

Alla ricerca dei chirurghi perduti CHARLES PIERRE DENONVILLIERS E LA “SUA” APONEUROSI

“Il cherchait le vrai encore plus que le nouveau”
(Felix Guyon 1874)

L'attuale moderna chirurgia coloretta, anche laparoscopica, ha dato, tra l'altro, un nuovo impulso allo studio topografico e analitico di alcune strutture anatomiche, in gran parte già note ma talora di descrizione e interpretazione imperfette oppure misconosciute, a sede addomino-pelvica, la cui approfondita conoscenza non di rado può incidere sull'opportunità di intenzione e sulla stessa correttezza dei procedimenti chirurgici. Fra queste entità morfologiche si può comprendere l'“aponeurosi prostato-peritoneale” di Denonvilliers che addirittura, in certe trascrizioni e citazioni offensive per la scienza e per la cultura, è stata, con un grossolano sproposito (il “nefando eccesso” di Leopardi), designata come “aponeurosi prostato-perineale”!? Noi qui tenteremo di darne un quadro fedele alle originarie osservazioni e all'eponimia con un finale richiamo di pratica chirurgica riferita agli interventi per cancro del retto.

Charles Pierre Denonvilliers - qui in un ritratto litografico da una fotografia, forse di Nadar (Figura 1) - ebbe la fortuna di vivere in Francia, a Parigi, in un periodo storico particolarmente illuminato e creativo anche nel campo delle scienze mediche. Era nato a Parigi il 4 febbraio 1808 da un'antica famiglia di magistrati originaria dello Champagne. Trascorse l'infanzia nel piccolo villaggio di Verneuil sur Oise (Piccardia) fin dalla nascita affidato al nonno, già cancelliere dello Chatelet prima della rivoluzione. Visse così la sana vita dei campi guadagnando in salute e robustezza, sotto la guida dell'abate Chartron, cultore della letteratura classica, dal quale acquisì il gusto della lingua latina che conserverà per tutta la vita leggendo anche in originale gli autori dell'antichità. La sua educazione progredì dal 1820 al 1824 nel collegio di Versailles e poi nel collegio parigino di Sainte-Barbe-Nicole (alla fine Ottocento “Collegio Rollin”) dove “perfezionò l'arte dello scrivere e del parlare”. In un primo tempo destinato agli studi di ingegneria (il padre possedeva una miniera di piombo argentifero), fu avviato in seguito, per convinzione paterna, allo studio della medicina. Iscritto nel 1826 alla Facoltà di Parigi, scelto precocemente (1829) come

“esterno” degli Ospedali, nel 1830, a seguito di un difficile concorso, diventò “interno”, titolo di istituzione tutta francese molto importante all'epoca e per molto tempo ancora ai fini dello studio e della formazione pratica. Nel 1837 gli fu conferita la laurea di dottore in medicina e presto diventò “Aggregato” (“Agrégé”) di Chirurgia (1839) (1). Nel 1841 era già “Capo dei Lavori di Anatomia”, ruolo di prestigio già tenuto da Dupuytren (non ancora “dottore”!) per nomina del Primo Console nel 1801. Nel 1849, succedendo a Gilbert Breschet, fu chiamato alla cattedra di Anatomia della Facoltà che notevolmente valorizzò con le sue ricerche e le sue formali e raffinate preparazioni anatomiche costantemente ordinate e vigilate nel celebre Museo Anatomico. Successivamente gli vennero affidate la cattedra di Patologia “Esterna” (cioè Patologia Chirurgica, 1856) e quella di “Operazioni ed Apparecchi” (1865) in sostituzione di Malgaigne (titolare da quindici anni) dimissionario e morto dopo pochi mesi (2). Nel 1843, insieme ad alcuni eminenti colleghi (Nélaton, Chassaignac ed altri) aveva fondato la Società di Chirurgia di Parigi di cui fu eletto primo Presidente. Nel 1858 era stato nominato Ispettore Generale dell'Istruzione Pubblica per la Medicina e di conseguenza membro del Consiglio Superiore del Ministero. In queste funzioni ebbe la possibilità di intervenire efficacemente sulla legislazione ordinativa dell'insegnamento medico in Francia.



Figura 1 - Charles Pierre Denonvilliers.

Stabili, tra l'altro, come preliminare titolo indispensabile per l'accesso al dottorato in medicina, il conseguimento del "baccalauréat" in lettere convinto che "par la culture assidue des lettres, le médecin élève à la fois ses sentiments et son esprit" (3) e rinnovò lo schema organizzativo dei periodi di formazione e di apprendistato ospedalieri obbligatori per gli studenti della Facoltà e delle Scuole. Con tali provvedimenti intendeva rinforzare il prestigio dei medici con una qualificazione culturale di alto rango tenendo ancora presenti le traversie e le esperienze negative subite, anche in tempi non molto lontani, dai chirurghi che erano stati inseriti, in Francia, nella categoria degli empirici e dei barbieri. Soltanto il 23 aprile 1743, infatti, essi avevano ottenuto, con atto ufficiale di Luigi XV sollecitato da François de la Peyronie, di essere riconosciuti "maîtres des arts" quando avessero conseguito un attestato "di alto livello culturale" rilasciato da una Università francese.

