirurgica, che non permettono di inserire nel canale anale il proctoscopio oppure che darebbero dolore al paziente, un buon proctologo dovrebbe essere in grado di effettuare e di interpretare correttamente l'eco trans-vaginale a sonda rotante. Inoltre la eco trans-vaginale è utilissima quando facciamo alla paziente lo *psycho-eco-biofeed-back*. Ovvero le mostriamo la morfologia del suo muscolo pubo-rettale e le insegniamo a rilassarlo attraverso un "immaginario guidato" di musica *new-age* e parole ipnotiche, con esercizi di respirazione. (Del Popolo et al, *Techniques in Coloproctology* 2015 ).

E' chiaro che, se la punta rotante dell'ecografo fosse infilata nell'anoretto e premesse sul muscolo pubo-rettale, il muscolo stesso sarebbe vincolato, trattenuto e sarebbe difficile rilasciarlo. Invece l'eco trans-vaginale lascia, come è scritto nel titolo del

lavoro di Bartram, il retto “indisturbato” e permette al puborettale, che per tre quarti lo circonda, di rilasciarsi liberamente.

Per questo motivo lo *psycho-echo-biofeed-back* è più difficoltoso e meno efficace nei maschi. Fortuna che la grande maggioranza dei pazienti con ostruita defecazione sono donne.

E ancora, pubblicazioni di Bartram: *Anal endosonography for identifying external sphincter defects confirmed histologically, Br J Surg* 1994. Quest’ultimo firmato anche da Kamm e Nicholls, che con Bartram collaboravano intensamente.

Come vedete, più che mai il successo di una Istituzione sta nel lavoro interdisciplinare e si basa sulla presenza di una valida *equipe*, di specialisti in continuo stretto contatto tra loro. In questo noi italiani abbiamo una marcia in meno, perché siamo individualisti, *tot capitae tot sententiae*, pensate alla frammentazione di partiti, partitucoli e movimenti che rallentano l’evoluzione del nostro Paese. In questo senso vale molto di più L’UNIONE FA LA FORZA che non CHI FA DA SE’ FA PER TRE.

## **BARTOLO**

C’è un maltese, uomo del Mediterraneo, che da bambino stava in mare sotto il sole, ma da adulto ha fatto fortuna nel freddo e tra le brume della Scozia. E’ David Bartolo, uno dei primi e migliori

chirurghi coloretali laparoscopici del mondo. Molti sono andati da lui a imparare la rettopessi laparoscopica.

Dotato di una bella moglie e di un bel paio di baffi, David è sempre stato un tipo sorridente e simpatico, che mai lasciava trasparire nervosismo o, meno che mai, rabbia.

Ci siamo incontrati diverse volte, a Roma e in Inghilterra o in giro per congressi.

Edinburgo è un bel posto dove vivere e, quando ho saputo che si era trasferito lì, mi è subito venuto in mente il verde della Scozia, con le sue nuvole che sempre cambiano. La pioggia cade e l'erba cresce, a Edinburgo e dintorni ci sono ben 25 campi da golf. Ma c'è anche un tempo così instabile e un cibo così poco buono (pensate all'*haggis*, un loro pasticcio di carne, tipo polpettone) che un italiano ci patirebbe.

Ero grande amico (o forse dovrei dire allievo) di Adam Smith, il precedente chirurgo di Edinburgo, esperto di motilità intestinale e di ipertermia dei tumori, che ho molto frequentato negli anni 70. Quindi sono andato diverse volte in Scozia. Ha delle coste e un mare così bello, golfi, promontori...che, se avesse il nostro clima, tutta l'Europa ci andrebbe in vacanza.

Torniamo al protagonista del capitolo, David Bartolo.

Il titolo di un suo articolo del 1991 sul *British Journal of Surgery*: "L'anismo nei pazienti con transito intestinale normale rallentato" ci dice quanto già fosse sofisticato il suo approccio ai pazienti con stitichezza ben trenta anni fa.

Questo titolo infatti ci fa capire come il suo gruppo di lavoro già

all'epoca affrontasse uno dei punti-chiave di una problematica clinica delicata e controversa. Per meglio comprenderlo, andate a vedere l'ultimo caso clinico che è descritto nel capitolo su Peter Hawley, una stitica alla quale la colectomia per il rallentato transito non è bastata perché aveva anche l'anismo.

