

Estratto dagli Atti dell'Accademia Ligure di Scienze e Lettere
Vol. XXXIV - 1977

SERGIO STAGNARO

RIVALUTAZIONE E NUOVI SVILUPPI
DI UN FONDAMENTALE METODO DIAGNOSTICO:
LA PERCUSSIONE ASCOLTATA



GENOVA
1978

SERGIO STAGNARO

RIVALUTAZIONE E NUOVI SVILUPPI
DI UN FONDAMENTALE METODO DIAGNOSTICO:
LA PERCUSSIONE ASCOLTATA

(presentata dal socio Prof. Dachà al Consiglio Direttivo il 27 ottobre 1977)

RIASSUNTO. — L'A. descrive nuove possibilità semeiologiche nel fondamentale metodo della « percussione ascoltata », con applicazioni originali al letto del paziente, da cui derivano diagnosi altrimenti di estrema difficoltà sulla base della sola semeiotica medica tradizionale.

RÉSUMÉ. — L'A. expose des nouvelles possibilités sémiologiques dans le méthode fondamentale de la « percussion écoutée » avec des applications originelles au lit du patient, d'où des diagnostics autrement de difficulté extrême, sur la base seulement de la sémiotique médicale traditionnelle, en dérivent.

LEGENDA:

P.A. = percussione ascoltata.

T.F. = tamburo del fonendoscopio.

T.A.C. = tomografia assiale computerizzata.

Premessa.

La medicina, come tutte le scienze, ha il suo risvolto pratico: da teoria diventa tecnica. In tal caso la tecnica di un motore: il motore umano. Come un meccanico che recepisce con l'udito il contatto e la vista le anomalie di un congegno, così un medico fa con l'ammalato: osservando, palpando, auscultando e, in questo particolare caso, interrogando. Non tutti i mali, si intende, vengono prontamente rilevati, ma un gran numero, che aumenta sia in quantità che in pro-

fondità, secondo la preparazione scientifica, l'esperienza compiuta ed il lungo tirocinio. Tutte cose che, a loro volta, richiedono una guida esemplare, un ammaestramento, diciamo, da parte di chi è venuto prima, ha studiato prima, ha compiuto prima anche egli il tirocinio, l'esperienza, la preparazione scientifica, sotto la guida e l'ammaestramento d'altri ancora.

Oso perciò affermare che l'intelligenza pratica del medico è una catena che gli deriva da ieri, compresa, assorbita, provata e quindi applicata.

Non si tratta quindi, da parte di questo medico, di un dono personale od estro o genio divinatorio, né di straordinarie qualità medianiche od extra sensoriali. Anzi, se operasse sulla base di queste virtù, non sarebbe medico ma santone od altro: un genere del tutto discutibile anche se così divulgato.

Il medico, non altrimenti che tale, è sempre lieto di rendere un servizio pratico all'accertamento diagnostico per chi deve raggiungere tale accertamento in circostanze e luoghi che purtroppo sono ancora e resteranno sempre i più diffusi: l'improvvisa chiamata, il « male » che « galoppa », la lontananza e l'inaccessibilità dei mezzi tecnici più adeguati per una rapida diagnosi, senza la quale ogni tentennamento o incertezza o ritardo porta alla catastrofe irrimediabile.

Mi pare, in tal modo, di aver detto tutto quanto fin dagli anni della mia università consideravo un dovere anche morale di chi studia medicina, per poi praticarla con umiltà e coscienza. E mi pare siano premesse anche le ragioni della mia non iattanza nell'osare sottoporre all'attenzione cortese dei miei Colleghi, i medici pratici come me, qualche « anello » che ho desunto dal passato e che, attraverso la mia lunga e silenziosa pratica ho verificato come possa, nei casi che considererò più avanti, servire come anello per continuare la catena futura di un rapido, sicuro, intervento nella diagnostica di taluni mali troppo apparentemente « facili », per non essere invece insidiosi e mortali se tarda, anche per poco, il successivo intervento terapeutico.

Principi ed applicazioni della P.A.

La percussione ascoltata, nata circa due secoli or sono, oggi, nell'era della cibernetica, sembra quasi caduta in disuso per motivi che non è qui il caso di esaminare.

Al suo nascere essa dava informazioni ovviamente imperfette e limitate, ma successivamente dette preziosi risultati mentre andava via via perfezionandosi. E' opportuno che se ne riparli e che venga riproposta, per lo meno ai medici pratici, perché al letto del malato, oggi come ieri, è da tener presente ogni metodica in grado di allargare ed approfondire le possibilità diagnostiche col solo uso del fonendoscopio.

Dopo dieci anni di esperienza, posso affermare che è quanto meno strano che la P.A. non sia applicata di routine nell'esame obiettivo dell'apparato respiratorio, del cuore, della milza, dello stomaco e del duodeno, del cieco e appendice, del fegato ed in particolare della colecisti e vie biliari extra-epatiche e del pancreas, dei reni, indirettamente degli ureteri.

Come noto, il principio su cui si basa la P.A. è lo stesso della comune percussione: percuotendo col dito medio in leggera flessione, e con intensità variabile, su parti del corpo di diversa forza elastica e volume, si generano onde sonore diverse per altezza e sonorità.

Attraverso il T.F. (che io uso senza diaframma) opportunamente collocato, si percepiscono le variazioni del suono di percussione. Dico subito che l'esecuzione della P.A. richiede ben poco tempo per chi è esercitato, ma occorre ovviamente passione e volontà per raggiungere una sufficiente esperienza.

