

Il chirurgo, la chirurgia, le nuove tecniche

Che negli ultimi 100 anni la chirurgia sia stata un continuo progresso tecnico è cosa nota e i chirurghi sono ben consapevoli di questo fatto. Ma questi ultimi decenni hanno visto, e stanno vedendo, più che nuove tecniche chirurgiche, l'imporsi della tecnologia avanzata, che per forza di cose crea a sua volta nuove metodologie, non raramente soppiantando, in modo anche radicale, procedimenti ritenuti già validi e soddisfacenti.

Così com'è caratteristica dell'evo contemporaneo, ciò avviene con estrema rapidità, come si dice, in tempo reale, e allora noi siamo quasi travolti da queste innovazioni, siamo indotti a tentarle, ad applicarle, e spesso non abbiamo il tempo e la pazienza di misurarne la portata e prevederne le conseguenze, positive o negative, non soltanto sui risultati desiderati, ma anche come reazione che necessariamente esse provocano sugli operatori e sul loro ambiente.

Per tentare di ragionare un poco su questi concetti, prendiamo per un momento in esame gli estremi del trionfo, disaggregandoli: il chirurgo, la chirurgia, le nuove tecniche.

Il chirurgo

Le parole greche *cheir* ed *ergon* dicono chi è il chirurgo: colui che opera con le mani. Questo non significa che egli rappresenti il famoso braccio della mente di un altro. Tutti sanno che la mano dell'uomo è l'estensione della di lui attività cerebrale e che è proprio la mano a differenziare l'uomo dagli altri animali consimili.

La mano del pianista, la mano del pittore, la mano dello scultore, la mano del Creatore nella Cappella Sistina, la mano del chirurgo.

Nell'epoca del tecnicismo, oggi può sembrare retorico continuare ad assimilare l'opera del chirurgo a quella dell'artista, ma in effetti esiste sempre alla base del di lui lavoro manuale un'intensa attività mentale, anche quando l'atto chirurgico sembra scontato e abitudinario.

La fantasia, l'immaginazione, il ragionamento sono sempre il substrato, la premessa indispensabile a fare un buon chirurgo, anche se non sufficiente, perché è altrettanto indispensabile l'abilità e la destrezza manuale, tecnica.

Theodor Billroth nel 1888 scriveva che il chirurgo dovrebbe riunire in sé la natura dionisiaca e quella apollinea, perché come ogni artista, è in una condizione d'animo, «dionisiaca» appunto, nel momento in cui concepisce l'opera, ma, quando vuol dare espressione a quello stato d'animo, deve avere completamente il dominio della sua tecnica.

Questi sono attributi, che possono anche sembrare teorici, filosofici, lontani dalla realtà.

Ma esistono altri attributi, altre condizioni che tutto sommato fanno la qualità del chirurgo e che forse costituiscono quello che si potrebbe sintetizzare in un termine oggi obsoleto e fuori moda: la vocazione. Abbiamo tutti conosciuto «chirurghi» che non amavano operare e tutte le scuse erano buone per non entrare in sala operatoria.

Perché bisogna anche provare piacere ad operare, quasi un piacere fisico. Questa realtà fa enunciare spesso agli psichiatri strane ed opinabili teorie sul perché uno decida di fare il chirurgo.

Sono queste ovviamente e generalmente deformazioni ed esasperazioni delle riflessioni psichiatriche, ma non v'è dubbio che esista una sensualità chirurgica, che è quella di toccare con mano ciò che si è studiato sui libri, ciò che si è imparato a scuola, ciò che si è immaginato, ciò che etc., etc.

È il piacere del riscontro anatomico, il piacere di tessere la tela proprio così come l'avevamo disegnata: i sensi del chirurgo.