Due anni dopo Bartolo scrisse su un argomento di cui mi ero occupato al *St Mark's* qualche anno prima e cioè "La fisiologia anorettale nei pazienti operati di proctocolectomia e reservoir ileoanale". Prima ancora, nel 1986: "Un nuovo metodo per valutare la sensibilità anale nelle diverse patologie anorettali" è indicativo di un approccio sofisticato alla proctologia.

E tre anni dopo, nel 1989: "La manometria con micropalloncini nello studio della fisiologia anorettale" ci ricorda come, da giovane, fosse un motilista. Riflettendoci bene, non mi dispiace di esserlo stato anch'io, quando, in gioventù, ero sommerso dalle onde manometriche...

Molti dei suoi articoli all'epoca, quasi tutti pubblicati sul *Br J Surg* erano anche firmati da Neil Mortensen, allora giovane rampante, poi chirurgo coloretale di Oxford e ora anche *Editor-in-Chief* della rivista inglese *Colorectal Disease*, che ha come *Coeditor* l'italiano americanizzato Roberto Bergamaschi.

Invece, tornando al maltese Bartolo, la maggior parte dei suoi articoli pubblicati nella maturità riguardano la chirurgia coloretale laparoscopica, ma ha anche scritto su GLI ASPETTI MEDICO-LEGALI DEI REINTERVENTI ANO-RETTO-COLICI nell'ottimo libro, edito da Zbar, Madoff e Wexner, dal titolo *Reconstructive Surgery of the Rectum, Anus and Perineum*.

U collega della SICCR, e cioè Zorcolo, allievo dell'amico Professor Casula, è andato per un lungo periodo a lavorare con Bartolo e ha pubblicato con lui diversi articoli, tra i quali uno, su *Dis Colon Rectum* nel 2005, che riporta i risultati a breve e a lungo termine dopo ricostruzione degli sfinteri anali danneggiati dal parto. Mi chiedo se abbia patito il clima scozzese, terribile per noi italiani, perché cambia molte volte in un giorno e non permette di fare programmi all'aperto.

Conoscete penso il proverbio britannico " *If you don't like the weather, just wait five minutes, it will change*" ovvero "Se non ti piace il tempo che fa, aspetta cinque minuti. Tanto cambia".

## **LEHUR**

Ecco un *big* francese, non l'unico.

Potrei raccontare di Parc, Lazorthes, Pigot, Panis e altri ancora, tutti conosciuti personalmente, ma ho scelto lui perché credo sia il più noto in Italia. In Francia le cose vanno un po' diversamente

che da noi, per esempio molti proctologi sono medici e non chirurghi. Forse il più famoso è stato Denis. Anche in Francia ci sono più Società del nostro settore. Una di queste ha di recente preso *Techniques in Coloproctology* come sua rivista ufficiale. I francesi sono piuttosto sciovinisti. Benchè in Francia lavorino molti stranieri, non solo quelli delle ex-colonie, maghrebini e così via, ma anche europei della CEE. Ad esempio non pochi italiani.

Però, quando abbiamo cercato di invogliare i francesi a iscriversi alla Società Mediterranea, abbiamo sempre trovato delle difficoltà. E' venuto per qualche anno Pigot, poi un certo Lofrois, per la verità radiologo interventista esperto in sanguinamenti del colon. Ciò nonostante l'impegno del nostro Antonio Amato, che da Sanremo, vicina alla Francia, aveva tentato di coinvolgerne qualcuno. Non so perché, ma i francesi non vanno all'estero volentieri. Tranne forse che nelle ex-colonie. Quando lavoravo in Vietnam, ad Hanoi, c'era una linea diretta con i cardiologi di Montpellier, ad esempio. Credo che una buona idea sarebbe di fare, una volta tanto, cosa mai successa finora, un congresso della Società Mediterranea in una città francese. Magari Marsiglia che, a parte essere proprio sul Mediterraneo, ha una buona scuola di chirurgia coloretale. Mi vengono in mente Sarles e i suoi discendenti.

Ma scusate... sto divagando.

**Paul Antoine Lehur** collaborava molto con l'industria, che spesso gioca un ruolo importante nelle *innovations*, le quali, spesso ma non sempre, sono un valido sussidio per noi chirurghi, almeno nei Paesi dove il sistema sanitario può sostenere maggiori spese. In questo la Francia, con l'Italia, sono ai primi posti. O meglio...

diciamo che l'Italia, per legge, sostiene le spese sanitarie dei suoi cittadini, spesso supportate da un *ticket*. Ma sfortunatamente, essendo la spesa sanitaria pubblica non oculata, specie in alcune regioni, per esempio la Campania, il nostro Paese ha un grave *deficit*. Che poi provoca fatti negativi, come chiusura di ospedali e ridotta assunzione di medici e infermieri.