P.A. dell'apparato respiratorio. - Circa la sua utilità basti pensare che piccoli infiltrati polmonari o infiltrati estesi ma tenui, sfuggono normalmente alla comune indagine semeiotica, ma non alla P.A. Nell'inverno e nella primavera scorsa (1976) vi furono numerosissimi casi di broncopolmoniti, cosiddette atipiche, che confermarono quanto sto scrivendo. La P.A. del polmone si esegue ponendo il T.F. in sede interscapolo-vertebrale alta (Fig. 1) e percuotendo debolmente in senso centripeto e radiale dall'esterno verso il T.F.: in caso di infiltrati polmonari si nota variazione netta dell'altezza e dell'intensità del suono, passando da una zona aereata ad altra meno o affatto aereata. E' consigliabile eseguire la P.A. in fase espiratoria. Successivamente si ripete la manovra spostando in basso il T.F. (Fig. 2). Si faccia respirare profondamente il paziente per valutare l'espansibilità del polmone. Il procedimento descritto ci permette di rilevare un eventuale aumento dei diametri mediastinici.

Per esaminare la parete anteriore del torace si pone il T.F. vicino, ma non a contatto dello sterno, a livello del 2° e 3° spazio intercostale, a dx e a sinistra (Fig. 3). La percussione transtoracica con il T.F. in sede sottoclaveale non dà altro che conferme e non superiorità di metodo; in effetti la manovra è più indaginosa. Numerosi casi di broncopolmonite atipica, diagnosticati secondo la mia metodica, furono confermati radiograficamente come: « tenui addensamenti broncopolmonari » oppure « circoscritto addensamento » ecc.

In effetti è possibile la diagnosi di noduli di pochi centimetri di diametro o neoplastici oppure di natura t.b.c. (1).

La percussione ascoltata della milza è di estrema facilità e di notevole importanza: situato il T.F. lungo l'ascellare anteriore Sn, subito sopra il margine costale, si percuote debolmente in direzione radiale e centripeta. Non si incontrano difficoltà nel delimitare milze grosse ma di consistenza normale.

E' utile, in caso di splenomegalia, al fine di accertare o meno la contrattilità splenica, eseguire la P.A. prima e durante la « pizzica-

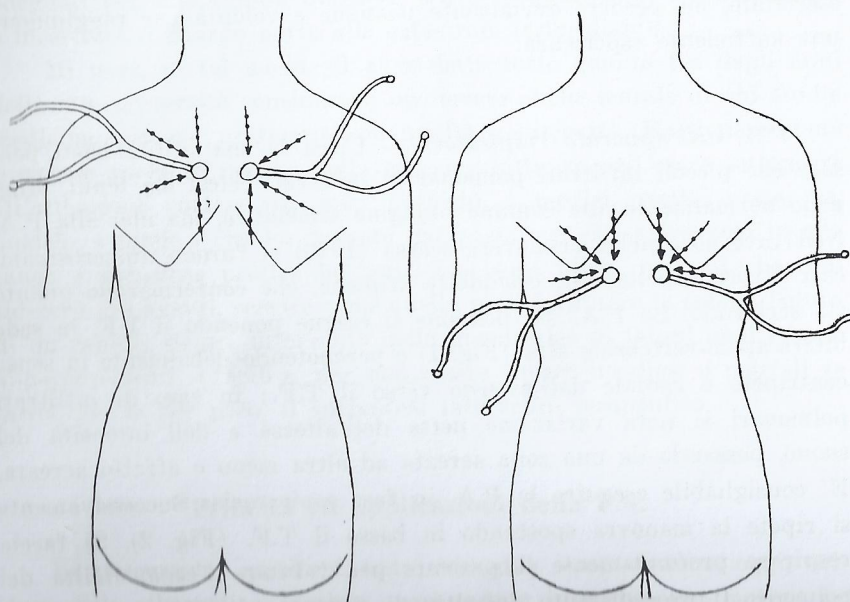


Fig. 1.

Fig. 2.

tura » della cute lungo il IX e X dermatomero Sn.: in pratica a livello dell'epigastrio e a Sn; a causa del riflesso cutaneo-visceromotorio (riflesso cutaneo-splenico) la milza congesta si contrae, a differenza di quella infiltrata, per es. nelle leucosi, come risulta dopo iniezione di adrenalina.

La stessa facilità di esecuzione ed utilità si incontra nella P.A. del fegato: posto il T.F. sopra l'epigastrio, si delimita il margine sup. colla percussione su linee paralleli e verticali (linea medio-clavicolare, para-sternale) iniziando ovviamente dalla regione sotto-clavicolare Dx.

Per delimitare il margine inferiore epatico, si percuote in senso ascendente su più linee parallele, a partire dall'ombelicale trasversa, all'incirca (Fig. 4).

La delimitazione della colecisti, se da un lato richiede certo una buona esperienza, porta dall'altro a risultati molto significativi.

Posto il T.F. subito sopra il margine epatico inferiore, precedentemente rilevato, lungo la clavicolare media, si percuote trasversalmente su più linee orizzontali e vicine, al di sotto del fegato da Dx a Sn e viceversa, con paziente supino (Fig. 5) fino ad avvertire un suono lievemente ottuso, che indica il margine rispettivamente Sn e Dx della coleciste.

Per delimitare il fondo del viscere, si parte dal basso verso l'alto, naturalmente verso la zona ipofonetica.

La P.A. della coleciste risulta più facile con paziente in ortostatismo e permette di giudicare l'entità di una eventuale ptosi del viscere, il cui fondo può raggiungere la fossa iliaca Dx, diventando dominio della più comune semeiotica.