Piacere, spesso anche ambizione nel senso più nobile della parola. Ma niente di tutto ciò senza il coraggio. Il chirurgo dev'essere uno che si preoccupa, che conosce anche la paura, perché è sempre conscio di avere nelle mani un suo simile. Il coraggio del chirurgo è proprio quello di osare quanto più è possibile, mantenendo ben presente l'uomo che ha davanti.

Il chirurgo è un medico che cura con le mani, ma anche con il cervello e con il cuore. L'obiettivo è la guarigione del paziente attraverso un atto che dev'essere necessario e utile, a costo di essere difficile. Il concetto di coraggio è fondamentalmente un concetto di etica chirurgica. Il chirurgo è sempre uno scienziato, perché osserva, cataloga, interpreta.

E deve essere sempre un maestro, affinché altri imparino e tramandino questa scienza in continua progressione.

La chirurgia

Da quando la chirurgia era la cura manuale delle lesioni esterne in alternativa alla ben più nobile medicina interna è passata molta acqua sotto i ponti. La chirurgia, oltre che un'arte è diventata una scienza, e anche una scienza molto complessa, che è progredita velocemente. Essa è diventata parte integrante e indispensabile della scienza medica, ed è giusto che la laurea sia rimasta con la duplice denominazione,

medicina e chirurgia, proprio per sottolineare l'indispensabilità della chirurgia nella formazione del medico. La chirurgia ha assunto questa posizione avanzata dal momento in cui il pragmatismo dell'arte manuale ha dato realtà alle teorie della biologia, della fisiologia, della biochimica, della stessa anatomia, e così via, e d'altra parte tale pragmatismo è stato vivificato e reso sempre più teleologicamente orientato dal massiccio convogliarsi di tutte le discipline, nessuna esclusa, nell'esplicazione dell'attività chirurgica.

La chirurgia in realtà è diventata una scienza multidisciplinare ed è a ciò che si deve il suo spettacolare progresso e la sua indispensabilità nel quadro generale degli studi medici.

Nel momento in cui il carisma del chirurgo, l'immaginazione, la fantasia, l'intelligenza, la tecnica, si sono fusi con la conoscenza, fenomeno oggi ancora in continua espansione, è scaturita la scintilla che ha dato alla chirurgia le caratteristiche che oggi noi sappiamo e che lascia supporre sviluppi addirittura imprevedibili.

Questo connubio ha fatto sì che la chirurgia diventasse un grande campo di studio, tanto da assumere le connotazioni di una materia generale di raccordo fra campi diversi. Ma la progressiva estensione e il continuo approfondimento nei vari settori ha creato e sta creando un fenomeno inverso: la specializzazione.

Non v'è dubbio che questa sia una conseguenza ineluttabile; forse nemmeno negativa, purché non si perda il senso della chirurgia generale. Cioè del disegno che rende comunque unitaria la materia chirurgica, collegando i vari settori senza tuttavia disperderli.

Chè se ciò avvenisse, e in realtà quando ciò avviene, è facile rendere settoriale la materia e ciò è evento negativo per la perdita di quella visione d'insieme multidisciplinare, che ha costituito il vero lievito della chirurgia generale modernamente intesa.

Per salvaguardare questo concetto d'insieme, è necessario uno sforzo notevole, a vari livelli.

E' dal connubio carisma chirurgico e conoscenza che scaturiscono le nuove tecniche e lo sviluppo tecnologico in ambito chirurgico ma questo rischia di essere un ulteriore stimolo alla superspecializzazione.

Le nuove tecniche

Nuove tecniche - nuove tecnologie: non sono la stessa cosa. Le prime nascono dal chirurgo: dalla sua esperienza, dalla sua fantasia, dagli studi di fisiopatologia, dalla sperimentazione.

Le seconde generalmente sono una conseguenza delle prime, ma spesso esse nascono al di fuori della chirurgia e sono applicate a questa in virtù di momenti, esigenze e situazioni diverse.