E' per questo che, nella mia carriera, sono sempre stato un po' severo sull'impiego indiscriminato delle nuove tecnologie.

La PPH e la STARR, ad esempio, dovrebbero essere impiegate solo dagli specialisti della chirurgia ano-retto-colica. In tal modo l'impiego sarebbe di certo più oculato e quindi limitato. E le complicanze minori. Invece troppo spesso sono usate dai chirurghi generali. Il concetto (PPH E STARR riservate agli specialisti) è fortemente sostenuto anche da due *consensus paper*, primo nome Corman, pubblicati dalla rivista *Colorectal Diseases* per iniziativa della Ethicon, nel 2004 e nel 2006. Ma le raccomandazioni non vengono rispettate nella pratica clinica di ogni giorno.

Ricordo che Lehur era il *testimonial* dell'ABS, l'*artificial bowel sphincter* su cui non mi dilungo troppo perché, dopo una iniziale fase promettente, è stato quasi del tutto abbandonato. Costava non poco, ma era basato su un'idea ottima, quella di gonfiare un cuscinetto messo al posto degli sfinteri naturali ormai non più funzionanti, premendo un serbatoio che veniva inserito nello scroto o vicino alle grandi labbra. A parte i costi, le complicanze erano frequenti e i risultati a distanza non ben studiati, finché il nostro Donato Altomare, che ne aveva impiantati diversi ma aveva qualche dubbio, promosse uno studio molto ben

consegnato, in cui un altro chirurgo italiano, Gianandrea Binda, andò in giro per l'Italia dai tre o quattro chirurghi (uno di questi era Filippo La Torre) che avevano impiantato un po' di ABS. Lo scopo era di valutare come stessero i loro pazienti dopo un periodo di tempo sufficientemente lungo per definire corretto il *follow-up*. Binda fu come si dice, *l'independent observer*, incaricato di dare un giudizio sul nuovo *device*. Giudizio sicuramente obiettivo, perché gli operati non erano suoi pazienti. I risultati furono pubblicati sul *British Journal of Surgery* e decretarono il declino dell'ABS, perché non erano buoni. Ebbene, due stranieri che lo usavano abbastanza spesso erano lo spagnolo Devesa e il francese Lehur, che, chiamato dalla Ditta, lo andava a impiantare nelle sale operatorie dei chirurghi intenzionati ad adottarlo. Era probabilmente il migliore e quindi bene faceva la Ditta ad affidarsi a lui.

Inutile dire che Lehur ha pubblicato molto sull'argomento. Forse il suo migliore articolo sull'ABS uscì nel 2002 su *Dis Colon Rectum*. Nel 2007 pubblicò i risultati di 32 casi seguiti per due anni. Sepsis 0, reinterventi 53% (la percentuale più alta fra tutti coloro che pubblicarono sull'ABS) e reimpianti 31%.

Era (e penso sia ancora) un tipo sveglio, basso di statura, collaborativo. Uno brillante, insomma. Organizzò a Nantes, la sua città, un bel congresso della Società Europea di Colonproctologia, uno degli ultimi ai quali ho partecipato, abbinando alla trasferta una visita ai castelli della Loira (avevo affittato una macchina con mia moglie). Più che dai castelli (come sapete ne abbiamo di molto belli anche in Italia) fummo affascinati dalle cattedrali,

come quelle di Angers, Reims e Orleans, dai magnifici bassorilievi, dalle vetrate con colori smaglianti e dai monumentali organi.

Ma torniamo a Lehur. Essendo attento alle nuove tecnologie, pubblicò anche sulla STARR, per esempio su *Colorectal Diseases* 2012, dimostrando in suo articolo, primo nome Meurette, che nel 13% dei casi si doveva ricorrere a un re-intervento per proctalgia. E la proctalgia è difatti uno dei punti deboli di questo intervento, perché nel loro primo articolo su *Dis Colon Rectum* 2004 (primo nome Boccasanta) i cosiddetti “pionieri della STARR” riportarono che il 20% dei loro pazienti avevano proctalgia a un anno dall'operazione.

