

Transfer chirurgico transatlantico, 1850-2000 scambio di esperienze oppure via a senso unico?



Ann. Ital. Chir., 2009; 80: 331-334

Michael Trede

Traduzione dell'articolo di M. Trede, Professore di Chirurgia - da "Mitteilungen" n° 3 di luglio 2000 della Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, previo permesso esplicito dell'Autore, a cura di Nicola Picardi

Un po' di storia

L'articolo di Trede getta una luce retrospettiva sui rapporti creatisi sulle due sponde dell'Atlantico a proposito della chirurgia, a partire dalla sua nascita ufficiale nell'ottobre 1846. Per questo ne ospitiamo con piacere una traduzione nel nostro Forum. Alla ricerca della nostra più profonda identità di chirurghi non possiamo non ripercorrere con intimo piacere ed in senso storico le tappe dell'entusiasmante sviluppo della chirurgia, che ha visto la sua culla nella gloriosa Europa, ed analizzare le trasformazioni storiche e culturali su base anche geografica che hanno plasmato l'attuale realtà globalizzata. Il progressivo superamento degli arroccamenti nazionalistici ne è uno degli elementi costitutivi, ma ancora 90 anni fa le vicende storiche influenzarono negativamente i rapporti scientifici. Oggi sembra incredibile ripensarci, ma alla fine della prima guerra mondiale venne attuato un ostracismo anche in ambito scientifico per quanto riguarda la chirurgia nei confronti dei vinti, nonostante che questa ingiustizia etica fosse di fatto formalmente smentita ed in contrasto col motto costitutivo della Società internazionale de Chirurgie "La Science n'a pas de Patrie". Ciononostante, i tedeschi vennero inizialmente esclusi dalla partecipazione a questa nascente società fondata in Belgio, per esserne riammessi solo molti anni più tardi.

Ma la seconda guerra mondiale purtroppo ha ulteriormente danneggiato la tradizione della chirurgia tedesca provocandone la polverizzazione, bruciando nel turbine degli eventi bellici gran parte dei più giovani esponenti della chirurgia tedesca operante, impegnati e divorati dagli scenari di guerra in Europa ed in Africa. Nella ricostruzione postbellica, la chirurgia tedesca è spontaneamente risorta nella generazione successiva, ma attingendo cultura ed esperienza fuori casa, nelle scuole chirurgiche americane, cui peraltro venivano applicati con successo il metodo e la tenacia tedesche.

Oggi non ci sono più contrapposizioni ideologiche al di qua ed al di là dell'Atlantico, e la supremazia, o meglio il successo, è semplicemente la conseguenza non solo della cultura e dei singoli talenti, ma anche della disponibilità delle risorse tecnologiche, sia pure con il larvato pericolo che il tecnicismo possa appannare, se non spegnere gli entusiasmi umanistici che sono alla base degli aspetti caritatevoli della chirurgia intesa come terapia.

Nicola Picardi

Questo non è un tema nuovo. Ogni chirurgo di qua e di là dell'Atlantico sa precisamente cosa si intende con questo titolo oppure ritiene di saperlo.

Fino alla prima guerra mondiale il flusso di idee si muoveva prevalentemente da est ad ovest, ma un fiume di chirurghi desiderosi di apprendere peregrinava nella direzione opposta, per di più a passo di lumaca su navi che solcavano l'alto mare: New York - Brema, 14 giorni di viaggio.

A partire dalla seconda guerra mondiale le conquiste più recenti volarono da ovest verso est e per di più su autostrade informatiche, on-line, senza cioè che un chirurgo dovesse spostarsi fisicamente dal suo posto di lavoro.

Cominciamo ora le nostre considerazioni a partire dall'America, la terra delle possibilità illimitate. 150 anni fa il quadro della situazione della medicina pubblica in America raggiungeva il suo massimo punto di depres-

sione. L'onda dell'immigrazione poneva il giovane paese di fronte al pressochè insolubile problema della mancanza di medici.





Esso venne risolto in maniera pragmatica: ovunque sorsero su iniziativa privata le cosiddette “proprietary schools”. Fino al 1900 se ne contavano 400. Insegnati autonomi (operatori di fistole anali e di ernie) comunicavano le loro conoscenze empirico-pratiche ad un uditorio scarsamente acculturato, in strutture fatiscenti, dietro compenso di tasse consistenti.

Per l'insegnante di trattava di un'iniziativa molto redditizia. Gli allievi, dopo un periodo di 1-2 anni di tale insegnamento (solo lezioni, nessun laboratorio, e nemmeno mai nessun malato degente in un letto) tornavano diplomati sul territorio.

Alcuni di essi raggiunsero una triste fama – non con il bisturi ma con il revolver: per esempio tale fu Doc Holliday a Tombstone in Arizona (per informazione era solo un “dental surgeon”, e sulla sua pietra tombale è scritto “egli morì nel suo letto”).

