

Sindrome di Saint. Diagnosi clinica semeiotico-biofisica.

di Sergio Stagnaro

INTRODUZIONE.

La Sindrome di Saint, composta dalla triade ernia jatale da scivolamento, colelitiasi e diverticolosi del colon, colpisce esclusivamente individui portatori di Sindrome di Reaven “variante”, descritta da chi scrive (1, 2), che ne rappresenta la *conditio sine qua non*. A causa della povertà e dei limiti del dominio della semeiotica fisica accademica, tradizionale ed ortodossa, la frequente Sindrome di Saint in genere non viene riconosciuta *bed-side*, specialmente in pazienti asintomatici, che sono i più numerosi. Al contrario, la **Semeiotica Biofisica** consente al medico di diagnosticare, in dieci secondi, questa interessante sindrome anche in fase asintomatica (3) o in pazienti che lamentano una fenomenologia clinica aspecifica e, quindi, fuorviante (4).

METODO.

L’osservazione dei numerosi segni semeiotico-biofisici affidabili per evidenziare le patologie che compongono la Sindrome di Saint richiede una sicura conoscenza ed una corretta applicazione della nuova semeiotica. Tuttavia, nell’interesse del lettore di seguito è illustrato un metodo clinico di relativamente facile applicazione, ma assai efficace dal punto di vista diagnostico.

Due sono le modalità di esecuzione di questo metodo:

A) Percussione ascoltata dello stomaco.

(La sua descrizione è nel sito: www.semeioticabiofisica.it, Pagine tecniche N° 1).

B) Percussione ascoltata dei reni e ureteri.

La percussione ascoltata (P.Asc.) dei reni e degli ureteri è attuata sia per via posteriore che per via anteriore.

La via posteriore si è rivelata utile nella sua “variante” (V. Avanti) per valutare il volume e la vasomozione renale. Accanto a ciò essa può servire per reperire i punti anteriori dell’addome su cui collocare successivamente il tamburo del fonendoscopio per poter completare la P. Asc. per via anteriore.

P. Asc. dei reni e degli ureteri per via posteriore. Una interessante “variante”.

Posto il tamburo del fonendoscopio (tf) sotto l’angolo costo-vertebrale ds. e, rispettivamente, sn. lungo la linea paravertebrale di un individuo supino e psico-fisicamente rilassato (in pratica, sopra la loggia

renale), il medico applica la percussione digitale, diretta e *dolce*, col dito leggermente piegato, sopra la cute dell'addome lungo linee radiali e centripete, procedendo dall'ipocondrio, dall'epigastrio, dalla regione ombelicale, dalla fossa iliaca, ed infine dal fianco omolaterali verso un punto situato all'incrocio tra la linea ascellare anteriore e la linea ombelicale trasversa. Quando la percussione cade direttamente sopra la proiezione cutanea del rene, il suono è percepito nettamente modificato: prima chiaro, timpanico e debole quando le onde sonore attraversano i visceri gastro-intestinali, il suono percussorio diventa intenso, ipofonetico, "come se nascesse vicino all'orecchio di chi ascolta" (5), allorchè le onde sonore incontrano il rene e da questo sono riflesse, seguendo linee perpendicolari se l'intensità della percussione è "lieve", cioè applicata ad arte (5).

Interessante ed utile è la "variante" della P.Asc. del rene per via posteriore, da eseguire col paziente seduto sopra il letto con le gambe penzoloni, come efficacemente descritto in manuali antichi, ma di grande valore ed attualità per il medico. Per questo motivo è consigliabile completare la P.Asc. del torace per via posteriore con quella dei reni e della milza, in questo ultimo caso, col tf collocato subito sopra l'emiaricata costale sn., lungo la linea ascellare media (V. nel Sito citato: Pagine Tecniche, N° 3). Questa applicazione, a nostro parere, dovrebbe far parte del comune esame obiettivo per la ricchezza di informazioni fornite.

2) P.Asc. dei reni e degli ureteri per via anteriore (Fig.1).