Sempre a riguardo delle nuove tecnologie, Lehur impiegò nei pazienti con incontinenza fecale anche “l'anello magnetico”, inventato da Schier nel 1986 e pubblicò i suoi primi risultati incoraggianti nel 2010 su *Dis Colon Rectum*. Ma anche questa è stata una *innovation* soppiantata da quello che, probabilmente, è l'intervento migliore per incontinenza fecale, la neuromodulazione sacrale. Che, nelle migliori casistiche, dà l'80% di risultati positivi.

## **MATZEL**

Ecco finalmente un tedesco.

Non crediate che la Germania, dal punto di vista dei poteri nella sanità, assomigli all'Inghilterra o agli Stati Uniti.

Anche in Germania ci sono i "baroni" universitari che decidono sulla carriera dei loro sottoposti. Forse quel che è diverso è che le nomine a Primario non dipendono dai partiti politici. Un chirurgo, per avanzare nella carriera, deve presentare dei *logbook* in cui riporta gli interventi fatti. Ma questi documenti si possono

abbastanza “massaggiare”. Lo dico sulla base di racconti di chirurghi tedeschi. Ci sono i Professoroni quindi, ma c’è anche spazio per gli stranieri. Conosco un paio di italiani che sono Primari. Però le magagne avvengono anche lì, se ricordate il racconto della clinica di Recklinghausen che vi ho fatto nelle pagine dedicate al chirurgo olandese Haan Kuiypers.

Klaus Matzel, della famosa Università di Erlangen, era comunque un quarantenne molto serio e preparato quando divenne segretario del *Board* europeo di colonproctologia chirurgica, quello fondato da Nicholls e che aveva tra i membri pezzi grossi della chirurgia coloretale europea, come Parc, Pahlman, O’Connell, Lehur, Herold, Devesa, Myrvold e, immeritadamente, il sottoscritto. Il nostro compito era quello di esaminare dei chirurghi europei, in genere colleghi fra i trenta e i quaranta, alcuni già affermati nei loro Paesi (ricordo Selvaggi e Roche) e conferire ai meritevoli il titolo EBSQ, diploma europeo in colonproctologia chirurgica. Un po’ sulla falsariga del FRCS dei britannici. Col quale si auspicava fosse più facile muoversi in Europa e avere incarichi clinici adeguati. Fu un successo solo per metà, ma gli esami erano una cosa serissima.

Ebbene, Klaus Matzel era il perno esecutivo di tutta l’iniziativa. Devo ammettere che la volta in cui lo incontrai più volentieri, fu quando mi comunicò che il *Board* aveva deciso di finanziare le trasferte degli esaminatori nelle varie città europee, così seppi che potevo recuperare un po’ dei soldi che avevo speso.

La gestione dei fondi era SERISSIMA. Ricordo che una volta gli esami si svolsero a Bologna e a me, in quanto membro italiano, fu

chiesto di suggerire un ristorante dove i componenti del *Board* avrebbero cenato alla fine degli esami. Me ne feci consigliare uno dai colleghi bolognesi e lì andammo. Eravamo una decina, ma si aggiunsero tre pezzi grossi della chirurgia coloretale che non facevano parte del *Board*, però erano comunque amici dei suoi componenti. Mangiammo meravigliosamente e alla fine mi chiesero di far venire il conto. Quando arrivò il foglio, io sinceramente davo per scontato che quei tre che si erano aggiunti fossero “nostri” ospiti. Invece Matzel, segretario, e Pahlman, Vice-capo di Nicholls (che non c’era) esclusero subito dal conteggio i tre amici-chirurghi aggiunti, i quali del resto avevano già preparato la loro somma *cash*. Dico la verità, fui contemporaneamente deluso e ammirato per questo “rigore” e capii cosa vuol dire rispettare le regole. Che non è, come sappiamo, una tipica caratteristica di noi italiani.

Torniamo a Klaus Matzel. Era un bravo chirurgo? Non lo so, non l’ho mai visto operare... “Ma allora perché lo hai messo tra i *big?*” qualcuno dei lettori mi potrebbe chiedere.

Beh...risponderei così: perché aveva un incarico importante nel Board Europeo e perché ha pubblicato degli ottimi lavori ed ha anche descritto per primo una terapia molto importante. E l’ ha descritta su una rivista al *top* come Il *Lancet*, intorno al 2000.

