

STORIA DELL'ERNIA INGUINALE

Chi si proponga di tracciare la storia dell'evoluzione della chirurgia attraverso i secoli e ricerchi quindi notizie al riguardo degli interventi che chi trovano nei libri degli scrittori antichi, constaterà come esista un notevole divario, tra le indicazioni teoriche di interventi chirurgici e quella che può essere stata la loro esecuzione.

Quanto detto appare ancor più evidente nell'esaminare il lungo cammino, costellato da qualche felice intuizione, ma da innumerevoli cadute penose, percorso dal chirurgo attraverso i secoli, alla volta della soluzione dell'ernia inguinale.

Ad accrescere la confusione, sta il fatto che, e in questo siamo d'accordo con Premuda, "lo scrittore di medicina assai di rado si cimenta nell'atto chirurgico, e l'operatore era perlopiù alieno dallo scrivere.....": i corsi e ricorsi storici di crociata memoria sono qui fin troppo evidenti.

Sull'origine dell'ernia inguinale si è ventilata un'affascinante ipotesi di tipo filogenetico: durante l'impervio percorso compiuto dall'uomo dalla situazione quadrupede (il cercopiteco) alla stazione eretta, alla volta della conquista del pianeta, la forza di gravità operata inizialmente sui quadranti centrali dell'addome intorno all'ombelico, si sarebbe progressivamente spostata verso le regioni inguininali, laddove minore è la resistenza opposta alla pressione addominale e quindi maggiore la possibilità dell'ernia.

La stazione eretta fu raggiunta, il pianeta conquistato, ma cominciò a comparire l'ernia: e la stirpe degli empirici, cerusici, dei periodeutai e infine dei chirurghi, ebbe di che sbizzarrirsi.

Ernia è la locuzione di origine greca, che significa germoglio, che sboccia da un ceppo. Si parlò anche di "ruptura" e "crepatura", in latino.

La nostra storia comincia nel "De Epidemie" di Ippocrate, ove è scritto: ".....quelle nella regione inguinale di solito arrecano pochi disturbi, ma quelle che hanno la loro sede a destra e sopra l'ombelico, causano dolori, senso di malessere e vomito stercoraceo come nel caso di Pittaco: queste ernie possono derivare da un urto, da una tensione dei muscoli o dal fatto che qualcuno sia montato sull'addome".

Ed ancora nelle Epidemie descrive, inconsapevolmente, per la prima volta una probabile ernia incarcerata: ".....vomito frequente, la malata non è in grado di tenere nessun nutrimento, nemmeno liquido, dolori negli ipocondri e nella parte inferiore dell'addome, attacchi di dolori lancinanti, senso di calore, le estremità fredde, malessere, insonnia, orina scarsa, limpida, feci quasi liquide e scarse, non le giovò alcuna cura". Nel "De Affectionibus", si suggerisce in casi consimili, addirittura un'insufflazione colica transanale e un successivo clistere: "...si pratica tosto un clistere: se il malato trattiene il clistere avviene la defecazione e la guarigione".

La prima vera descrizione però, di un'ernia incarcerata la dobbiamo a Celio Aureliano, che la descrisse in Pressagora di Co. Di maggiore interesse chirurgico nell'ambito della medicina romana, sono le descrizioni di Celso, (I Sec), nel libro VII di "De Medicina": "...avviene allora che per qualche percossa o per aver troppo trattenuto il respiro o sotto un carico grave, si rompa la membrana interna dell'addome, o peritoneo...e ciò avviene specialmente intorno agli inguini...la parete addominale cedevole non contiene più bene gli intestini e distesa da questi faccia un brutto gonfio: se il bubbone è discreto una sola incisione è sufficiente, se piuttosto grosso si praticano due incisioni lineari per asportare il "medium", in altre parole il funicolo, senza aprire lo scroto e toccare il testicolo. Si isolano i vasi, si legano e si tagliano". Ben si comprendono le carenti cognizioni anatomiche del tempo.