Nel 1864 Denonvilliers subì un grave lutto: morì il figlio Paolo, a lui particolarmente caro, già avviato a una carriera brillante. Profondamente addolorato e malato rifiutò la cattedra di Clinica Chirurgica che la Facoltà gli voleva conferire, continuò amaramente la sua vita di ricercatore medico e insegnante e il 5 giugno 1872, già provato da una cardiopatia, improvvisamente morì (1, 2).

Nell'appassionato elogio che Felix Guyon gli dedica nella seduta annuale della Società di Chirurgia (14 gennaio 1874) (1) e da cui abbiamo tratto alcuni dati biografici, lo ricorda come "chirurgo di prim'ordine", "professore di notevole capacità", "scrittore chiaro e corretto", "uomo con il culto esclusivo per la chirurgia francese". Scrive che "egli cercava più il vero che il nuovo", ne esalta "il metodo perfetto", "l'inesorabile precisione", "la meravigliosa lucidità di descrizione", "l'abilità dissestoria ed operatoria", "l'alta capacità naturale" e ne sottolinea le qualità didattiche delle lezioni di clinica dimostrate specie nel periodo dell'Hôtel Dieu (1842-1844) come supplente del professor Roux. Guyon loda con enfasi il valore duraturo delle numerose preparazioni anatomiche da lui allestite e conservate nel Museo della Facoltà e l'intelligenza delle sue osservazioni. Apprezza molto la sua collaborazione al "Dictionnaire des Études Médicales pratiques" e soprattutto al "Compendium de Chirurgie pratique" (4), in collaborazione con Au. Bérard (1802-1846) e A.L. Gosselin (1815-1887), in cui eccelle lo spirito metodologico, classificativo e dottrinario. Ritiene che Denonvilliers abbia messo "al servizio del pensiero la più grande correzione di stile, saggezza e abilità nell'azione con sicurezza perfetta".

Denonvilliers fu chirurgo di larga esperienza e di grande dedizione; a lui si devono alcune risoluzioni di tecnica nel campo della chirurgia plastica ricostruttiva (lembi a Z sulle palpebre). Tuttavia il suo valore non fu adeguatamente riconosciuto dai contemporanei ed Egli non

lasciò fama nel grande pubblico perché "non sortì mai dai suoi studi e dal lavoro ospedaliero" per cercare i favori della grande clientela (1). Si deve ammettere, però, con la rispettosa analisi delle circostanze e degli episodi tramandati, che il suo carattere - di massima - non fu dei più espansivi e concilianti, mantenendo Egli sempre fede alle sue idee e convinzioni e onorandole con ferma determinazione talora ritenuta aspra e poco comprensibile dagli stessi colleghi ed allievi (3).

È passata alla storia la sua "incrollabile" contrarietà all'accesso in Medicina dell'americana Mary Putnam (1842-1905), già laureata in Farmacia a Philadelphia, che ne reclamava il diritto avendo frequentato, di sua spontanea volontà, certo non ufficialmente, i corsi della Sorbona. Vi si oppose duramente Denonvilliers contro il parere degli stessi membri della Facoltà, con la motivazione che, ammettendo una donna, si sarebbe consumato un "atto contrario ai costumi e alle condizioni sociali". Ma la Putnam, ostinatamente, presentò ricorso a vari livelli interessando alla vicenda perfino la principessa Eugenia (che convocò per la questione un Consiglio dei Ministri!) finché, a dispetto del Nostro, riuscì ad ottenere l'ambito riconoscimento diventando così la seconda "dottoressa" laureata a Parigi (1871) dopo Elisabeth Garrett (1870) (5).

D'altra parte R. Rullière nella "Storia della Medicina e della Chirurgia di Parigi" ricorda come Denonvilliers si oppose, nel 1863, alla ricostituzione della cattedra di Storia della Medicina proposta dal Preside della Facoltà e appoggiata dai membri, senza portare adeguate motivazioni (6).

Comunque fu sicuramente un uomo probo, di vita e di costumi semplici, descritto di una "bonomie charmante" nel gruppo non numeroso di colleghi ed amici, entusiasta del tiro con l'arco nel quale aveva conseguito una perfezione assoluta tanto da essere insignito della carica suprema della prestigiosa "Chevalerie de l'Arc" (1).