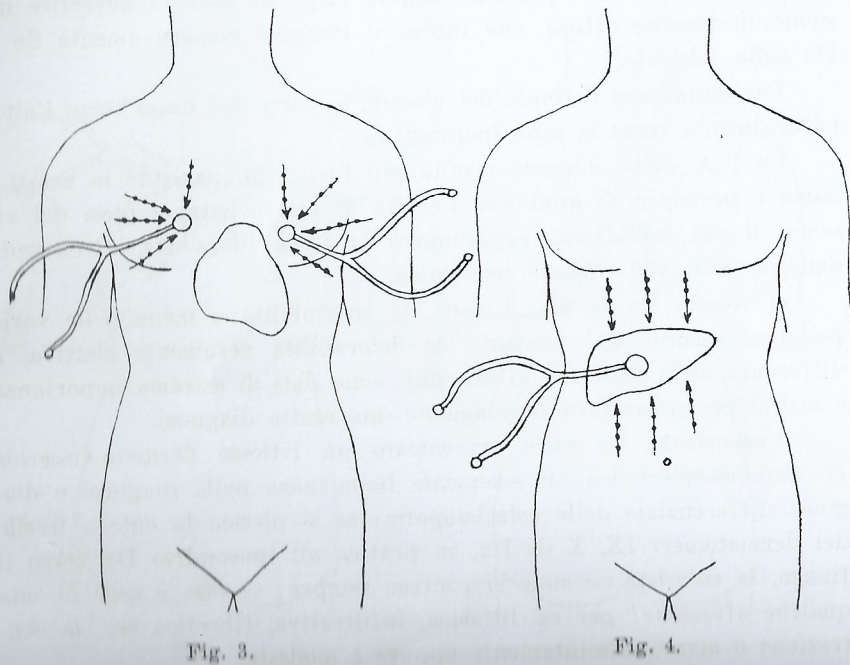
Il volume, la forma, la sede, la spostabilità o meno nelle varie posizioni assunte dal paziente, la dolorabilità veramente elettiva, a differenza della manovra di Murphy, sono dati di estrema importanza e utilità per poter fare rapidamente una esatta diagnosi.

L'esperienza ha pure evidenziato un riflesso dermato-viscerale (r. cutaneo-colecistico) di essenziale importanza nella diagnosi e diagnosi differenziale delle colecistopatie: se si pizzica la cute a livello dei dermatomeri IX, X di Dx, in pratica all'ipocondrio Dx verso il fianco, la colecisti normale si contrae sempre; se essa è sede di una qualche affezione: per es. litiasica, infiltrativa, fibrotica ecc. la contrazione o manca assolutamente oppure è modesta.

In base ad una lunga esperienza, a questo riflesso cutaneo colecistico va riservata un'importanza notevole, in quanto la sua presenza permette di escludere una patologia del viscere di qualche importanza, mentre la persistente mancanza, anche dopo opportuna terapia, deve indirizzare alla ricerca delle possibili cause: flogosi, malformazioni, calcoli, tumori ecc., indipendentemente dall'apparente stato di benessere del paziente.

Con maturata esperienza è facile, nei colecistectomizzati, mettere in evidenza indirettamente, con la P.A. un coledoco dilatato secondo la metodica descritta per la colecisti, e controllarne, con il riflesso sopra illustrato, possibili turbe dello svuotamento, ora di tipo discinetico oppure da litiasi coledocica, da spasmo o substenosi dello sfintere Oddiano ecc.

P.A. dello stomaco. - Ricordo che il T.F. va situato sulla parete ant. del torace, lungo la clavicolare media di Sn., subito sopra il bordo costale (Fig. 6). Il margine dello stomaco è segnalato naturalmente dalla percezione di un suono chiaro-timpanico.

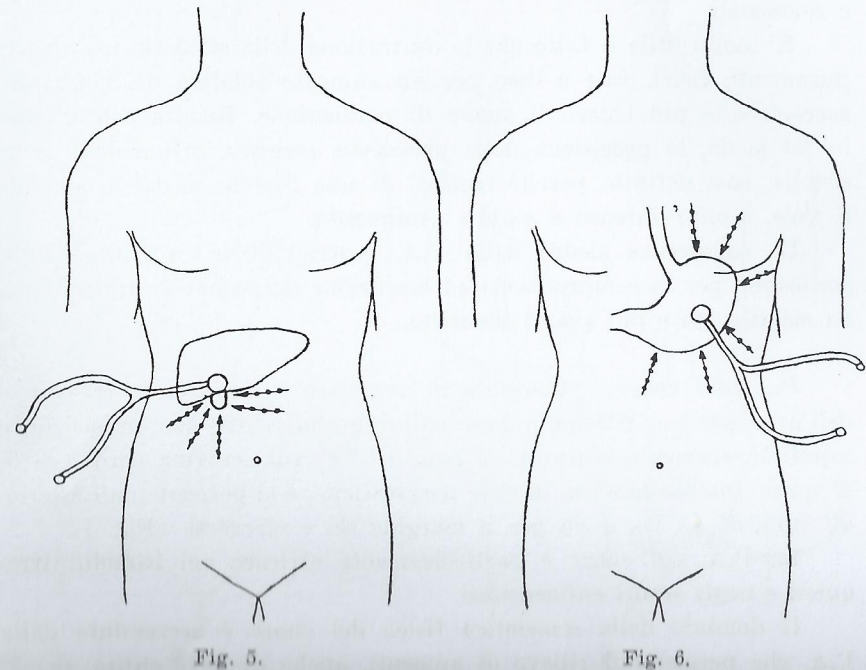


In soggetti con gastroduodenite erosiva, il passaggio dal decubito supino alla posizione ortostatica si accompagna regolarmente ad innalzamento della parte più discendente della grande curvatura gastrica, verosimilmente per un aumento del tono del viscere malato; in questi casi è consigliabile una radiografia dello stomaco e duodeno, i cui risultati confermano la lesione gastrica (non duodenale!) nove volte su dieci. La sola duodenopatia non provoca la suddetta contrazione gastrica. I risultati sono ovviamente confortati dalla gastroduodenoscopia.