Nel frattempo le condizioni delle 5 Università dello sconfinato territorio erano di poco migliori. James White, che iniziò a studiare medicina nel 1853 al Massachusetts General Hospital di Boston, riferiva: “i biglietti d'ingresso alle lezioni erano venduti da agenti commerciali, avevano validità di tre mesi invernali, e venivano ripetuti ogni anno. Non c'era nessun laboratorio. Nessuno stu-

dente appoggiò mai il suo occhio ad un microscopio oppure maneggiò una provetta. Dopo due anni si poteva accedere ad una assurda prova orale con i docenti. Il mio esame di chirurgia si ridusse alla domanda: «bene White, cosa farebbe per una verruca?»”.

Tanto più erano degne di rilievo le singole iniziative dei pionieri, come la prima ovariectomia eseguita con successo nel dicembre 1809 da Ephraim McDowell in una capanna del Kentucky o la prima dimostrazione di una narcosi con etere nell'ottobre 1846 ad opera di W.Morton in quello stesso anfiteatro oggi denominato “Ether Dome” nel quale James White ascoltò le sue lezioni.

Nessuna meraviglia che questo studente motivato cercasse un completamento della sua conoscenza in altri posti, ed in particolare là dove nel frattempo la chirurgia veniva insegnata sulla base della scienza naturale. Egli attraversò nel 1856 l'Atlantico diretto verso l'Europa.

In Germania la Guerra di liberazione aveva apportato un rinnovamento nell'intero paese. Ma forse fu proprio questa circostanza che interferendo con l'industrializzazione ed il colonialismo, importati dall'Inghilterra, liberò le forze dello spirito nelle Università del paese. Esse sorsero praticamente in ogni principato, sulla scia dell'ideale di Humboldt dell'unità tra ricerca ed insegnamento della medicina, e specificamente della chirurgia, parificata alla pratica clinica. Gli studenti venivano preparati in severi ginnasi. Lo studio della medicina si fondava sulle basi dell'anatomia, della fisiologia, della clinica e della patologia.

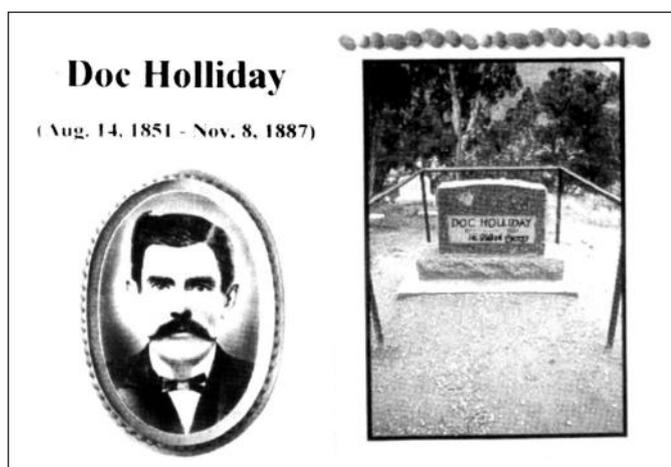
Era il tempo in cui Rudolf Virchow, con il suo insegnamento della patologia cellulare del 1858 sviluppava una visione del tutto nuova della malattia. Con l'autopsia di routine introdusse il “certificato di qualità”.

In quel periodo Bernhard von Langenbeck stabilì tre pietre miliari:

1. il sistema di un perfezionamento accademico in chirurgia come fondamento di quelle che oggi chiamiamo “scuole chirurgiche” (1848);
2. l'Archiv für Klinische Chirurgie (1860): il primo giornale di chirurgia che senza interruzione viene pubblicato anche ai nostri giorni, anche se in edizione anglicizzata;
3. la fondazione della Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1872), prima associazione nazionale di chirurghi, che con il suo congresso annuale per la durata di mezzo secolo ha costituito il punto di incontro del mondo chirurgico.

In questo stesso tempo Robert Koch fondò la microbiologia (1877), e fornì la prova scientifica di quanto Pasteur aveva ipotizzato e per cui Lister aveva definito il suo pionieristico metodo dell'antisepsi.

Sebbene J.Lister con il suo spray di acido fenico avesse bandito dalle sale operatorie e dalle corsie l'odore dell'etere (almeno a Glasgow e ad Edinburg), la sua “folle moda della pulizia” venne considerato con disprezzo e derisio-





ne per dieci anni nella sua terra (e d'altronde anche in America). Invece in Germania il metodo fu accolto con entusiasmo proprio nello stesso anno della prima pubblicazione su *Lancet* (1867).