Col tamburo del fonendoscopio collocato sopra il fianco (in pratica la parte esterna dei quadranti addominali) di ds. e poi, di sn. oppure utilizzando i punti di repere ottenuti come descritto in A), si percuote secondo le modalità ormai note, cioè con il dito piegato a modo di martelletto, direttamente sulla cute e con *estrema dolcezza*, seguendo le linee sopra descritte (Fig.1). Come dimostra la delimitazione renale per via posteriore, il tf risulta collocato sopra la proiezione cutanea del bacinetto renale omolaterale.

La via anteriore è indispensabile per la successiva esecuzione della P.Asc. degli ureteri.

Fig. 1

Per la definizione degli ureteri, collocato il tf come descritto sopra (Fig.1), si percuote *delicatamente* e direttamente la cute addominale nel modo sopra illustrato, a partire dalla linea alba verso l'esterno, e viceversa, sopra linee orizzontali e parallele. Il suono percussorio debole e timpanico dei visceri intestinali, si modifica in modo netto, diventando ipofonetico e intenso, dando la sensazione di "nascere vicino all'orecchio di chi ascolta" (5), quando la percussione è applicata direttamente sopra la proiezione ureterale.

È utile eseguire la P.Asc. dell'uretere dopo aver collocato il tf sopra la sinfisi pubica, un poco a ds. e, rispettivamente a sn. (5, 6, 7), come indicato nella Fig. 1, secondo le modalità descritte, per una più facile delimitazione del III inferiore ureterale. La proiezione cutanea degli ureteri deve essere tracciata, ancorchè mentalmente, sia per quanto concerne il tratto superiore sia quello medio ed inferiore. Infatti, in tale modo è possibile visualizzare i tre riflessi ureterali, essenziali per lo studio della *Microangiologia clinica*, originata dall'attenta valutazione di questi segni semeiotico-biofisici (V. Bibliografia nel Sito).

A questo punto, per corroborare la correttezza della P.Asc. appena eseguita, è importante ricordare che fisiologicamente il pizzicotto cutaneo “prolungato” a lato degli ureteri causa dilatazione del tratto ureterale corrispondente. Più precisamente, la stimolazione dell’XI dermatomero toracico è correlato col tratto superiore, quella del XII dermatomero toracico col tratto medio ed infine il pizzicotto della cute del I derm. lomb. provoca dilatazione del III ureterale inferiore. Interessante è il fatto che, aumentando la pressione del tamburo del fonendoscopio collocato sopra la proiezione cutanea renale, nel sano tutto l’uretere immediatamente si dilata per la durata di 5 sec. ca.: riflesso ureterale “in toto”.

A dimostrazione dell’importanza di una simile procedura, in realtà di facile esecuzione anche da parte di chi possiede al momento una scarsa conoscenza del nuovo metodo di indagine, ricordo che i dati così ottenuti consentono l’affidabile e rapida valutazione di qualsiasi patologia renale (calcoli, cisti, infiammazioni, insufficienza e tumori renali: il riflesso ureterale “in toto” persiste per tutta la durata della pressione intensa sopra il rene; NN = 5 sec. ca.).

Degno di nota appare il fatto che se il soggetto da esaminare spinge come per urinare (= *test* della minzione simulata) fisiologicamente compare il riflesso ureterale “in toto” per una durata di 5 sec. ca. e poi scompare. Al contrario, in presenza di “qualsiasi” patologia renale (calcoli nel bacinetto, cisti, tumori renali, pielite, insufficienza renale, ecc.) il riflesso ureterale “in toto” persiste ancora una volta per tutta la durata della manovra mostrando interessanti variazioni, utili dal punto di vista diagnostico differenziale. Infatti, durante il *test* della minzione simulata, meritevole di far parte del comune esame obiettivo, per esempio in caso di *ciste renale* e *neoplasia renale* la dilatazione persiste con identica intensità, mentre in presenza di *calcoli renali* nel bacinetto, il riflesso ureterale “in toto” di tipo *litiasico* si attua “velocemente” (rapida attuazione del riflesso) e subito si riduce di un terzo del suo massimo valore, in modo caratteristico per la malattia litiasica.