Il chirurgo è abituato alle novità: ogni paziente è diverso dall'altro, ogni chirurgo è diverso dall'altro, ogni intervento ha sempre qualcosa di nuovo e di originale. È provato che l'eccessiva ripetitività stanca il chirurgo e può generare l'errore. La varietà, le novità, i cambiamenti stimolano l'attenzione del chirurgo e quindi la sua validità operativa.

Il chirurgo rinnova e aggiorna continuamente la sua tecnica in rapporto al crescere della sua esperienza, in rapporto alle acquisizioni in termini di patogenesi e di fisiopatologia, in rapporto alla disponibilità di nuovi materiali e di nuovi strumenti. L'applicazione di nuove tecniche comporta sempre un travaglio speculativo, una sperimentazione, un collaudo sul paziente con non sempre facili problemi di etica e di consenso informato. La nuova tecnica necessita di conferma sulla sua validità sia in termini di studi controllati sia in termini di confronto in sede congressuale.

Molte tecniche, molti procedimenti chirurgici sono apparsi alla ribalta, non per tutti è stata confermata la validità, molti hanno ormai soltanto valore storico e speculativo.

Generalmente una nuova tecnica crea la terapia chirurgica, una nuova terapia chirurgica, di un processo patologico trattato fin allora in modo diverso. Oppure una nuova tecnica determina risultati superiori rispetto alle precedenti o un'alternativa.

Talora nuove tecniche portano a ideare nuovi strumenti, nuove apparecchiature e viceversa talvolta sono queste nuove apparecchiature, nate magari in un laboratorio sperimentale, a influire sulla tecnica chirurgica determinandone varianti o addirittura procedimenti del tutto nuovi.

Siamo così arrivati al punto delle nuove tecnologie. Esistono due definizioni di tecnologia, se si scartabellano i dizionari. La prima più nobile: «la scienza che si occupa delle regole pratiche delle varie arti, scienze e professioni e dei loro perfezionamenti successivi». La seconda meno idealistica, ma più attinente alla realtà moderna: «studio dei procedimenti e delle attrezzature necessarie per la trasformazione di una data materia prima in un prodotto industriale».

Nella prima definizione v'è il concetto di arte e dei modi atti a perfezionarla, nella seconda prevale il concetto dell'utilizzazione pratica della materia prima e del profitto che ne consegue.

In poche parole un punto di sutura può essere perfezionato dalla tecnologia sì da ottenere un prodotto finito migliore e contemporaneamente lo stesso punto di sutura può rappresentare la materia prima atta ad essere trasformata in prodotto industriale.

Il business della tecnologia biomedicale; fenomeno estremamente importante da tanti punti di vista. Positivi e negativi.

Positivi: lo stimolo alla sperimentazione, la spinta a migliorare le tecniche a disposizione, l'inserimento del chirurgo in trials per lo più internazionali, il supporto anche economico ad una serie di iniziative che facilitano la ricerca, l'insegnamento e la diffusione stessa dell'arte chirurgica: i congressi, gli aggiornamenti, gli stages, il training chirurgico.

Gli aspetti negativi: sono la forzatura di ciò che di positivo ho appena finito di mettere in luce. In modo particolare l'eccesso di stimolo. Il verbo «*pressare*» in italiano oltre ad altri significati ha anche quello di «incalzare o sollecitare in modo continuo ed insistente» e l'aggettivo «*pressante*» comporta anche il concetto di urgenza. Come in inglese del resto: «*pressing business*» è un affare urgente.

La tecnologia può diventare pressante nei confronti del chirurgo, che può essere sollecitato facendo leva sul suo istinto di provare l'avventura, di applicare le novità, di essere moderno e aggiornato.