Nell'Aprile del 1836 Denonvilliers fa conoscere, alla Société Anatomique di Parigi (7-9), i suoi studi sulle aponeurosi pelviche e perineali discutendone su dodici mirabili preparati anatomici da lui stesso depositati l'anno precedente in occasione del concorso per il prosettore. Le sue puntuali descrizioni delle diverse entità morfologiche sono integrative e correttive delle nozioni allora vigenti e in parte del tutto originali. Fra queste eccelle quella su una struttura fasciale che, nella storia dell'anatomia (e della chirurgia), assumerà a tutto titolo il suo eponimo: "aponeurosi prostato-peritoneale di Denonvilliers".

Tutto questo materiale di ricerca e anche di interpretazione funzionale sarà presentato, e costituirà argomento di grande interesse, l'anno seguente (l'8 agosto 1837) fra le "Propositions et Observations d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie" discusse per la

tesi d'esame al grado di dottore in Medicina della Facoltà di Parigi (10). In questa tesi "inaugurale" (Figura 2), elaborata da "Aiuto" di Anatomia, dedicata *in primis* al nonno (!), ai genitori e ai professori, Denonvilliers fa il punto su diverse patologie cliniche e illustra i quadri morfologici di varie strutture ed organi del corpo umano, già da lui precedentemente (1834-1837) ottenuti con le dissezioni e profondamente studiati. La descrizione delle aponeurosi pelviche e perineali, fondata sui preparati anatomici personali, rimane insuperata e in parte originale. L'Autore esamina, semplifica e corregge gli studi fino allora ritenuti definitivi e considerati "classici". Scopre che non infrequentemente identità e denominazioni, specie nelle descrizioni di aponeurosi, fasce e piani di dissezione e scollamento, siano da considerare spesso arbitrarie e incomplete. In particolare sostiene che all' "aponeurosi pelvica principale superiore" altrimenti descritta come un imbuto "fissato" in alto alla circonferenza dello stretto superiore del bacino, non si deve riconoscere una propria unitaria specificità, come generalmente sostenuto, perché, all'osservazione attenta, si constata che non è una struttura univoca e indipendente ma risulta dall'insieme delle aponeurosi dei muscoli che, da ciascun lato, "chiudono il bacino" cioè otturatore interno, piramidale, ischiococcigeo, elevatore dell'ano ("tanti muscoli tante aponeurosi"). La somma di queste, e non altro, va considerata la così detta "fascia pelvica" nella cui parte anteriore si trovano prostata e uretra membranosa.

Denonvilliers precisa anche la morfologia e i rapporti dell'aponeurosi perineale media di Blandin ("anopubica" di Velpeau, "legamento" di Carcassone), dimostra l'aponeurosi pubovesicale o puboprostatica, descrive, originale dalle sue ricerche, un setto fasciale laterale che si dispone ai lati dell'uretra membranosa e della prostata ("aponeurosi laterale della prostata" o "puboretale") che fissa saldamente l'organo con il concorso dell'aponeurosi perineale superiore, della media e del retto.

Un'attenzione a parte merita, naturalmente, l'aponeurosi dell'eponimia. Consideriamo, qui di seguito, la descrizione asciutta ma significativa che ne fa l'Autore (Figura 3). Quella che è stata tramandata universalmente come aponeurosi vi è indicata come una "couche" che, fedelmente, si intende come "strato", "falda", "lamina". Ne vanno sottolineati la costante evidenza, la consistenza membranacea per lo più molto resistente, lo spessore non eccessivo, la topografia e i precisi rapporti: al di dietro della prostata, tra le vescicole seminali e il retto. Ai due lati si confonde con il cellulare denso che circonda i plessi venosi del "bassofondo" vescicale, anteriormente si perde sui "versanti" posteriori della prostata e delle vescicole, al di dietro è connessa di stretta aderenza e fusione con la parte distale dello sfondato peritoneale interretto-vescicale, che le imprime anche una lieve curvatura e convessità anteriore. L'aponeurosi viene in contatto con