Solamente con Galeno (129-199) si ha l'impressione del progresso cognitivo anatomico. Egli rivela una valida conoscenza del canale inguinale nel "De Semine", in questi termini: ".....le arterie e le vene e tutti gli altri visceri che sono contenuti tra le ossa iliache, sono ricoperti da un comune involucro detto peritoneo, che ha un'apertura e un canale che scende ai testicoli". Continua poi descrivendo con chiarezza il muscolo obliquo esterno, e sottolinea l'importanza della componente muscolare e tendinea nell'etiogenesi dell'ernia: "...quando la membrana interna sia ferita o rotta e non guarisca subito si forma in quel luogo un tumore molle. Se ciò avviene nell'inguine si chiama bubonocele, se nell'ombelico, alcuni medici chiamano esonfali coloro che ne sono affetti. Ma nessuna di queste affezioni, riguarda solo il peritoneo; è necessario che sia colpita anche l'appendice nervosa del muscolo: si tratta in realtà di malattie dei muscoli trasversali e ciò di una rottura o dilatazione di quella appendice nervosa che si trova in quel luogo e del peritoneo". Qui

bisogna notare che nel testo di Galeno, nervo e appendice nervosa equivale a tendine o fascia: è chiaro quindi che la definizione della formazione dell'ernia data da Galeno deriva da un'osservazione esatta. In realtà seppure con estrema approssimazione, la medicina romana e latina si è occupata ampiamente del fenomeno ernia: molto confusione deriva dall'uso di una terminologia sempre diversa: secondo Celso, infatti, il nome ernia è poco decoroso anche se spesso usato, e la chiusocela, l'idrocele o ramex, vengono usati per parlare ora di fenomeni uguali, ora di cose diverse. Certo è che gli interventi per ernia già allora facevano la loro brava parte nella pratica quotidiana.

Con Paolo D'Egina (625-690), di scuola bizantina e con Oribase, si propone l'uso del ferrum candes, il cauterio (introdotto probabilmente da Abul Kuasim detto Albucasis) e Paolo descrive: "...un'incisione cutanea inguinale, la divaricazione degli starti sottostanti, la legatura e la sezione del sacco erniario intoto". E' evidente che ciò comporti la legatura consensuale del funicolo.

In seguito gli influssi arabi contagiarono anche i Salernitani, nella figura di Ruggero di Salerno e del suo grande allievo Rolando da Parma (1200), detto dei Capezzuti. Essi indicarono l'ernia con il termine di "ruptura siphac" (siphac è termine arabo che indica il peritoneo), e prevedono che l'operando si collochi con il capo e le spalle abbassati e le gambe sollevate in alto, si che gli intestini discendano verso il petto: non ci si ricorda forse la preconizzazione e l'exasperazione della futura posizione di Trendelenburg (clinico chirurgo a Bonn, 1844-1924)?

Maestro Rolando nella sua "Chirurgia" indica chiaramente il suo procedimento di "incisionem et incensionem" (col cauterio), e la ferma indicazione a sezionare il funicolo; tendenza questa largamente diffusa tra i medici medioevali.

A titolo di cronaca, ricordiamo anche Guy De Chauliac (1300), che ordina, dopo l'intervento cinquanta giorni di riposo assoluto: ci sono voluti quindi quasi sette secoli e chissà quante embolie polmonari per abbreviare da cinquanta ad un giorno la degenza al letto degli operati di ernia inguinale!

Non possiamo nemmeno ignorare Nicolò Falcucci, il Fiorentino (1300), che per primo parlò nel suo "Sermones medicinales octo" di un allargamento del canale inguinale (meatus didymi).

Guglielmo Da saliceto (1215-1280) fondatore della Scuola Chirurgica bolognese, procede alla preparazione del sacco con successiva doppia legatura e recisione e in definitiva alla castrazione.

Così come è interessante il contributo di Guido Lanfranchi (1250-1306) allievo di Guglielmo, esule prima a Lione e poi a Parigi, ove divenne il più insigne Maestro di chirurgia del suo tempo: nella "Chirurgia Magna" egli parla della "relaxatio" piuttosto che della rottura del peritoneo, più frequente circa "umbelicum o in inguine". Dice ancora: "...tu devi conoscere esattamente l'origine di questa malattia e conoscere l'anatomia della regione, affinché tu non commetta errori....molti cadono in gravi errori nelle loro operazioni ma non per questo abbandonano il loro insano modo di agire: quanto meno fanno tanto più osano intraprender tali cure.....".