“Perché proprio in Germania?” chiese William Halsted anni dopo e diede egli stesso la risposta: “Io credo che esso sia in linea col sistema naturalistico di perfezionamento proprio della chirurgia in Germania”. Oggi noi diremmo che era già da allora proprio “medicina basata sull'evidenza” e non da adesso, che questa espressione d'oltre oceano è sulla bocca di tutti.

Dopo il suo ritorno dall'Europa il già citato J.White diede inizio ad una crociata contro gli inconvenienti americani. Cito dal suo famoso discorso tenuto alla Facoltà di Harvard nel novembre 1870: “nove decimi di tutte le nuove ed importanti conquiste di fisiologia, di patologia, di biochimica sono il prodotto di mani e cervelli tedeschi e sono state comunicate al mondo nella loro lingua”.

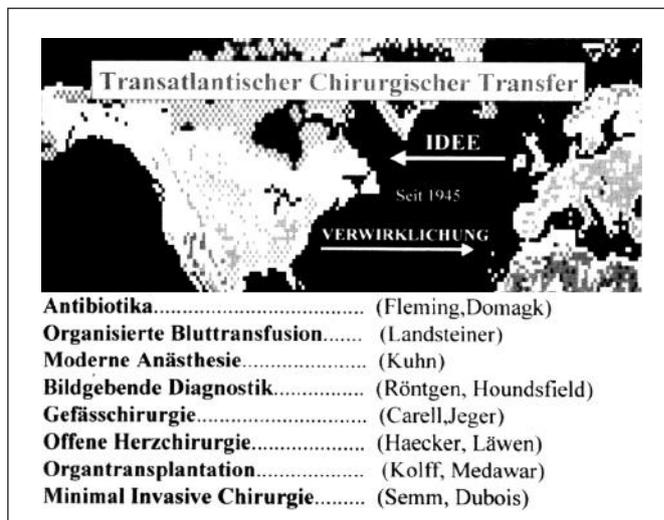
Modolin ha tentato un confronto numerico della produttività delle scienze naturali nei due versanti dell'Atlantico (questione altrettanto problematica come il gioco dell'Impact Factor), ed almeno questi numeri (Germania 46 vs USA 13) lasciano intuire una superiorità, mantenuta fino alla prima guerra mondiale.

Come reazione al discorso di White l'Harvard Medical School decise di riformare il suo curriculum (1871), ma così, con l'aumento delle esigenze si ebbe una diminuzione del numero degli studenti superiore al 40%. Harvard rimase ferma, ma entro pochi anni altre università si orientarono su questa stessa linea. Ancora di più: da quel momento il perfezionamento dei chirurghi americani risultava incompleto se privo di 1 o 2 anni di tirocinio presso cliniche universitarie di lingua tedesca.

A Vienna venne fondata l'American Medical Association, dove ci si incontrava, si organizzava corsi e si invitava professori per conferenze. Il Club sopravvisse fino all'“Anschluss” hitleriano.

Henry Hun pubblicò una “Guida per studenti americani in Europa” e suggeriva Vienna per la clinica e la Germania per il lavoro di laboratorio.

Nel periodo 1870-1914 attraversarono l'Atlantico appros-



simativamente 15.000 medici. Tra essi, colui che ebbe in seguito il maggiore influsso fu W.Halsted. Dopo il suo rientro negli USA nell'autunno 1880 mise in atto con indomabile zelo tutto ciò che aveva appreso presso Billroth, Bergmann, Thiersch, Volkmann, Esmarc. Il suo ampio e ricchissimo contributo alla chirurgia americana, il Surgical Residency Training System, dava come essenziali i soggiorni transatlantici.

“Era nostra aspirazione, appena possibile, di adottare lo schema tedesco ...” disse Halsted nel 1904 a Yale. Dieci anni dopo scrisse: “Io so che per i successi che mi furono concessi nella mia attività devo ringraziare vivamente la Germania ...” (1915).

La sua generosa modestia lo onora. Ma subito a partire da Halsted, figura centrale della chirurgia americana, cominciò un'inversione della corrente transatlantica. Quanto meno in quel passaggio di secolo i chirurghi attraversarono l'Atlantico in entrambe le direzioni per imparare e per insegnare. E cosa avrebbero potuto imparare dai colleghi americani a quel tempo?

Valgano due soli esempi: nel 1909 riferì allora aiuto Guleke che “in America ... la narcosi ... vale come intervento equivalente, viene eseguita da particolari medici – i narcotizzatori, che fanno esclusivamente la narcosi”. È passati circa mezzo secolo prima che questa visione prendesse piede anche da noi.

Nello stesso anno il viennese Ernest Jeger ricevette stimoli presso il leggendario laboratorio di Alexis Carrell a New York, che poi egli, di ritorno nella clinica di Breslavia, sviluppò notevolmente. Il suo libro pubblicato nel 1913 su “La chirurgia dei vasi sanguigni e del cuore” è una miniera per i trapianti d'organo e per i by-pass sperimentali, come ad esempio quelli che solo 40 anni dopo trovarono impiego clinico nell'intervento di Blalock-Taussig.