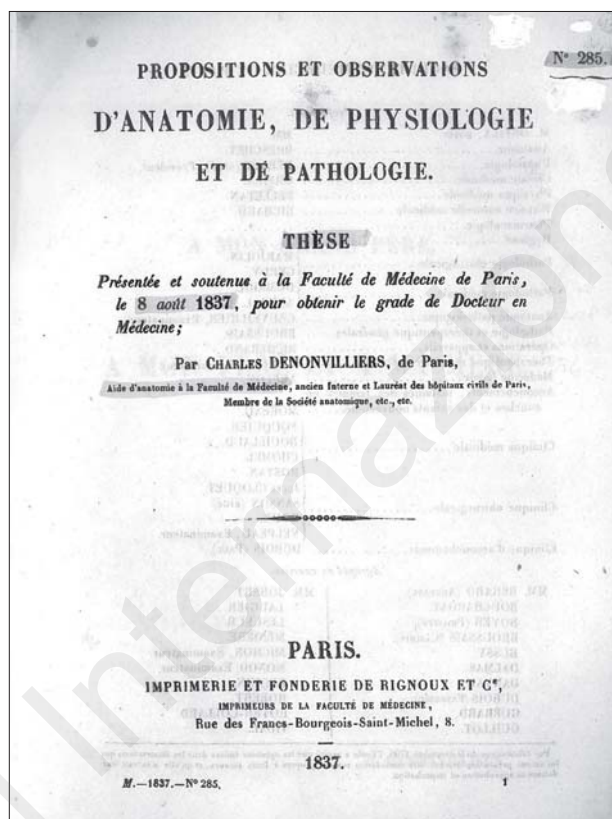


Figura 2 - Tesi di Denonvilliers (Agosto 1837).

il versante anteriore del retto attraverso un ampio strato cellulare molto lasso. Dalla parte opposta emana "prolungamenti cellulari abbastanza densi" che "rivestono" (e "imbrigliano") le vescicole seminali. La struttura di questa "lamina membranosa", che ricorda quella del dartos (11), è principalmente costituita da fibrille "a raggiera" più marcate al centro, con una componente laterale di fibre muscolari "tipiche degli individui vigorosi". In ogni modo questa entità anatomica "membranosa" risulta molto resistente e forma con il "bassofondo" vescicale una specie di loggia ben delimitata nella quale sono contenute le vescicole seminali e i segmenti del tutto distali degli ureteri e dei deferenti che vi si introducono attraverso il cellulare molto denso delle pareti laterali (12).

Dalla descrizione dell'aponeurosi, concisa ma esauritiva, si possono notare l'analisi attenta, la precisione terminologica, l'intento comparativo con il dartos per fornire un dato fisico di facile accezione, soprattutto la convinzione con cui l'Autore definisce il rapporto stretto, quasi esclusivo, dell'aponeurosi con le vescicole seminali e, per estensione, con la prostata e il "bassofondo" vescicale, in contrasto con la connessione "lassa" e indipendente che essa contrae con il retto e il vincolo essenziale e costante con l'estremità del *cul de sac* peritoneale. Si noti che Denonvilliers soltanto una volta, in que-

sto riscontro, chiama “aponeurosi” la “sua” entità anatomica ma, per il resto, la cita come “couche”, “couche membraneuse”, “plan membraneux très résistant”; non usa mai il termine “fascia”. Egli stesso, già dalle prime osservazioni, aveva notato come potesse assumere caratteri diversi di consistenza, estensione ed evidenza, nei diversi soggetti esaminati, in rapporto con il loro “vigore” e “robustezza”.

In tutti questi anni che ci separano dalla scoperta e dalla descrizione della Denonvilliers, subito divulgate nelle riunioni societarie e nella letteratura medica (13), ci sono state lunghe e acrimoniose controversie per stabilirne la derivazione embriologica e fare ulteriori precisazioni. Si è anche discusso sulla legittimità della sua eponimia. A questo proposito viene citato da Schultheiss (14) un ricercatore scozzese, Granville Sharp Pattison (1791-1851), che nel 1820 aveva descritto come “fascia della ghiandola prostatica” una struttura che avrebbe dovuto essere rispettata nell’intervento di litotomia perineale pena un “travaso di urina con infezione del retto anteriore responsabile di alta mortalità post-operatoria”. Ma chissà a quale “fascia” questo Autore si riferisse considerando la molteplicità e la complessità delle strutture pelvico-perineali di sostegno e separazione interviscerale e le loro differenti derivazioni embriologiche da cui si formano connessioni e relazioni diverse. Inoltre, la semplice osservazione di Pattison, che aveva un valore esclusivamente pratico, non può certo misurarsi con una complessa, puntuale, totalizzante ricerca storica come quella che Denonvilliers aveva realizzato con grande preparazione, costanza e rigore osservazionale in un ambiente scientifico ricco di eccellenze personali ed organizzative come quello della Parigi della prima metà del diciannovesimo secolo.