Lanfranchi consiglia tre tipi d'intervento, di cui il terzo, considerato il migliore dallo stesso Lanfranchi, sarebbe una modifica degli interventi precedentemente e da altri effettuati e da lui (divina inspiratione et gratia) perfezionati: in pratica egli tenta di salvare il testicolo evitando di sezionare il cordone.

Ancora un personaggio del tardo medioevo, Berando o Geraldo di Metz, ha contribuito alla storia dell'ernia, con la creazione del "point dorè": egli propone l'isolamento e la legatura oblitterativa del sacco mediante fili d'oro (altri tempi!).

Degno di nota è anche il capitolo di Berengario da Carpi, nei suoi "Commentaria all'Anatomia di Mondino". Egli per la prima volta, afferma con assoluta sicurezza che l'ernia, della quale la conoscenza e la cura si traggono dall'anatomia, deriva da una dilatazione del peritoneo: una malattia molto speciale, in seguito alla quale, quanto è contenuto nello stesso, può discendere nel sacco testicolare e ciò viene detto ernia. Le ernie intestinali, sono curate chirurgicamente, quando non si possa guarirle con l'applicazione di impiastri e brachieri. Berengario nega che sia possibile la discesa dell'intestino cieco nello scroto e osserva intorno all'etimologia della parola ernia, che secondo alcuni si ritiene che derivi da una parola etrusca che significa colle o rupe, secondo altri dal verbo latino haerere.

Il cinquecento, nel segno della rinascita anatomica, conduce i chirurghi alla maggiore conoscenza morfologica del corpo umano, il cui influsso si riflette positivamente sullo sviluppo della chirurgia.

D'ora in poi, il chirurgo si riprometterà nella conduzione dell'intervento per ernia, la conservazione del testicolo.

Ambrosie Parè (1517-1590), il più grande innovatore della chirurgia francese, non ha apportato grandi contributi alla chirurgia dell'ernia: riprende, modifica e migliora il metodo del point doré e ipotizza l'intervento per ernia inguinale incarcerata.

Acuto e sarcastico, il rilievo di Girolamo Fabrici D'Acquapendente (1533-1619), che nella sua opera "Opera Chirurgica" osserva che "...chirurghi veri sine testium extractione curant", egli infatti, inizia la dissezione del funicolo e separa i vasi spermatici del sacco che, oblitera con fili d'oro (seguendo così il Parè), realizzando la cosiddetta sutura reale, così denominata perché non compromettendo la funzione delle gonadi, consentiva la procreazione e la conservazione dei sudditi del re.

Della stessa epoca è un personaggio di grande rilievo, almeno per le memorie iconografiche tramandateci: Caspar Stromayr, di cui si ignorano altri dati anagrafici. A Lindau, nel 1559, il chirurgo-oculista tedesco, inizia la stesura di un libro illustrato sulla eziogenesi, la morfologia e il trattamento delle ernie, cui dà il titolo di "Pratica copiosa von dem Rechten Grundt des Bruch Schnidts: l'opera reterà incompiuta.

Lo Stromayr, che si autodefinisce chirurgo e oculista, appartiene alla vasta schiera dei barbieri e dei cerusici: su di loro cadeva il maggior peso dell'assistenza sanitaria.

Il trattamento delle malattie interne era riservato ai medici di formazione accademica, i quali dovevano sovrintendere all'operato di barbieri e chirurghi, levatrici e speciali: quanti internisti di oggi rimpiangono quei tempi? Lo Stromayr annovera tra le ernie anche gli idroceli, i tumori del testicolo, del funicolo spermatico e il prollasso uterino. Il libro parla anche di altri argomenti, ma certo è che la "Pratica" è la prima monografia di una certa estensione giunta sino a noi, e ciò che è ancora più importante, un'intera operazione scorre davanti agli occhi del lettore in tutti i suoi tempi.

Contemporaneo anche il francese Pierre Franco (1506-1578), il cui merito sta nell'aver per primo trattato un'ernia strozzata, e nell'aver così trasmesso a Florentius Vallenis, un empirico, gli insegnamenti per poter felicemente concludere (per primo) un intervento di questo tipo.