Fare leva sulla sua tendenza alla competitività: non essere da meno degli altri, fare presto, fare prima degli altri. Fare leva ancora sul desiderio di migliorare la posizione professionale. Anche la stampa talora è coinvolta: tempo fa su un quotidiano a grande tiratura è comparso un articolo che si riferiva alla colecistectomia video-laparoscopica, che era titolato «*oplà e il calcolo se ne va*». Aspetti negativi. Per fortuna ampiamente neutralizzati da ciò che veramente le nuove tecnologie esprimono e cioè il progresso.

Ma esiste ancora un aspetto che deve essere considerato, che può insidiare ciò che di nuovo emerge nel mondo chirurgico, soprattutto nella sfera delle tecnologie avanzate e non solo nel mondo chirurgico: la politica. In una recente raccolta di articoli del giornalista Giovanni Ansaldo, un elzeviro del 1934 racconta il colera a Genova del 1854. Esistevano allora due partiti, i «contagionisti» e gli «anticontagionisti». I primi, racconta Ansaldo, «tenevano fermo il vecchio insegnamento, essere il colera un morbo di origine asiatica, trasmissibile per contagio, cioè per contatto diretto o indiretto dell'ammalato con il sano..... Come si trasmettesse, per quali tramiti, per quali contaminazioni dell'organismo, essi non sapevano, ché Pasteur, in quegli anni, era ancora studente...

Gli altri, gli anticontagionisti, negavano che il colera si trasmettesse per contagio. Per essi il colera era una malattia endemica che si produceva in determinati individui in seguito a disordini alimentari e stravizi, negli sbevazzamenti dell'osteria e nelle mangiate disordinate.

I contagionisti, come erano dei tradizionalisti nella scienza così tiravano ad essere dei reazionari, o almeno dei conservatori, in tutto il resto.

La loro predicazione, che per difendere un paese dal colera bisognasse sbarrare i confini, quadrava assai bene con tutto il sistema della politica dei governi assoluti del tempo, che mirava a staccare gli Stati l'uno dall'altro, a rendere più difficile possibile il passaggio delle frontiere a uomini, a libri, a idee. Essi temevano non soltanto il contagio del colera, ma anche altri contagi, specie quelli delle parole ardenti e dei propositi audaci. Non per niente in quei frangenti del 1854 i due stati più severi nelle quarantene erano l'Impero di Russia e il Regno di Napoli e i due contagionisti più sicuri e consequenziari erano lo Zar Nicola I e il Re Borbone.

Gli anticontagionisti, continua Ansaldo, erano tutti partigiani convinti del libero scambio, assertori dell'utilità delle comunicazioni rapide tra paese e paese, gente che faceva voti perché tutto, uomini e libri, idee e formule, passassero il più presto possibile le frontiere.

Gli stessi rimedi che essi preconizzavano per prevenire il colera, sapevano molto di illuminismo e di «progressismo»: sfondare le vecchie città, abbattere gli antichi quartieri, insegnare alla gente a lavarsi e purgarsi puntualmente. Perché tutte queste cose essi le credevano contrarie al colera ma anche ben combinantisti coi loro gusti e coi loro umori progressivisti ed umanitari.

Diversa concezione del colera, diversa concezione della vita, questione di parole, questione di politica». Fin qui Giovanni Ansaldo.

Non è proprio il caso che mi soffermi a citare esempi attuali di questa ingerenza politica che spesso vede assessori, membri e presidenti di Comitati di gestione, Direttori Generali, ecc., affannati a volere a tutti i costi acquistare apparecchiature, su basi non raramente esulanti dal parere dei tecnici, cioè dei chirurghi.

Ma se il business, la politica, la stampa, l'ambizione del chirurgo, invece di essere demoni negativi, rappresentano progresso, collaborazione, utile informazione, stimolo a migliorare, ebbene allora essi diventano demoni positivi, cui grata deve essere la scienza chirurgica.

Abbiamo disaggregato i termini del trinomio, anzi del polinomio, visto che accanto al chirurgo, alla chirurgia e alle nuove tecniche abbiamo inserito, strada facendo, anche le nuove tecnologie. Ora cerchiamo di riaggregarli.