Mi riferisco alla NEUROMODULAZIONE SACRALE per la cura dell’incontinenza fecale. Una metodica che poi ha avuto, negli anni, il cammino inverso di altre costose *innovations* (alcune trattate nel capitolo precedente) ovvero non è affatto tramontata, ma si è rivelata sempre più efficace e diffusa. La cosa “singolare” è che la neuro modulazione sacrale è stata poi

sperimentata (come fosse una miracolosa panacea) su un gran numero di patologie, tra cui perfino la rettocolite ulcerosa. Su cui non ha avuto alcun effetto.

Poco dopo il 2000 e sempre sul *Lancet*, Matzel ha anche descritto effetti positivi della neuromodulazione su certe forme di stitichezza. Questa volta però non si trattava di una vera novità. Infatti, circa 20 anni prima, nel 1982, era uscito un libro della *Raven Press* edito da un altro tedesco, Martin Wienbeck. Con un capitolo in cui degli italiani dell'Università Cattolica di Roma, chirurghi, neurochirurghi e radiologi, pubblicavano il *pattern* elettromanometrico del sigma (comparsa di onde peristaltiche) e la velocizzazione dei tempi di transito intestinali. Ciò avveniva dopo che un *pace-maker* sacrale, posizionato dai neurochirurghi per dolore pelvi-perineale, veniva acceso da colui che effettuava la elettromanometria del rettosigma (che ero poi io, primo nome del lavoro sopra citato). Sì, vedevo una serie di onde pressorie e di *bursts* elettrici in sequenza peristaltica, come quelli osservati nel tenue nel *migrating motor complex*. Ricordate? Quel *complex complex* di David Wingate, scoperto dal russo Boldyreff. E, cosa più importante, il paziente sentiva bisogno di defecare.

Purtroppo, il libro della *Raven Press* non fu indexato e Matzel, in buona fede, pensò di essere stato lui il primo. Strano che non l'abbia avuto tra le mani perchè il libro era edito da un tedesco. Ricordo che presentai il lavoro al congresso mondiale della motilità gastrointestinale a Koenigstein. Per chi è curioso di leggerlo, si trova sul mio sito [www.ucp-club.it](http://www.ucp-club.it).

Da allora, quando insegno ai giovani come condurre una ricerca e dove pubblicarla, mi raccomando sempre che lo facciano su una

rivista INDEXATA, in modo che l'articolo compaia su Medline e abbia visibilità in tutto il mondo.

Torniamo a Klaus Matzel, che comunque fu bravo a scrivere gli articoli di cui sopra. Diversi italiani, ad esempio Donato Altomare per l'incontinenza e Ezio Falletto per la stipsi, hanno ottimamente scritto (anche su *Techniques*) su questa metodica. Matzel, oltre a "editare" con altri il librone europeo di colonproctologia, scrisse altri importanti lavori su diversi argomenti. Quello che più mi colpì fu uno sul *Br J Surg* in cui si studiava il rapporto tra l'anoretto e il cervello. Rapporto che alcuni colleghi trascurano nei malati di proctalgia e lesioni anali. Stimoli tattili e dolorifici, somministrati all'anoretto di volontari, fanno accendere delle precise aree alla RMN dinamica del cervello. Speriamo che presto vengano pubblicate le implicazioni cliniche di questi studi.

## PHILLIPS

Robin Phillips è un tipo calmo e paffuto, che solo una volta in tre decenni vidi arrabbiarsi “di brutto”. Fu quando, a un convegno, un italiano gli contestò che la sua “messa-a-piatto” delle fistole anali alte dava incontinenza fecale.

Per il resto era uno placido e calmo, ma anche capace di battute pungenti, come quando a un congresso in Spagna disse che, negli ascessi e nelle fistole, l’ecografia transanale serviva solo a SCRIVERE LAVORI (chissà se Aldo Infantino e Giulio Santoro sono d’accordo, io non tanto...) e che il chirurgo si doveva basare sulla RMN. Eppure il suo ecografista era il bravissimo Clive Bartram.

Robin era il più giovane dei *Consultants* del vecchio St Mark’s Hospital (quello a City Road che poi si trasferì a Northwick Park)

ed era già allora un bravo chirurgo. Io lo conobbi a Napoli, in un Convegno a Castel dell'Ovo.

Lì stavo da bambino, su Borgo Marinaro. Vedevo la città dal mare.

Ha scritto, insieme a Lunniss, quello che io ritengo essere il MIGLIOR LIBRO SULLE FISTOLE ANALI. Non è recentissimo, la prima edizione è del 1996, ma vi consiglio di consultarlo. *Anal fistula. Surgical Evaluation and management. Chapman & Hall, London.* Fu Phillips, e non il thailandese Rojanasakul, l'inventore del LIFT, "legatura intersfinterica del tratto fistoloso". L'orientale fu quello che lo rese popolare nel mondo pubblicandolo anche su *Techniques*, parlandone in decine di congressi e raggiungendo degli ottimi risultati.