Circa la derivazione embriologica della Denonvilliers gli studi recenti e meno recenti (15) concludono, per netta maggioranza di pareri, che essa risulti dalla regressione e oblitterazione per coalescenza delle due prime lamine, anteriore e posteriore, della parte distale del bassofondo peritoneale che, in origine, si spinge fino al pavimento pelvico e con lo sviluppo diventa impervio occludendosi per “riassorbimento” o “fusione” in corrispondenza della “tasca” retto-vescicale, in definitiva più aderente alla prostata che al retto (Figura 4). Di questo processo regressivo embriologico dall’originario rivestimento sieroso si avrebbe prova nel riscontro, al di sotto del peritoneo pelvico e dietro la prostata, di alcuni rari reperti patologici e malformativi (mesotelioma, cisti e tracce mesoteliali residue, assenza della Denonvilliers in caso di sfondato peritoneale persistente in toto, ernie perineali di stampo peritoneale dallo sfondato rimasto pervio posteriormente alla prostata) (16-18). Semplificando le fasi di tale più comune teoria si crede che nel processo evolutivo il mesotelio peritoneale receda e scompaia progressivamente e che il mesenchima sot-

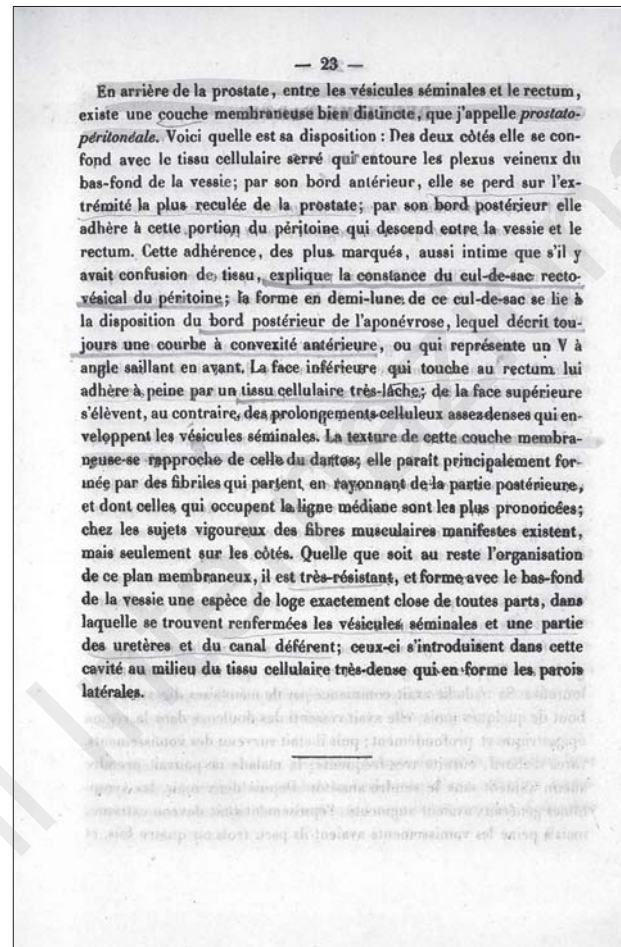


Figura 3 - Descrizione originale dell'aponeurosi prostatico-peritoneale.

tostante si sviluppi e poi si organizzi come una membrana fibrosa (tessuto connettivo con elementi muscolari) che progressivamente si costituisce come “lamina” a formare la Denonvilliers. Questo processo embriologico sarebbe simile a quanto si verifica nello sviluppo della lamina di Toldt descritto nel 1893 (19). Qualche altra ipotesi su genesi e conformazione dell’aponeurosi prostatico-peritoneale andrebbe considerata, secondo i più, di minore consistenza e affidabilità. Goligher (20) descrive la “fascia” come strettamente adesa al retto ma le sue osservazioni vengono criticate da molti; secondo Villiers e coll. (21) la sua posizione sarebbe anteriore allo sfondato peritoneale ma sulla base di preparati ritenuti imperfetti. Nel 1969 Milley e Nichols (22) hanno dato conferma conclusiva della derivazione peritoneale con particolare enfasi alla esistenza di un setto rettovaginale. Tobin e Benjamin (23) pensano che il mesenchima prerettale si sviluppi e alla fine si converta nella fascia rettale propria da non considerarsi parte della Denonvilliers. Benoît e coll. (24) hanno interpretato l’apo-

neurosi come derivata da uno strato di tessuto mesenchimale disposto e maturato nella funzione di vero e proprio intimo rivestimento posteriore prostatico-vescicale ad origine dallo stesso mesenchima wolffiano da cui provengono il trigono vescicale, la prostata e i dotti genitali. Questa teoria, ritenendo la Denonvilliers elemento se non di pertinenza ma di separazione “urogenitale”, segna di conseguenza e con precisione, quando oncologicamente possibile, il piano preferibile della dissezione chirurgica prerettale seguito al di qua dell’aponeurosi (25, 26). Essa, più consistente e più chiaramente configurata della fascia retto-mesoretale, può essere di varia evidenza, “lucida”, di spessore e resistenza variabili. È stata anche paragonata a una placchetta cicatriziale biancastra residua a sutura chirurgica (27). Attualmente è identificabile con la risonanza magnetica nucleare (RMN) ad alta risoluzione (28).