Nella stessa posizione ortostatica è facile rilevare una gastro-ptosi: ne vedo di notevoli entità.

Di grande aiuto è pure la percussione ascoltata dell'«angolo gastro-sternale» (Fig. 6) per ricercare, con qualche esperienza, eventuali ernie diaframmatiche in cui frequentemente, in caso positivo l'«angolo gastro-sternale» si riduce sino a scomparire.

Durante il riflesso celiaco, ottenuto colla pressione digitale sull'epigastrio, a metà della linea xifo-ombelicale e a Sn, lo stomaco si contrae: Contrazione Gastrica tonica o Ipersistolìa Gastrica (C.G.t.),



denominazioni che userò in seguito nella descrizione del segno di appendicite da me evidenziato.

La contrazione gastrica procede di pari passo colla entità della pressione esercitata sull'epigastrio.

Si riscontra questo riflesso e la sua ripercussione sullo stomaco, in tutti i soggetti, di qualunque età, anche in pazienti che hanno subito una gastrectomia, ovviamente parziale.

La contrazione gastrica, al contrario, è assente in caso di lesioni infiltrative e/o neoplastiche della parete del viscere. Su queste sedi, inoltre, il suono di percussione è ottuso, in netto contrasto con il reperto usuale.

In due mie pazienti, durante crisi violente addominali, ed in assenza di reperti percusso-ascoltatori, che deponessero per lesioni in altri visceri, trovai una contrazione gastrica tonica spontanea e prolungata per alcuni minuti; la compressione del plesso celiaco ha interrotto, in entrambi i casi, la crisi dolorosa, confermando così la diagnosi di «Sindrome del plesso solare», che è ritenuta rara, secondo il mio parere, solo perché manca la possibilità di porre questa diagnosi; la sintomatologia è simile alle crisi parossistiche degli ulcerosi gastrici e duodenali.

E' molto utile il fatto che la contrazione dello stomaco, per motivi puramente fisici, vale a dire per un aumento relativo del contenuto aereo, rende più chiaro il suono di percussione. Risulta confermata, in tal modo, la precisione della proiezione eseguita prima della ipersistolìa, così definita perché trattasi di una Sistolè Gastrica, secondo il Cole, «più» intensa e «più» prolungata.

La conoscenza sicura della P.A. gastrica è una premessa indispensabile per la comprensione ed esecuzione del segno di appendicite, da me rilevato e più avanti descritto.

P.A. del cuore. - Consente di tracciare il profilo del viscere e dell'arco aortico, rilevando eventuali ingrandimenti, con precisione e rapidità veramente notevoli: si pone il T.F. sul centrum cordis — 3° 4° spazio intercostale Sn. in sede parasternale, e si percuote dall'esterno all'interno, da Dx a Sn per il margine Sn e viceversa (Fig. 7).

La P.A. del cuore è particolarmente efficace nei bambini irrequieti e negli adulti enfisematosi.

Il dominio della semeiotica fisica del cuore è accresciuto dalla P.A. che permette il rilievo di aumenti, anche di lieve entità, del 2°

arco di Sn, come nel caso di vizi mitralici; stenosi, steno-insufficienza o insufficienza valvolare.

Nessuna preoccupazione deve aversi per i casi di contemporanea presenza di aumento del 2° arco cardiaco a Sn e addensamenti polmonari para-cardiaci oppure vecchie fibrosi ilo-sottoclavicolarì sempre di Sn. Nel primo caso, infatti, si percepisce un suono ottuso, vicino all'orecchio che ascolta, mentre nel secondo caso il suono è nettamente ipofoneticò e più lontano, perché chiaramente diverse tra loro sono le condizioni fisiche di fondo: per es. la resistenza elastica tissutale, il volume ecc., che condizionano sia l'altezza che l'intensità dei rispettivi suoni.

La P.A. consente rapidamente e senza difficoltà, di venire a conoscenza di ingrandimenti dell'arco aortico e di dilatazioni dell'aorta discendente, che debordano, rispettivamente, dal margine sternale Sn, i primi, mentre i secondi provocano posteriormente e a Sn, in sede interseapolo-vertebrale, ingrossamento del mediastino.

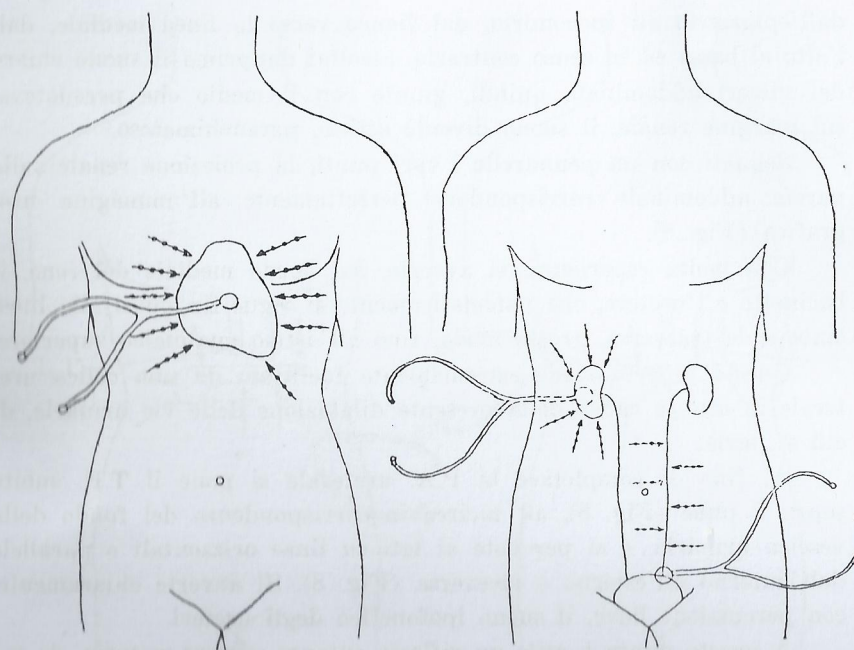


Fig. 7.