Il riflesso *litiasico* è osservabile in qualsiasi patologia litiasica, inclusa la deposizione di calcio nelle parete delle arterie, messa in evidenza mediante pressione occludente l’arteria femorale comune.

Identico risulta il comportamento del riflesso gastrico aspecifico (= dilatazione del fondo e del corpo dello stomaco e contrazione della regione antropilorica: Fig. 2) nelle stesse condizioni sopra descritte: questo ultimo segno può risultare di più agevole osservazione da parte di chi possiede scarse conoscenze della **Semeiotica Biofisica**.

RISULTATI.

Il medico esercita la pressione manuale “intensa” sopra la regione ciecale del soggetto da esaminare, supino e psicofisicamente rilassato, mentre ripetutamente esegue la P.Asc. di un “breve” tratto della grande curvatura dello stomaco oppure dell’uretere. Nel sano, per circa 10 sec. questi visceri *praticamente* non modificano la forma e le dimensioni della loro proiezione cutanea. Al contrario, in presenza di Sindrome di Saint osserviamo alcuni caratteristici comportamenti sia a livello gastrico che ureterale: dopo esattamente 3 sec. si osserva il riflesso gastrico aspecifico e il riflesso ureterale “in toto” con intensità di 1 cm. dovuta alla *diverticolosi del colon*.

Fig 2

Inoltre, in presenza di *colecistiasi*, dopo altri 3 sec., cioè dopo 6 sec. esatti dall’inizio della pressione manuale sopra il cieco, compare un secondo riflesso (o primo rinforzo) a “rapida” attuazione, “riflesso *litiasico*” che, raggiunto il massimo valore (1-2 cm.) si riduce subito dopo di un terzo.

Infine, in presenza di *ernia jatale da scivolamento* si osserva un terzo ed ultimo riflesso, sia gastrico aspecifico che ureterale (secondo rinforzo) di “lenta” attuazione, ma più intenso dei

precedenti (2-3 cm.). In questa situazione, se il paziente ruota verso ds. la testa estesa, il terzo riflesso scompare, perché la contrazione del muscolo diaframmatico (crurale) destro spinge la parte erniata dello stomaco nella sua naturale posizione.

L'intensità dei segni semeiotico-biofisici sono calcolati come modificazioni della "proiezione" dei relativi visceri; la loro intensità è correlata a quella della malattia di base.

Per ricapitolare, in soli 10 sec. la **Semeiotica Biofisica** consente al medico di diagnosticare *bed-side* la Sindrome di Saint in modo relativamente semplice. Naturalmente, altri numerosi segni, più eleganti, che richiedono una sicura conoscenza di questa semeiotica fisica, descritti nei lavori citati, permettono una più approfondita valutazione "quantitativa" della sindrome.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.

I complessi meccanismi fisiopatologici alla base della fenomenologia semeiotico-biofisica della Sindrome di Saint sono rappresentati essenzialmente da tre riflessi, iniziati nel cieco e provocati dalla pressione manuale applicata sopra i plessi di Auerbach e di Meissner locali, che si chiudono prima nel colon (tempo di latenza – tl – di 3 sec.), quindi nelle vie biliari extra-epatiche (tl di 6 sec.) ed infine nell'esofago (9 sec.), come consente di affermare la **Semeiotica Biofisica**. La presenza di una patologia locale, *diverticoli del colon, colelitiasi e ernia jatale*, provoca successivamente i riflessi *patologici* (*praticamente assenti nel sano*) descritti.

In realtà, nel rigoroso rispetto dei tre parametri di Henle-Kock, l'eventuale guarigione chirurgica di ogni singola malattia è seguita dalla scomparsa del riflesso ad essa correlato.

Bisogna ricordare che la presenza di altre patologie, oltre la Sindrome di Saint, modifica ovviamente la successione e/o il comportamento dei tre riflessi. Per esempio, in caso di un *tumore della colecisti litiasica*, ancorché iniziale, dove è sempre presente il TERRENO ONCOLOGICO (V. sito citato e Staibene.it, lunedì 29 ottobre 2001), al *riflesso litiasico* nello stomaco segue la caratteristica Contrazione Gastrica tonica, in modo analogo a quanto si osserva durante pressione digitale "mirata" sopra la vescica biliare.