Il 600 e gli inizi del 700, non videro grandi progressi e bisogna arrivare a August Gottlieb Richter (1742-1812) illustre trattatista, che nel suo "Trattamento delle ernie", parla dei diversi tipi di strozzamento: lento, infiammatorio, spasmodico e per primo sottolinea l'importanza della chiusura del colletto oltre alla chiusura del sacco.

Nella stessa epoca, il Nessi (1778-1821), com'asco, professore di ostetricia a Padova, propugna i metodi non chirurgici di cura, quali i bracheri, elastici e non elastici. Si suggerisce insomma, l'uso dei cinti, in prima istanza, visto il fallimento della maggior parte degli interventi: e siamo alla fine del 700...non ci meravigliamo troppo, se pensiamo che ai giorni nostri c'è ancora qualcuno che, su autorevoli quotidiani, promette la cura non chirurgica dell'ernia.

Osservazioni anatomiche precise e lucide, ci provengono da Antonio Scarpa, (1752-1832), discepolo del Morgagni e della sua rigorosità scientifica: nelle sue memorie "Memorie sull'ernia", parla dei giusti rapporti tra anello inguinale e sacco erniario, ma conclude consigliando comunque per prima istanza il cinto.

Importante, anche il contributo di Bartolomeo Signoroni, (1796-1844), che incomincia, seppur molto primitivamente a intuire l'importanza di una ricostruzione parietale.

Si inserisce a questo punto, un uomo fondamentale per il successivo sviluppo della chirurgia tutta: Lord Lister, che introduce l'antisepsi. Contemporaneo è l'avvento dell'anestesia, e tutto ciò apre nuovi confini.

Con i tentativi e i contributi di Cloquet, Malgaigne, Czerny, Wood, arriviamo alla notte di Natale del 1884, quando Edoardo Bassini, opera un'ernia inguinale per la prima volta con il metodo che aveva ideato.

Quello che è successo dopo è storia dei nostri giorni: l'intervento di Bassini ha conquistato il mondo: la sua semplicità, la sua anatomicità, i suoi tempi chiari e "fisiologicamente" consecutivi, sono diventati il bagaglio di ogni chirurgo. Qualche modifica è stata proposta, e ricordiamo Mugnai, Ferrari, Postemski, e ancora McVay. Il problema si è progressivamente spostato dalla cura dell'ernia inguinale, alla prevenzione delle sue recidive. e ecco prepotentemente affacciarsi alla ribalta, i chirurghi dello Shouldice Hospital, con il loro ormai notissimo metodo (derivato anch'esso da quello di Bassini) l'avvento delle protesi, dapprima in acciaio o in tantalio, poi in marlex, di mersilene, di PTFE, le cosiddette reti: la prima utilizzata per via anteriore da Usher nel 1958 e poi

da Nyhus, Mahorner, Goss, Reed, Rives, Stoppa, Wantz: tutti nomi che hanno contribuito allo sviluppo del metodo.

La storia degli ultimi anni della riparazione dell'ernia inguinale è stata un tumultuoso avvicinarsi di nuove tecniche, differenti approcci e differenti tipi di protesi. I nomi di Liechtenstein, Gilbert, Trabucco, Amid, pionieri nel campo delle tecniche "open", hanno affiancato i proponenti delle tecniche laparoscopiche, Fitzgibbons, Mec Kernan, Bitter e altri.

Del tutto recentemente, l'introduzione di diversi tipi di reti (riassorbibili, biologiche, composite, parzialmente riassorbibili), insieme con nuovi tipi di ancoraggio delle reti, (colle di fibrina, devices riassorbibili), ha ulteriormente ampliato la gamma delle scelte.

Se si pensa poi, che attualmente sono operanti tre società internazionali, American Hernia Society, European Hernia Society, Asian Pacific Hernia Society, che raggruppano i più grandi esperti internazionali, ben si può comprendere come la chirurgia erniaria, sia diventata una vera e propria super specializzazione e che i chirurghi superspecialisti, siano quindi in grado di adottare una vera e propria chirurgia su misura, una "tailored Surgery" per "confezionare" nella grande varietà anatomico chirurgica delle differenti patologie, la riparazione più adatta al singolo caso.

Il percorso è stato lungo, faticoso e difficile, ma ne valeva la pena: oggi possiamo dire, con buone probabilità di veridicità, al malato di ernia, tu non avrai più l'ernia.