La ricerca, la didattica, l'assistenza non sono soltanto i compiti istituzionali di noi chirurghi universitari, ma devono essere anche quelli del chirurgo a qualunque categoria egli appartenga.

Chè poi questi sono in definitiva i compiti di qualunque medico. Esistono chirurghi che sono ottimi esecutori, ma la loro opera è in qualche modo sterile rispetto alla «chirurgia» tra virgolette. Questo credo che oggi debba essere particolarmente sottolineato per le nuove leve, che spesso prediligono gli aspetti tecnici e applicativi dell'arte chirurgica.

Chirurgia, nuove tecniche, nuove tecnologie: si potrebbe costruire un algoritmo da cui si vedrebbe l'interattività e l'interdipendenza di questi tre elementi: la chirurgia crea le nuove tecniche, ma non è infrequente

che le nuove tecnologie creino esse stesse nuove tecniche, magari modificando quelle preesistenti per poterle adattare, Un esempio: la gastroenteroanastomosi meccanica nella Billroth II con stapler lineare trasforma un'anastomosi gastro-digiunale termino-laterale in una latero-laterale. Molti altri esempi come questo possono essere citati.

Le nuove tecnologie modificano anche i principi informativi dei procedimenti chirurgici? Sarebbe di sì e non sappiamo ancora dire se questo è un vantaggio oppure no.

Forse sono necessarie, come sempre è avvenuto, la sperimentazione e la sedimentazione dei dati: anche in passato molte tecniche non ispiravano fiducia e si sono affermate; e viceversa.

Nuove tecniche, nuove tecnologie, tecnologie avanzate. E il chirurgo? Ogni giorno una cosa nuova: se egli si distrae, non si accorge dell'ultima novità. I nuovi materiali di sutura, le protesi, le suturatrici meccaniche, i bisturi a ultrasuoni, i bisturi a laser, la chirurgia endoscopica, la chirurgia video-laparoscopica, la chirurgia radioimmunoguidata, le tecniche trapiantologiche, gli organi artificiali, la chirurgia robotica e avanti, sempre più avanti.

Ma il chirurgo deve saper fare tutto?

La risposta certa è: il chirurgo deve sapere tutto, deve accettare a priori tutto, senza chiudersi alle novità, deve vagliare ciò che è utile da ciò che non lo è o che è addirittura dannoso.

Poi, come sempre, come già ora accade, v'è chi predilige una chirurgia, chi un'altra, chi un modo di procedere, chi un altro. Soprattutto è necessario non servirsi del nuovo come di una vernice fosforescente che esalti la presunzione del chirurgo. Non esistono chirurghi di 1° categoria soltanto perché dispongono di tecniche o tecnologie avanzate.

Un chirurgo può essere di 1° categoria anche se lavora con le mani, a mani nude. Quando Ton That Tung propose la sua digitoclasia epatica, non pochi chirurghi occidentali rifiutarono tale tecnica perché ritenuta primitiva, manuale appunto. Avevano torto: non bisognerebbe mai dimenticare che lo strumento principale del chirurgo è la mano, anche quando utilizza il più sofisticato degli strumenti.

E così il cerchio si chiude: siamo partiti dall'uomo che tenta l'ignoto vincendo la sua paura con la forza delle sue mani e del suo ingegno e tutto, la scienza chirurgica, la tecnica, la tecnologia, ritorna e prende forma nell'uomo chirurgo. Uomo-chirurgo sempre solo di fronte a un altro uomo, il suo malato, e alla sua coscienza e sempre pronto a violare il limite tra vita e morte, armato della sua «virtude», per dirla col Poeta. Virtude che vuol dire coraggio, forza, passione, amore. E sostenuto sempre e comunque da quell'ansia di conoscere cosa egli può al di là di quelle colonne d'Ercole che in definitiva sono l'estrema soglia della vita.