Fig. 8.

Particolarmente interessante è l'applicazione della *P.A. ai reni ed ureteri*. In effetti, attualmente l'esame obiettivo dell'apparato urinario si riduce, tutto sommato, alla manovra di Giordano, alla pressione sui punti ureterali, senza per altro conoscerne l'esatta localizzazione del singolo caso, ed alla palpazione, positiva soltanto in reni o grossi e/o ptosici.

Se si considera, inoltre, la frequente e grave patologia dell'apparato urinario: glomerulo-nefriti ac. e cr., glomerulo-nefrosi, pielonefriti ac. e cr. le ultime decorrenti spesso in modo silente, dal punto di vista clinico, si comprende come, il disporre di un metodo semplice ed efficace al tempo stesso, che indichi quale paziente sottoporre ad approfondite indagini specialistiche, non è cosa da poco.

Applicai la prima volta la *P.A.* ai reni, dopo aver osservato le radiografie delle vie urinarie di una bambina, affetta da urolitiasi ureterale Dx. La pelvi e l'uretere di destra erano dilatati, come avviene in simili situazioni.

Posi il T.F. in sede costo-vertebrale Dx, cioè sopra la loggia renale Dx, e percuotendo l'addome in direzione radiale e centripeta, dall'epigastrio all'ipocondrio, dal fianco verso la linea mediale, dall'alto al basso ed in senso contrario, ascoltai dapprima il suono chiaro dei visceri addominali, quindi, giunto con il medio che percuoteva, sul margine renale, il suono diventò ottuso, parenchimatoso.

Segnati con un pennarello i vari punti, la proiezione renale sulla parete addominale corrispondeva perfettamente all'immagine urografica (Fig. 8).

Con molta esperienza, si avverte, sul bordo mediale del rene, il bacinetto e l'uretere, che sistematicamente si segue fin quasi alla linea ombelicale trasversa, grosso modo, fino all'istmo anatomico superiore.

Questo reperto viene estremamente facilitato da una colica ureterale in atto, a causa della presente dilatazione delle vie urinarie, di cui si parla.

Al fine di completare la *P.A.* ureterale si pone il T.F. subito sopra il pube (Fig. 8), all'incirca in corrispondenza del fondo della vescica urinaria, e si percuote ai lati su linee orizzontali e parallele dall'interno all'esterno e viceversa (Fig. 8). Si avverte chiaramente, con percussione lieve, il suono ipofonico degli ureteri.

A questo punto è utile un riflesso cutaneo visceromotorio, da me applicato di routine: si pizzica la cute a lato del segmento da esa-

minare e contemporaneamente il tratto ureterale si dilata chiaramente, anche in presenza di mega-uretere congenito; la dilatazione manca, in caso di colica ureterale in atto o recente (se non sono trascorse più di 24 ore). E' facilmente intuibile che l'infiltrazione neoplastica, stenosi congenite o acquisite ecc. oltre a dilatazione a monte, causano l'assenza del riflesso descritto.

Qualora si individuino diametri superiori alla norma (valori normali nell'adulto: 6 cm. per 12 cm. c.a.), se ne ricerchi la causa, con adeguati esami di laboratorio (e con gli altri usuali metodi di indagine: radiologici, urografia discendente ed ascendente, scintigrafia renale, ecotomografia, arteriografia selettiva, T.A.C.

Cito un solo caso: riscontrata ipertensione arteriosa ed azotemia aumentata, occorsero due ricoveri ospedalieri, per accertare una agenesia del rene e dell'uretere di Sn, tramite urografia discendente, ascendente, scintigrafia renale, angiografia r. ed il retro-pneumo-peritoneo. La *P.A.* dimostrava che il rene Sn era notevolmente ipoplasico

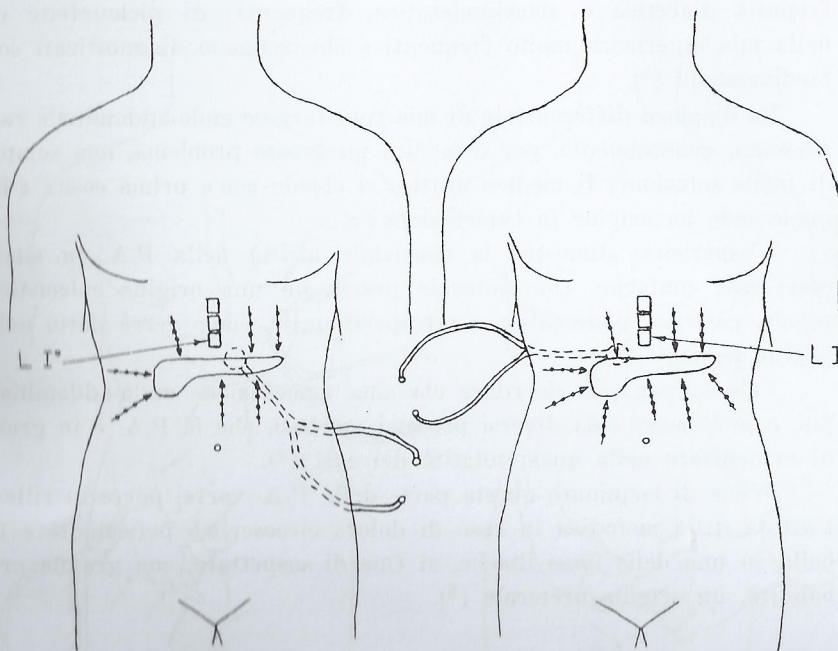


Fig. 9.