Nello studio originale ed anche in seguito Denonvilliers non studia l’istologia della “sua” aponeurosi e “a posteriori” gli è stata un po’ rimproverata l’omissione di questa tecnica allora in rapido e ampio sviluppo (2). Istologicamente vi si dimostrano collagene denso, fibre muscolari lisce e grossolane, fibre elastiche. Essa è costituita da un doppio strato di cellule che, certo, non è evidente alla macroscopica preparazione dissettiva e non autorizza alla classificazione della struttura definitiva in due distinti foglietti (26).

Nel *Manuel d’Anatomie chirurgicale* del 1837 viene descritto in particolare come Denonvilliers eponimo uno strato cellulare poco spesso e una specie di aponeurosi (“une sorte d’aponeurose”) disposti a separare il retto dalla prostata, dalle vescicole e dai deferenti. Si configurerebbe una loggia, con il concorso del bassofondo della vescica, ben delimitata ai lati da tessuto cellulare denso. M.A. Thomson addirittura ha trovato alcune fibre che dall’orificio inguinale interno si portano e diffondono sulla faccia posteriore delle vescicole seminali e sembra che si mescolino e organizzino in una specie di “aponeurosi inguino-seminale” con la Denonvilliers e con la “fascia laterale della prostata” anch’essa studiata dal Nostro nella sua struttura e nei particolari (29).

Il setto rettovaginale è, nella donna, una struttura anatomica costante. Secondo Pawlina e coll. (30) esisterebbe, esteso a tutta la pelvi femminile, uno strato sottoperitoneale di fibre elastiche, reperto considerato a sostegno della tesi di derivazione peritoneale della Denonvilliers nell’uomo. Parimenti nel 1969 Milley e coll. (22), a conferma di tale ontogenesi, citano il reperto di due lamine longitudinali adese l’una sull’altra nella tasca retto-uterina la cui posizione corrisponde in alto al peritoneo pelvico dello sfondato. Anche Uhlenhuth e coll. (27) confermano nel cadavere femminile una struttura microscopica simile a due strati. Curtis e coll. (31) ritengono che il setto rettovaginale in effetti consista di due lamine fasciali rispettivamente attribuite al retto e alla

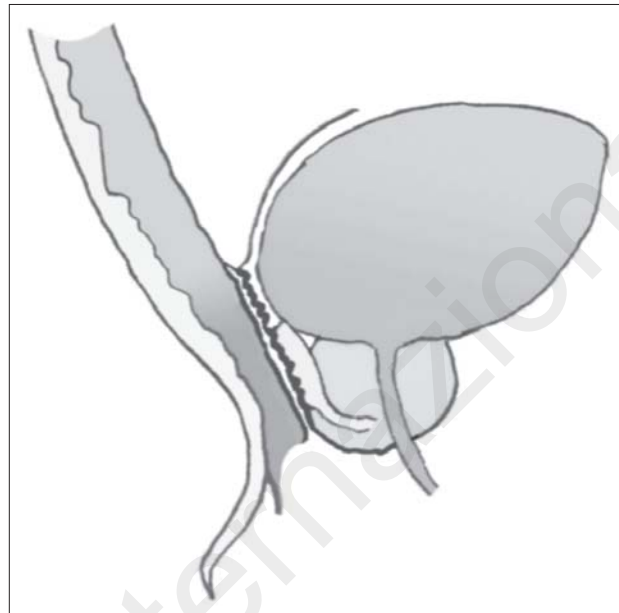


Figura 4 - Schema dello sviluppo e della sede dell’aponeurosi di Denonvilliers.

vagina, separate da uno strato di tessuto cellulare lasso. Insomma, il setto rettovaginale si potrebbe considerare come un equivalente (spurio) della Denonvilliers nella donna. Esso, per la facilità di essere individuato quale piano di scollamento operatorio, rende agevole la separazione chirurgica dei due organi, presentando due “capsule” fasciali, una sul retto e una sulla vagina, separate da tessuto cellulare lasso.

Come è noto le fini conoscenze anatomiche e le nozioni sugli sviluppi embriologici di organi e strutture sono utili e talora indispensabili per tenere nel giusto conto molti particolari di tecnica chirurgica. Denonvilliers non discute, naturalmente, delle implicazioni chirurgiche. Noi, sull’argomento, possiamo fare le seguenti osservazioni.