Fu Robin che nel suo libro scrisse la sacrosanta frase che "un po' di incontinenza anale è un giusto prezzo da pagare per guarire un paziente da una fistola complessa". Ricordo che per fistola complessa si intende una fistola o recidiva o trans sfinterica alta o con tramiti molteplici.

Agli inizi della carriera ha firmato importanti articoli sul cancro del retto e nel 2000 pubblicò sul *Lancet* un articolo che fece molto scalpore sulla proctalgia dopo PPH per emorroidi. La Ethicon aveva ovviamente interesse che il nuovo intervento di emorroidopessi con *stapler* prendesse piede nel "Tempio della Chirurgia Coloretale" e cioè a St Mark's Hospital.

Robin Philips dunque si lasciò convincere a far partire un *trial* prospettico randomizzato e controllato sulla PPH confrontata con la Milligan-Morgan. Studio che fu poi pubblicato anche da altri,

per esempio dallo spagnolo Ortiz e dall'inglese Cheetham con Mike Kamm su *Dis Colon Rectum*.

Senonchè accadde che, nel gruppo dei pazienti trattati da Phillips con la PPH, si verificarono casi con proctalgia severa, con dei dolori così intensi da dover interrompere il *trial*. Qual'era il motivo di questa complicanza? Phillips coinvolse anche altri chirurghi, come Mortensen e Nystrom, per cercare di capirlo. Ma la vera e certa causa non fu trovata. Tuttavia, poiché l'articolo relativo alla interruzione del *trial* fu pubblicato sul *Lancet*, rivista molto importante e molto letta, la cosa fece scalpore. Il caso volle che, nello stesso anno e sulla stessa rivista, comparisse un altro articolo anti-PPH, che descriveva una sepsi pelvica che aveva resa necessaria una colostomia escludente e uno invece favorevole, un trial prospettico inglese che dimostrava esservi meno dolore dopo PPH rispetto alla emorroidectomia convenzionale.

In conclusione comunque, dopo l'articolo di Phillips, la PPH non prese piede al *St Mark's Hospital*, dove, in tema di emorroidi, l'unica novità fu che, invece che impiegare la classica Miligan-Morgan, si adottò la emorroidectomia diatermica, eseguita con elettrobisturi e senza legatura del peduncolo. Molti pensano sia stata ideata da Robin Phillips, ma in realtà era stata inventata molti anni prima dal proctologo spagnolo Lentini, un tipo pittoresco che conobbi negli anni ottanta. Quando andava a un congresso, Lentini, titolare di una piccola clinica proctologica in Spagna, si teneva dei giorni liberi per visitare posti interessanti in località limitrofe, su cui poi scriveva e disegnava.

Da allora, a torto o a ragione, Robin Phillips fu ritenuto un chirurgo ostile o quanto meno critico nei confronti delle

*innovations* proctologiche della Ethicon . Forse per questo, dopo che Boccasanta e i cosiddetti “pionieri della STARR”, pubblicarono il primo lavoro su questa metodica nei pazienti con stipsi da ostruita defecazione (*Dis Colon Rectum* 2004), l’*Editor-in-Chief* della rivista americana chiese a Robin di scrivere un *invited commentary*. Nel quale, per criticare la nuova metodica, Phillips scrisse che “fare una resezione del retto per stipsi era come fare una resezione polmonare per asma”. Tuttavia, troviamo Phillips tra gli autori di un articolo sulla STARR primo nome Farouk, pubblicato nel 2009 su *Ann R Coll Surg Engl*. Un bravo chirurgo inglese , David Jayne, pur avendola citato la STARR su *Br J Surg* come il “tipico esempio di una tecnica adottata nella pratica clinica prima di adeguati *trials*”, promosse, con Lenisa, Schwandner e altri, il Registro Europeo della STARR, pubblicando i primi risultati su *Colorect Dis* nel 2009..