In conclusione, dai dati riferiti sopra si comprende come la **Semeiotica Biofisica** rappresenta una svolta epocale nel campo della semeiotica fisica, alla quale finora era ingiustamente assegnato il ruolo di cenerentola tra le discipline mediche.

BIBLIOGRAFIA.

1 Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. La "Costituzione Colelitiasica": ICAEM-a, Sindrome di Reaven variante e Ipotonia-Ipocinesia delle vie biliari. Atti. XII Settim. It. Dietol., Merano, 1992 e Epatol. 20, 239, 1993.

2 Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Sindrome di Reaven, classica e variante, in evoluzione diabetica. Il ruolo della Carnitina nella prevenzione del diabete mellito. Il Cuore. 6, 617, 1993.

3 Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Diagnosi percusso-ascoltatoria dei calcoli biliari silenti. 6° Incontro Segusino di Medicina e Chirurgia. Susa 19 Maggio, 1990. Atti, pg. 79. Ed. Minerva Medica, 1990.

4 Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., La sindrome dispeptica funzionale da discinesia delle vie biliari. Diagnosi percusso-ascoltatoria. Cin. Ter. 127, 363, 1988.

5 Stagnaro S., Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere. Vol. XXXIV, 1978.

6 Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Diagnosi clinica dei calcoli biliari ancorché silenti. Il Medico delle Ferrovie. 3, 15, 1997.

7 Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Pancreatite Acuta Edematosa Interstiziale. Diagnosi percusso-ascoltatoria. Acta Med. Medit. 3, 14, 1987.

8 Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Diagnosi Clinica Precoce dell'Osteoporosi con la Percussione Ascoltata. Clin.Ter. 137, 21-27, 1996 [**Pub-Med indexed for MEDLINE**]

Aggiornamento del 10 giugno 2018

Semeiotica Biofisica Quantistica: Diagnosi di Sindrome di Saint in Dieci Secondi. Il ruolo diagnostico del Segno di Stagnaro.

10 06 18

Fare facilmente ciò che gli altri trovano difficile è talento; fare ciò che è impossibile al talento è genio”.

HENRI FREDERIC AMIEL

La presente Medicina, estensione del Laboratorio e del Dipartimento delle Immagini, è centrata sui grandi numeri statistici, valutati su individui considerati tutti uguali dal punto di vista biologico.

Infatti, fondata sullo *screening* costoso e riduttivo, la prevenzione secondaria è consigliata a tutti, nell'oblio della Prevenzione Pre-Primaria, secondo la Manuel's Story [LINK](#), e Primaria, basate sulle Costituzioni Semeiotico-Biofisico-Quantistiche e i dipendenti Reali Rischi Congeniti (1-7).

La diagnosi di Sindrome di Saint, ernia jatale, colelitiasi, diverticolosi del colon-sigma, è clinica con un tempo di esecuzione di dieci secondi! (1, 7-10).

Al contrario, per fare la diagnosi di Sindrome di Saint, il Medico che non conosce la Semeiotica Biofisica Quantistica (SBQ) ha bisogno del dipartimento delle Immagini, costosi, eseguiti quasi sempre durante ricovero ospedaliero. Se queste indagini vengono richieste ed eseguite ambulatoriamente in strutture pubbliche, il tempo d'esecuzione richiede alcune settimane.

Per porre la diagnosi clinica di Sindrome di Saint è necessario conoscere almeno la percussione ascoltata dello stomaco (11).

Col paziente, molto spesso asintomatico, in posizione supina, il medico applica la pressione digitale di media intensità (700 dyne/cm²) sopra la proiezione cutanea del cieco (= quadrante inferiore destro dell'addome) ed osserva le eventuali modificazioni volumetriche dello stomaco, cioè il riflesso gastrico aspecifico e i suoi successivi due rinforzi.

Nel sano, il riflesso gastrico aspecifico compare dopo un Tempo di Latenza di 10 sec.