Nelle resezioni del retto extraperitoneale distale è riconoscibile un piano di dissezione, davanti alla fascia rettale e posteriormente alla Denonvilliers, che non deve essere misconosciuto perché risultato da un preciso movimento embriologico, cui abbiamo accennato, che sembra distinguere, a questo livello, la separazione dei due sistemi, il digestivo e l’uro-genitale. La Denonvilliers, così evidenziata al limite più basso della separazione retto-vescicale, si mostra con i vari caratteri già descritti (ancora meglio visibile nei casi di radioterapia preoperatoria e di infiammazioni digestive transmurali – Crohn) (32) e, di regola, seguendo il corretto piano anatomico, tende a rimanere solidale con il “blocco” vescico-seminale, distinta, per colorito, forma, consistenza e spessore, dalla esile eventuale falda mesoretale anteriore terminale e, ancor più, dalla fascia propria del retto intima

alla muscolatura e da questa non facilmente disseccabile. Riconoscendo e seguendo esattamente questa disposizione anatomica regionale non si aumentano, grazie a una consapevole attenzione, i rischi di lesione dei nervi cavernosi come previsto e temuto. Si ribadisce il concetto che nei reperti di particolare evoluzione e diffusione del cancro, specie nell'emicirconfenza rettale anteriore, l'exeresi esige una più larga prudente demolizione nella quale va certamente coinvolta anche l'aponeurosi prostatico-peritoneale.

La letteratura tuttavia non appare unanime in questa scelta procedurale di principio. Anzi si può dire che prevalga la tendenza ad asportare di regola l'aponeurosi insieme con il retto prescindendo da considerazioni oncologiche o da criteri di opportunità od anche per mera inadempienza. Heald e Moran (33) ritengono la Denonvilliers costituente della superficie del mesoretto. G. Brown (28) (2004) (insieme a Heald e a coautori d'Inghilterra e Galles) dà per scontato che essa giaccia sul mesoretto anteriore e che debba essere asportata in ogni caso, considerandola legata al destino del mesoretto: "...as an integral component of the resected package in total mesorectal excision". Recentemente (2015), a proposito della resezione mesoretale totale transanale, A.M. Lacy (34) et al. (fra cui D. Wexner e R.J. Heald) così si esprimono: "On the anterior side we should look for the rectovaginal or rectoprostatic fascia", dove non è chiaro il loro comportamento e se vogliono intendere con questo termine (improprio) una vera Denonvilliers "prostatico-peritoneale". Nano (35) confida in una aponeurosi distinta in due fasce, di cui solo l'anteriore sarebbe intimamente adesa alle vescicole seminali. Moriya (36), nel quadro delle larghe demolizioni care ai chirurghi giapponesi, la considera solidale con il retto e comunque la asporta sistematicamente. Ma Lindsey e coll. (37)

assicurano che la fascia rimane al davanti rispetto al piano della dissezione mesoretale anteriore e quindi la risparmiare a meno che non esistano le controindicazioni di ordine oncologico.

Nella mia esperienza ho sempre curato prima di tutto di evidenziarla, il che non è difficile, poi di prepararla per riconoscerne bene i rapporti, considerando che il livello del piano dissettivo anteriore non corrisponde necessariamente a quello della preparazione delle "ali" del retto. In assenza di motivazioni oncologiche (sede anteriore del tumore, sua "fissità", suo volume, evoluzione locoregionale particolarmente avanzata), preferisco lasciarla integra, nell'ambito di tessuti sani, sul blocco prostatico-vescicolare senza creare inopportuni artefatti dissociativi. Nei casi di malattie infiammatorie retto-coliche si dovrebbe procedere con maggiore motivazione, ove sia possibile e non compromissivo, a tale comportamento razionalmente "conservativo".

* * *

Sono soddisfatto di aver scelto, per questa breve disamina storico-chirurgica, l'argomento della "aponeurosi di Denonvilliers" per doverosa memoria sull'eponimia e omaggio all'anatomia e alla chirurgia francesi dell'Ottocento, ma anche per segnalare e valorizzare un particolare di tecnica non del tutto trascurabile nella chirurgia del retto la quale da decenni mi appassiona e mi sfida.

Giorgio Di Matteo

Ringrazio Alessandro Maturo per la collaborazione bibliografica e Rita Di Castro per la revisione della stesura del testo.