Ma le bordate dal *St Mark’s Hospital* non erano ancora finite, perché cinque anni dopo, nel 2009 Robin Phillips pubblicò su *Dis Colon Rectum* un articolo dal titolo:” *Stapled obliteration of the rectal lumen after PPH*”. Come può avvenire una tale complicanza? Ce lo suggerisce, nel 2007 su *Techniques*, l’inglese Shorthouse, che ebbe un caso simile. Può accadere che, nel retto, a causa di una intussuscezione, al chirurgo che opera per via transanale appaia come un “secondo lume” , dovuto alla discesa verso il basso di una porzione della parete rettale. Questo può generare una confusione anatomica e indurre a eseguire in posizione errata la borsa di tabacco.

Come scrisse un autore tedesco nel titolo di un suo lavoro sulla emorroidopessi con stapler... “*Learnin by doing*”... ovvero si

impara facendo. Eppure, al dottor Cipriani dell'Ospedale di Albano Laziale, capitò di chiudere il retto alla CENTESIMA PPH che eseguiva nella sua carriera. Era dunque un esperto della metodica, per lui il *learning by doing* era ormai superato. L'anziano paziente si occluse, iniziò ad avere vomito fecaloide e quasi stava per subire una colostomia, quando si riuscì, con un intervento transanale, dopo averla dilatata con degli Hegar, a "liberare" la stenosi serrata del retto dai punti metallici della *stapler*. Il caso fu poi pubblicato su *Colorectal Diseases* nel 2006. Tre anni prima di quello descritto da Robin Phillips.

Ricordo che, al *St Mark's*, Sir Alan Parks, davanti ai miei occhi, aprì inavvertitamente il retto con un colpo di forbici nel fare una plicatura posteriore dei muscoli del pavimento pelvico. L'intervento l'aveva inventato lui e ne aveva fatti più di cento. Ebbene.. GLI CAPITO'. Questo dimostra che, quando operiamo, dobbiamo stare attenti SEMPRE. E che, come dicevo io a mio figlio per anni tornando a casa la sera..."la chirurgia è un mestieraccio". Tant'è vero che lui, dopo essersi laureato in medicina, ha scelto di fare il radiologo.

## HAWLEY

I lettori di questo libretto, i lettori più avanti con l'età, sono quasi certo che si ricorderanno di Peter Hawley, perché è venuto più volte in Italia negli anni '80 ai nostri Congressi.

E' uno degli storici *Consultants* del St Marks Hospital di Londra. C'era una certa rivalità, ricordo, tra Parks e Hawley, ma sta di fatto che, quando Sir Alan doveva lasciare Londra per qualche giorno, magari per andare a un congresso, i suoi malati operati li lasciava a Hawley e a nessun altro, perché sapeva che era uno molto bravo.

Era forse il più silenzioso tra i *Consultant* dell'Ospedale, aveva degli allievi italiani e si faceva aiutare spesso in casa di cura, alla *London Clinic*, dal mio vecchio amico Marco Pinna Pintor.

Ottimo, veramente ottimo chirurgo, aveva una caratteristica che lo distingueva dagli altri suoi colleghi, dagli altri primari del *SMH*: era in grado di fare bene (e gli piaceva) tutta la chirurgia dell'apparato digerente. Se un tumore del colon era attaccato allo stomaco, lui era in grado di fare perfettamente una resezione gastrica. Se c'erano metastasi epatiche lui le asportava. In questo senso ricordava Goligher, che non si limitava, qualora ce ne fosse bisogno, a operare su colon, retto e ano.

Era alto e magro. Molto *british*, cioè pacato e riservato. Ma certamente gentile.

Ricordo che quando andai per la prima volta al *SMH* a fare un *Postgraduate Course* di tre mesi (avrò avuto 27-28 anni), ero lì da pochi giorni quando mi chiese di lavarmi e partecipare a un suo intervento come aiuto. Al *St Mark's*, come nel resto dell'Inghilterra, almeno... dove sono entrato in sala operatoria, a Sheffield, a Birmingham e così via in altre città, l'aiuto non fa come nella Clinica Chirurgica del Policlinico Gemelli, il mio posto di lavoro abituale, dove a volte diventa un vero e proprio secondo operatore. No. Lì si limita a fare il minimo indispensabile. Una delle mansioni più banali dell'aiuto in Inghilterra (e altrove) è di tagliare il filo dopo che l'operatore ha fatto il nodo. La qual cosa capitò dopo pochi minuti che stavo "aiutando" Peter Hawley. Fatto il nodo mi disse: "Cut" ovvero "Taglia". E mentre io avvicinavo al filo sopra al nodo la punta delle forbici, aggiunse: "Three quarters of an inch" "Tre quarti di pollice". A quel punto ebbi una breve paralisi e pensai "Quant'è un *inch*?". Da qualche parte in passato l'avevo letto, ma di certo in quel momento non me lo ricordavo. (leggo ora sul vocabolario d'inglese che è 2.5

cm...). Eppure quel maledetto filo dovevo pur tagliarlo. E anche subito. Allora pensai “io lo taglio come si fa da noi a Roma, speriamo che vada bene”. E così feci, ma col timore di essere rimproverato e fare la mia prima brutta figura a Londra. Invece Hawley non disse nulla. Evidentemente andava bene.