Fig. 10.

con diametri di $2,5 \times 1,5$ cm. ed evidentemente non funzionante, e che l'uretere era presente anche se presumibilmente non pervio.

Facilita il possesso della metodica della P.A. del rene l'osservazione di un paziente con ptosi renale: in questo caso, si può delimitare il contorno renale prima manualmente, e poi con la P.A., educando l'orecchio all'ascolto delle variazioni sonore.

Per ovvie ragioni è consigliabile la P.A. di un paziente nefrectomizzato!

E' molto importante la conoscenza dei diametri renali, specie se ottenuta facilmente e rapidamente, di diabetici, ipertesi, arteriosclerotici e gottosi.

Utile, anche, è il conoscere morfologia e diametri dei reni di piccoli pazienti, se si pensa alle malformazioni, ipoplasie ed agenesie in questa età.

Nell'adulto è ancora la P.A. che rivela un ingrossamento renale lieve o modesto, particolarmente in soggetti obesi: ricordo reni ingranditi di volume a causa di amiloidosi, rari; di tumori renali, rari ma non troppo; di T.B.C. e di idronefrosi, abbastanza frequenti; di nefropatia diabetica e arteriosclerotica, frequenti; di pielonefrite cr. nella mia esperienza molto frequenti e che vengono diagnosticati solo tardivamente (2).

La diagnosi differenziale di una tumefazione endo-addominale rappresenta, generalmente, per il medico un grosso problema, non sempre di facile soluzione. Il medico pratico si chiede come prima cosa: « Da quale sede ha origine la tumefazione? ».

L'esperienza dimostra la essenziale utilità della P.A. in simili casi; essa conferma con notevole precisione una origine colecistica, renale, gastrica, pancreatico o retroperitoneale, come verrà detto nelle pagine seguenti (3).

Vale la pena di ricordare che una tumefazione endo-addominale può essere causata da diversi processi morbosi, che la P.A. è in grado di evidenziare nella quasi totalità dei casi (4).

Prima di terminare questa parte della P.A. vorrei porre in rilievo l'utilità della metodica in caso di dolore circoscritto persistente e ribelle, in una delle fosse iliache, al fine di sospettare, con grande probabilità, un'origine ureterale (5).

P.A. regione cieco-appendicolare. - L'esperienza dimostra l'essenziale importanza della P.A. del cieco, dell'ansa terminale dell'ileo e

dell'appendice, per es. per evidenziare un riflesso patologico che descriverò come contrazione gastrica tonica (C.G.t.) o segno dell'ipersistolia gastrica (Figg. 11 e 12).

Posto il T.F. sulla parte laterale Dx dell'addome, si percuote debolmente a partire dallo scavo pelvico ed in senso centripeto, verso il T.F., fino a sentire un suono distintamente iperfonetico: il cieco; quindi con una percussione su linee radiali, si delimitano i margini ed il fondo cecale.

A questo punto, si percuote, sempre debolmente, su linee parallele al fondo ed al margine interno del cieco, fino ad avvertire un suono ipofonetico, di origine appendicolare, trasmesso dal viscere, di cui si possono stabilire: sede, inserzione, decorso, grandezza ed eventuale dolorabilità.

In caso di appendicite acuta, o cronica riacutizzata, la pressione digitale (io uso la punta di un pennarello) sulla appendice malata provoca contrazione gastrica tonica (C.G.t.) (Fig. 12), che è proporzionale, a parità di pressione, alla flogosi del viscere. Secondo la semeiotica tradizionale, come noto, la palpazione di una appendice retro-

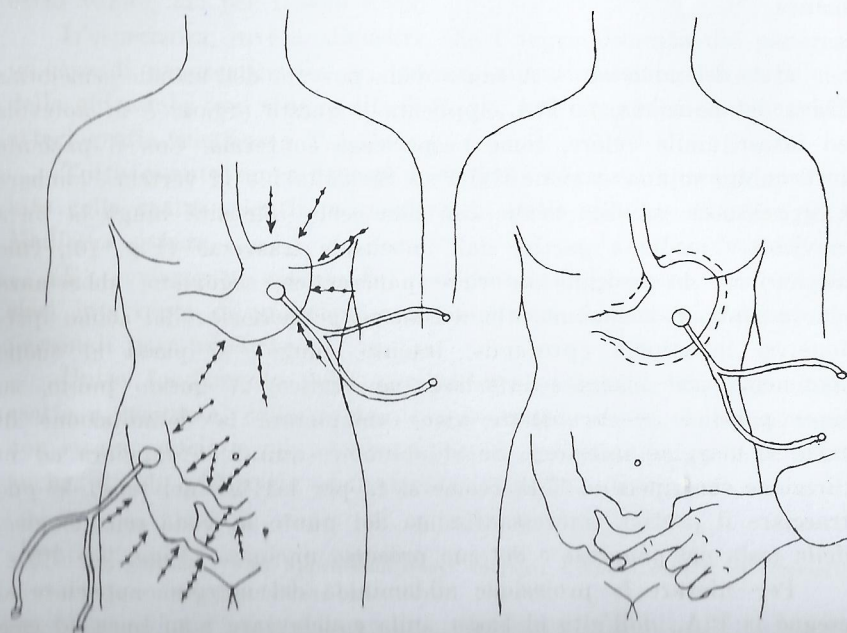


Fig. 11.