Bibliografia

1. Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. Tome Septième. Paris, Victor Masson et Fils. Eloge de CP. Denonvilliers prononcé le 14 Janvier 1874 par le Dr Félix Guyon.
2. Corlieu A. Centenaire de la Faculté de Médecine de Paris (1794-1894). Paris, Imprimerie Nationale, MDCCCXCVI:105-119.
3. Labarthe P. Nos Médecins contemporains. Paris, Lebigre-Duquesne, Librairie-Editeur, 1868.
4. Hirsch A. Biographisches Lexicon der Hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Berlin, Urban & Schwarzenberg, dritte Auflage, München, 1962.
5. Procès verbaux de l'Assemblée des Professeurs de la Faculté de Médecine de Paris du 27 novembre 1867.
6. Rullière R. La Chaire d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie de Paris, sa bibliothèque. (Estratto senza data).
7. Revue Médicale Française et Etrangère, 1837; Tome Quatrième, Analyses d'ouvrages: 374-375.
8. Bulletins de la Société Anatomique de Paris, Extrait des procès verbaux des séances de la Société pendant le mois d'Avril et de Mai 1836, (3e série); Tome second (2e Année): 105-107.
9. Société Anatomique, Bulletin n°10 (3e Série) - (Juin 1836), Extrait des procès-verbaux de la Société pendant le mois d'Avril et de Mai, 1836: 105-107.
10. Denonvilliers C. Propositions et Observations d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie. Thèse de l'Ecole de Médecine. Paris, Imprimerie et Fonderie de Rignoux et Ce, 1837.
11. Comptes rendus des Séances de l'Académie des Sciences, Tome Troisième, Séances du 5 et 12 Septembre 1836, Paris, Bachelier, Impr.-libr., 1836.
12. Velpeau ALF.-A-L-M, Manuel d'Anatomie Chirurgicale, Générale et Topographique, Paris, Méquignon-Marvis Père et Fils, 1837.

13. Archives Générales de Médecine, Mémoires et observations, 1837; III Série, Tome III: 108-110.
14. Schultheiss D. Pattison Faszie: Das vergessene Eponym? *Aktuel Urol.* 2008;39:267-270.
15. Cunéo B, Veau V. De la signification morphologique des aponévroses périverésicales. *J Anat Physiol.* 1899;35:235-45.
16. Benchekroun A, et al. Une étiologie rarissime de tumeur rétrovésico-prostatique: le mésothéliome kystique du péritoine. *Progr Urol.* 1994;4:82-6.
17. Ross MJ, Welch WR, Scully RE. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so-called cystic mesotheliomas). *Cancer.* 1989;64:1336.
18. Zuckerkandl cit. da Lindsey I. et al.
19. Toldt C. Bauchfell und Gekröse. *Erg Anat Entw Gesch.* 1893;3:263.
20. Goligher JC. Anterior resection. In: *Operative Surgery, Colon, Rectum and Anus.* 3rd ed., I.P. Todd. London, Butterworths, 1980:143-156.
21. Villiers A, et al. Invasion of Denonvilliers' fascia in radical prostatectomy specimens. *J Urol.* 1993;149:793.
22. Milley PS, Nichols DH. A correlative investigation of the human rectovaginal septum. *Anat Rec.* 1969;163:443.
23. Tobin CE, Benjamin JA. Anatomical and Surgical re-study of Denonvilliers' fascia. *Surg Gynec & Obst.* 1945;80:373.
24. Benoît, et al. Clivage inter-prostato-rectal: intérêt du fascia de Denonvilliers. *Presse Méd.* 1983;12:2693.
25. Benoît, et al. Intérêt chirurgical de l'aponévrose de Denonvilliers. *Ann Urol.* 1984;18:284.
26. Ophoven van A, Roth S. The Anatomy and Embryological Origins of the Fascia of Denonvilliers: a Medico-Historical Debate. *J Urol.* 1997;157:3-9.
27. Uhlenhuth E, et al. cit. in Ophoven van A. and Roth S.
28. Brown G, Kirkham A, et al. High-Resolution MRI of the Anatomy Important in Total Mesorectal Excision of the Rectum. *AJR.* 2004;182:431-439.
29. Velpeau's Anatomy of Regions. London, Longman, Orme, Brown, Green, and Longmans, 1838.
30. Pawlina W, et al. Subperitoneal layer of elastic fibers in the female pelvis. *Clin Anat.* 1991;4:447.
31. Curtis AH, et al. The anatomy of the subperitoneal tissues and ligamentous structures in relation to surgery of the female pelvic viscera. *Surg Gynec & Ost.* 1940;70:643.
32. Lindsey I, Guy RJ, et al. Anatomy of Denonvilliers' fascia and pelvic nerves, impotence, and implications for the colorectal surgeon. *Brit J Surg.* 2000;87:1288-1299.
33. Heald RJ, Moran BJ. Embryology and anatomy of the rectum. *Semin Surg Oncol.* 1998;15:66-71.
34. Lacy AM, Tasende MM, et al. Transanal Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer: Outcomes after 140 Patients. *J Am Coll Surg.* 2015;221:415-423.
35. Nano M, et al. Observations on surgical anatomy for rectal cancer surgery. *Hepatogastroenterology.* 1998;45:717-26.
36. Moriya Y, Sugihara K, et al. Nerve-sparing surgery with lateral node dissection for advanced lower rectal cancer. *Eur J Cancer.* 1995;31A:1229-32.
37. Lindsey I, et al. Denonvilliers' fascia lies anterior to the anterior dissection plane in total mesorectal excision. *Colorectal Dis.* 2000;2(suppl.1):29-72, P048.