Al contrario, dopo 3 sec. dall'inizio della stimolazione ciecale, il medico osserva un primo riflesso gastrico aspecifico (= dilatazione del fondo e corpo dello stomaco e contrazione del giunto antro-pilorico) in presenza di diverticolosi del colon-sigma, poliposi, colite.

Interessante il fatto che in presenza di **Diverticolite** e di **Cancro** del colon-retto, al riflesso gastrico aspecifico segue la Contrazione Gastrica Tonica, di massima intensità nel tumore maligno.

Dopo 4-6 sec. si osserva un secondo riflesso (= PRIMO rinforzo del riflesso gastrico aspecifico), in presenza di malattia nelle vie biliari, colecistite, polipo, diverticolo, malformazione, che subito si riduce di 1/3 della sua iniziale intensità in caso di **colecistiti**. La contrazione gastrica intensa segue rapidamente il riflesso nel **Cancro della Colecistite**. Infine, dopo 7-9 sec. appare un terzo riflesso (= SECONDO rinforzo del riflesso gastrico aspecifico), in presenza di ernia jatale e/o esofagite.

In conclusione, dopo appena dieci secondi dall'inizio dell'esame obiettivo è posta la diagnosi clinica semeiotico-biofisico-quantistica di Sindrome di Saint.

Una volta riconosciuta una patologia nel colon-retto, colecisti ed esofago, il medico utilizza i numerosi segni affidabili nella diagnosi e diagnosi differenziale.

Interessante il fatto che il medico, esperto in SBQ, oggi è in grado di escludere in 5 secondi la Sindrome di Saint se il Segno di Stagnaro è negativo durante *test* da sensibilizzazione (12).

Bibliografia.

- 1) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., La "Costituzione Colelitiasica": ICAEM-a, Sindrome di Reaven variante e Ipotonia-Ipocinesia delle vie biliari. Atti. XII Settim. It. Dietol. ed Epatol. 20, 239, 1993.
- 2) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ed. Travel Factory, Roma, 2004.
- 3) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory, Roma, 2005. http://www.travelfactory.it/libro_singlepatientbased.htm
- 4) Sergio Stagnaro (2012). Valutazione Semeiotico-Biofisico-Quantistica dell'Attività Funzionale dei Sistemi Biologici. Il Ruolo dei Dispositivi Endoarteriolar di Blocco, fisiologici e neoformati-patologici tipo I, sottotipo a) e b). <http://www.sisbq.org/libri-e-articoli.html>, e-book, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/valutazione_attivit_biolog_2012.pdf
- 5) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 6) Stagnaro Sergio Biophysical Semeiotic Constitutions, Genomics, and Cardio-Vascular Diseases. *BMC Cardiovascular Disorders* <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/4/20/comments#95454>
- 7) Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno oncologico". Travel Factory SRL., Roma, 2004
- 8) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Diagnosi percusso-ascoltatoria dei calcoli biliari silenti. 6° Incontro Segusino di Medicina e Chirurgia. Susa 19 Maggio, 1990. Atti, pg. 79. Ed. Minerva Medica

- 9) Sergio Stagnaro. Sindrome di Saint. Diagnosi clinica semeiotico-biofisica. www.piazzettamedici.it, 2004, <http://www.piazzettamedici.it/professione/professione.htm>; e http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1108&Itemid=47
- 10) Sergio Stagnaro. Semeiotica Biofisica Quantistica: La Diagnosi di Sindrome di Saint è Clinica! <https://sergiostagnaro.wordpress.com/tag/sindrome-di-saint/>
- 11) Simone Caramel. La Percussione Ascoltata dello Stomaco, secondo Sergio Stagnaro. Manuale. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cardiogarap_manuale_it.pdf
- 12) Sergio Stagnaro. Stagnaro's Sign in detecting every gastrointestinal Disorder, even initial or symptomless. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/stagnarosign.pdf>
- 13) Sergio Stagnaro. I nodi elettro-magnetici cutanei SBQ: IL Segno di Stagnaro variante. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/nodiemcutaneisbq.pdf>