Fig. 12.

cecale dà risultati più favorevoli, durante la contrazione dello psoas destro.

Il segno dell' Ipersistolia Gastrica è costante, specifico, quantitativo. Esso è, infatti, assolutamente negativo, nelle linfadeniti ileali, la cui diagnosi e diagnosi differenziale con l'appendicite è oltremodo difficile, per non dire impossibile; quando il paziente esce dalla sala operatoria, il segno è già scomparso, mentre i linfonodi ileo-cecali sono ancora sede di infiammazione.

In nessuna condizione dolorosa addominale, come una ormai lunga esperienza conforta, il Segno della C.G.t. è positivo, eccezion fatta per l'appendicite.

Non è assolutamente difficile percuotere ed ascoltare l'ultima ansa ileale, e tracciarne il decorso: si procede come per l'appendice, ma subito al di sopra della sua proiezione; come elemento distintivo e sicuro, si tenga presente che, pizzicando a lato dell'ombelico, si provoca un riflesso cutaneo-viscero-motorio, in grado di far dilatare l'ultima ansa ileale ma non l'appendice! Questo riflesso può essere oltremodo utile nelle affezioni dell'ileo terminale: flogosi ac. e cr. come il morbo di Crohn, tumori, tutte condizioni in cui il riflesso descritto manca (6).

P.A. del pancreas. - A causa della povertà dell'attuale semeiotica fisica del pancreas, la P.A. applicata a questo organo è di notevole ed insostituibile valore, come l'esperienza conferma. Con il paziente in decubito supino, si pone il T.F. a Sn della I o II vertebra lombare e si percuote col dito medio con una certa intensità lungo la linea clavicolare media a partire dall'ombelicale trasversa (Fig. 10), fino ad arrivare al margine inferiore pancreatico, segnalato, abbastanza chiaramente, dal cambiamento del suono percussorio: dal suono iperfonetico intestinale (profondo, intenso, lungo), si passa al suono ipofonetico del margine inferiore pancreatico. A questo punto, su linee parallele e ravvicinate viene completata la delimitazione di tutto il margine inferiore. Se si percuote, quindi, a raggiera ed in direzione centripeta al T.F. (come si fa per la P.A. del rene), si può tracciare il profilo, interessantissimo dal punto di vista semeiologico, della testa del pancreas e del suo processo uncinato (Figg. 9 e 10).

Per rilevare la proiezione addominale del margine superiore si esegue la P.A., dall'alto al basso, sulla emiclaveare e su linee ad essa parallele.

Per impossessarsi di questo aspetto particolare della metodica, è consigliabile, all'inizio, la sua esecuzione su soggetti giovani e magri.

Durante la profonda inspirazione, la coda pancreatica si abbassa, in condizioni normali da uno a due centimetri; questo fatto conferma che l'organo « percuss'ascoltato » è veramente il pancreas.

Una ormai lunga esperienza permette di affermare che la P.A. pancreatica è di fondamentale importanza nell'indagine di una ghiandola, la cui semeiologia è resa notevolmente difficile, e povera di soddisfacenti risultati, dalla situazione anatomica particolare.

Aumenta, inoltre, questa difficoltà una sintomatologia obiettiva locale complicata e resa non chiaramente attribuibile, dall'intervento concomitante, riflesso e/o organico, primitivo e/o secondario, di altri visceri ed apparati, che col pancreas hanno stretti rapporti anatomico-funzionali.

I trattati di semeiotica parlano di una zona coledoco-pancreatica, del punto di Desjardin e di Calot: ogni medico sa bene che si tratta di segni aspecifici e mancanti, a volte, in pancreopatie di notevole entità.

Anche la « palpazione diretta » suggerita da Mallet-Gui ha un certo valore, ma per il solo corpo.

L'esperienza, invece, dimostra che l'ingrandimento del pancreas, in caso di pancreatite ac., cr., cronica riacutizzata, con o senza ciste della ghiandola, non sfugge alla P.A. (7), così come alla ecotomografia, arteriografia selettiva e T.A.C.

Tutto quanto sopra esposto ha ragion d'essere se venga confrontato colla realtà scientifica, confermata dalla tecnica, su cui oggi la Medicina si basa.

E', ovviamente, assente dal metodo, sopra illustrato, ogni e qualsiasi intervento di proprietà extra-sensoriali o altre particolari doti personali para-psichiche.

Unico fondamento della percussione-ascoltata è una conoscenza, esatta e completa, della anatomia e fisiologia umana, a cui non può non essere associata una adeguata pratica sperimentale, sotto la guida, anche, di chi abbia già sicuramente acquisito questa arte.

N.B. - L'argomento verrà approfondito nel volume: « Nuovi aspetti di semeiotica medica », in corso di pubblicazione.

NOTE

(1) Ricordo il caso di una giovane donna, di circa 30 a. visitata a causa di un eritema nodoso, causato da piccolo nodo tuberculare in sede sottoclaveare dx diagnosticata con P.A., guarito poi completamente con terapia opportuna, instaurata tempestivamente. Importante il fatto che la paziente è madre di due bambini, risultati sani a controlli subito eseguiti.

(2) Ho tuttora in cura una paziente di a. 67, che soffrì tre anni or sono, di insufficienza renale acuta, conseguenza di pielonefrite: oliguria, piuttosto intensa, albuminuria, ematuria ed azotemia e creatinemia aumentate. Uremidi. Già un anno prima sospettai una nefropatia, a causa dell'aumento dei diametri renali $Dx = 8 \times 13$ cm., ed anche in base a sedimenti urinari, con presenza di leucociti ed eritrociti oltre i valori normali, e albumina tracce e reazione alla benzidina positiva nelle urine.