Così già da allora vi erano rapporti di viaggio degni di essere letti, come quelli che oggi noi tutti conosciamo dai “Mitteilungen” della Deutsche Gesellschaft für

Chirurgie. Vi furono inoltre regolari programmi di scambio degli assistenti.

Purtroppo questi approcci affondarono insieme al "Lusitania" nell'atlantico. Con la prima guerra mondiale e la conseguente inflazione e depressione, iniziò un raffreddamento delle relazioni. Ci fu sciovinismo da entrambe le parti. I chirurghi tedeschi vennero esclusi per 14 anni dalla Società Internazionale di Chirurgia. Certamente restava ancora valido negli anni '20 e '30 un "tirocinio annuale" in Germania quale punteggio nel curriculum dei chirurghi americani, ma i visitatori venivano pieni di orgogliosa consapevolezza e non era trascurabile il loro atteggiamento critico.

Il termine di "consigliere segreto" è "del resto fino ad oggi" impiegato con derisione sprezzante quando si sollevano critiche alla gerarchia delle cliniche universitarie. "Io ebbi occasione di ascoltare storie terribili sul comportamento di Sauerbruch" scrisse Churchill, cofondatore della chirurgia toracica americana nel suo "Anno di tirocinio". "Ad esempio egli aveva un libro nelle sale operatorie in cui i visitatori americani dovevano registrarsi. Con ciò essi sottoscrivevano l'affermazione che la Germania non era responsabile della guerra".

Per contro dal punto di vista tedesco R.Nissen, leale aiuto di Sauerbruch, è testimone assolutamente affidabile quando parla di "ospiti gentili e ben visti", però è indisposto da "quei metodi concorrenziali e competitivi" e dalle "differenti interpretazioni dell'antisemitismo americano".

La guerra mondiale perduta, con le conseguenti malattie, la fatale sopravvalutazione dei suoi maggiori rappresentanti ed infine il nazionalismo che provocò l'allontanamento di alcuni dei migliori, tra i quali Nissen, tutto ciò provocò un reflusso e l'isolamento della chirurgia tedesca.

L'egemonia (naturalmente non solo quella chirurgica) riattraversò l'Atlantico in direzione dell'America. Tutte le innovazioni che hanno nel frattempo rivoluzionato la nostra specialità sono tornate a noi dall'esterno. Dico "ritornate" perché le prime entusiasmantissime idee si originarono effettivamente dalla vecchia Europa.

Questo aspetto del transfer rappresenta la storia più recente – ed ancora è in atto. Il merito di aver riportato il nostro paese fuori dall'isolamento e nell'ambito di queste conquiste spetta ad uomini di ampie vedute e ad organizzazioni liberali al di qua ed al di là dell'Atlantico. Tra questi molti io ricordo Fritz Linder (Berlino e Heidelberg) e William Longmire (Los Angeles). Longmire ed i suoi collaboratori portarono fin dal 1950 in Germania il primo intervento di Whipple, e successivamente la chirurgia cardiaca a cuore aperto.

Linder poté per 20 anni delegare un assistente per un anno di perfezionamento all'U.C.L.A.

Tra le organizzazioni di collaborazione e sostegno al transfer di giovani chirurghi ricordiamo a fianco di quelle di stato DFG e DAAD anche quelle private, come la Ventnor Foundation di Hilton Reed, della quale si è avvalso per quasi 40 anni il nostro presidente.

Schürmann ha il grande merito di aver analizzato tali soggiorni di addestramento negli USA per quantità e per numero. Resta però da stabilire se si tratta di una strada a senso unico. Un vero scambio non esiste. Ciò non dipende soltanto dalla circospezione degli americani, quanto dai differenti sistemi di studio e dalla lingua.

Circa 90 anni fa Clairmont riferì "il lamento degli americani che i loro lavori erano quasi completamente ignorati dal mondo medico europeo". 50 anni più tardi Everts Graham contestò la sua priorità su chi tra lui (1933) e Nissen avesse eseguito la prima pneumonectomia. La pubblicazione di Nissen era comparsa nel 1931 in un "oscuro" giornale chirurgico: "Zentralblatt für Chirurgie".

Oggi ci affrettiamo a pubblicare su giornali anglo-americani (per via dell'Impact Factor), oppure stampiamo Archivi Tedeschi in lingua inglese. Dobbiamo continuare così? Penso che ormai sia troppo tardi. La globalizzazione ci ha coinvolto da tempo. L'Atlantico ha cessato di essere colpevole e non ci divide più. Quando oggi i nostri pazienti se ne giovano, ciò deve essere per noi semplicemente giusto.