Peter Hawley aveva poi un modo tutto suo di fare le resezioni anteriori ultrabasse per cancro del retto. Non usava lo *stapler*, che all’epoca era agli albori, faceva tutto a mano. Eravamo più o meno nel 1976. Quando si trattava di anastomizzare il colon residuo al profondissimo moncone rettale, prima tamponava il moncone con una dose abbondante di Betadine (appresi lì che oltre a essere un disinfettante, era anche un citostatico) poi passava tutti i punti, 15-20, dal colon al retto, pinzati con delle Kelly (sutura a punti staccati) e poi li legava personalmente uno ad uno. C’era quindi una fase dell’intervento in cui si vedeva questa ragnatela di fili, che ovviamente non dovevano ingarbugliarsi fra loro. E io, quando osservavo questa manovra, mi meravigliavo sempre che tutto alla fine venisse perfettamente bene.

I primi studi sperimentali che pubblicò Hawley furono appunto sulla tenuta delle anastomosi. Se ne facevano di diversi tipi, poi si sacrificava l’animale e poi si tagliava quel segmento di intestino in cui era stata fatta l’anastomosi, lo si metteva in una apparecchiatura particolare e si misurava la cosiddetta *bursting pressure*, cioè la pressione pneumatica alla quale l’anastomosi si “rompeva”.

Pubblicò abbastanza anche sulla ragade anale. La sfinterotomia per ragade va fatta lateralmente e non posteriormente, perché

nella parte posteriore del complesso “sfintere interno-sfintere esterno”, essendo l’esterno più un anello longitudinale ovvero verticale e l’interno un anello più trasversale ovvero orizzontale, posteriormente dicevo...vi è uno spazio di minore resistenza, mentre lateralmente i due sfinteri sono intimamente addossati l’uno all’altro. Ecco perché la sfinterotomia interna va fatta laterale, perché facendola posteriore si hanno maggiori rischi di incontinenza.

Per finire non dimenticherò mai un giorno in cui mi affacciai in sala operatoria e, davanti ad una paziente in posizione litotomica, che poi seppi essere una ancora stitica dopo colectomia + IRA, vidi Mr Hawley che, rosso in viso, non so se per lo sforzo o per la paura, tagliava con tutte le sue forze, nella parte posteriore, il muscolo puborettale. Il motivo? Il dottor Preston, giovane gastroenterologo aiuto del famoso Lennard Jones, aveva, in quella paziente, fatto diagnosi di ANISMO. In quel periodo, al *St Mark’s*, si erano inventati e stavano clinicamente (o dovrei dire “cinicamente”?) sperimentando il cosiddetto intervento di Wasserman, sezione totale posteriore del muscolo puborettale per anismo. Intervento che poi non fecero più e non fece più nessuno, perché in un articolo avevano trovato che troppi pazienti col puborettale sezionato avevano incontinenza fecale. Figuratevi poi dopo una ileo retto-anastomosi, col chimo pronto a rovesciarsi nel retto. Eppure quella donna, dopo la colectomia era ancora stitica.

Forse era “stitica in testa” e sarebbe stato interessante farle i *test* dell’ansia e della depressione per vedere se aveva una stipsi

psicosomatica.

Ma erano finezze allora sconosciute.

*E con questo il libretto è finito. Spero che lo abbiate letto volentieri e non vi abbia stancato. Ma non credo, perché ho cercato di inserire anche storie divertenti sui personaggi di cui ho raccontato. Vi chiedo scusa se ho dovuto parlare anche di me, d'altra parte ero io ad interagire con loro. Se vi è venuto in mente qualcuno o qualcosa da approfondire e contattarmi, vi dò il mio cellulare, che è 339 11 40 413 e la mia e-mail, che è [ucpclub@virgilio.it](mailto:ucpclub@virgilio.it).*

*Un cordiale saluto*

*Mario Pescatori*















































































































































