(3) Ricordo una giovane donna, gravida al V m. di seconda gravidanza; essa presentava una tumefazione al fianco Sn dell'addome, dura, fissa, delle dimensioni di un mandarino; alla laparoscopia risultò trattarsi di sarcoma retroperitoneale, di cui la massa palpabile era solo la vetta dell'iceberg neoplastico.

(4) Ho in cura donna di a. 75. Tre anni or sono si ricoverò per l'accentuarsi di turbe dispeptiche dolorose, dovute a colecistite litiasica, che temevo in fase di degenerazione.

Alla P.A. si delimitava molto distintamente una colecisti dolorabilissima, mobile ed ingrandita in toto, il cui suono percussorio era nettamente ipofonico: onde sonore basse, frequenti, corte, per ridotta elasticità del viscere.

Una notevole tumefazione endo-addominale, all'ipocondrio Dx, attirò l'attenzione dei sanitari, che sospettarono un tumore renale; in effetti, la paziente è tuttora affetta da idronefrosi Dx, rilevata con la P.A. del rene e da me già rilevata.

Risultata esclusa la colecisti, la paziente non fu operata e venne dimessa con la raccomandazione al curante, di controllare la massa renale, che era ancora fonte di dubbi.

Oggi, come allora, i contorni renali e colecistici, rilevati con la P.A., si sovrappongono, nella paziente, solo in parte e nella posizione supina; in ortostatismo, tuttavia, l'abbassamento della coleciste permette, in maniera chiara ed inequivocabile, di « vedere » ben distinte le due componenti la massa endo-addominale. A causa delle sue condizioni cardiovascolari la paziente non fu operata.

(5) Soggetto di sesso maschile a. 50, affetto da urolitiasi con saltuarie coliche ureterali, tipiche per la sintomatologia clinica; improvvisamente accusa dolore violento, continuo e circoscritto alla fossa iliaca Dx, nausea e vomito, non disuria, né pollachiuria. Assente la febbre. Alvo libero alle feci ed ai gas. Alla percussione ascoltata, il dolore viene localizzato costantemente al 3° inferiore dell'uretere Dx, a livello, verosimilmente, dell'ostio inferiore.

Il paziente è dubbioso a proposito dell'origine ureterale del dolore, in quanto le caratteristiche soggettive sono ben differenti da quelle delle precedenti coliche sofferte. Dopo opportuna terapia, furono espulsi nell'urina tre piccoli frammenti di calcolo, seguiti immediatamente dalla cessazione dei disturbi.

(6) In una casistica di 30 appendicectomie, il Segno da me evidenziato, risultò positivo nel 100% dei pazienti. Tre casi, presentavano una sede atipica, sottopatica, evidenziata dalla P.A. Dieci pazienti erano portatori di appendici inserite sul margine inferiore del fondo cecale ed in altrettanti casi il viscere era retrocecale. Raramente la proiezione dell'appendice sulla parete addominale coincideva con uno dei numerosissimi punti, ai medici ben noti; in realtà, l'elevato numero di punti dolorosi e di segni di appendicite, svaluta, almeno in parte, la loro importanza semeiologica.

Non è possibile, in questa sede, illustrare le premesse di ordine anatomico, fisiologico, anatomo-patologico e fisio-patologico, che rendono ragione del segno illustrato di appendicite.

(7) Una casistica di tre cisti pancreatiche avvalorata, a buon diritto, quanto è stato segnalato, tanto più che la P.A. pancreatica è stata confrontata, con sicuro successo, con altre sofisticate metodiche.

Otto casi di pancreatite acuta, inoltre, autorizzano ad affermare sia la validità del metodo di indagine, che la sua insostituibilità sempre al letto del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- ALFANO C., AGRESTI A., MORDENTI S., *L'appendicite acuta nell'età avanzata*. Riforma Medica, Firenze, 1974.
- ANACKER H., *Röntgenologische Pankreas Diagnostik*. Medizinische Klinik, München, vol. XXI, 1975.
- CONN H. F., CONN R. B., *Current Diagnosis*. E.U.R., Roma, 1972.
- CREUTZIG H., HUNDESLAGEN H., *Pankreas-zintigraphie mit 75 SE-Selen-Metionin*. Medizinische Klinik, LI, 1970.
- LABÒ G. e Coll., *Pancreatiti croniche*. La Medicina internazionale, XIV, 1971.
- FIORINI E., *Appendiciti croniche*. Pozzi, Roma, 1931.
- GOZZANO M., *Trattato delle malattie nervose*. Vallardi, Milano, 1968.
- ISERMANN L., *Acute Bauchsymptome bei psychischen Erkrankungen*. Medizinische Klinik, 57, 1972.
- KUNZ H., *Das acute abdomen im Senium*. Wiener Medizinische Wochenschrift, 115, 1965.
- MARGARIA R., DE CARO L., *Principi di fisiologia umana*. Vallardi, Milano, 1967.
- MASTRORILLI A., *Problema sempre ai attuali nell'ambiente militare: l'appendicite*. Minerva Medica, 76, 1970.
- OLIVER P. O., *Health Problems of Seafarers*. The practitioner, 211, 1973.
- PROKSCHA G. W., SCHERER H. J., ULTSCH B., *Ergebnisse nach Appendektomie in der Alterschirurgie*. Medizinische Klinik, 22, 1973.
- RASARIO G. M., *Manuale di semeiotica medica*. Idelson, Napoli, 1969.
- SORG C., LEMAIGRE G., *Pancreatitis*. Symposium Marseille, 1963.
- VALOBRA N., *Manuale del sistema nervoso*. V vol. coll. GAMNA, Edizione Torinese, Torino, 1953.