

Fonendoscopio: status symbol o strumento di lavoro? La necessità di recuperare la peculiarità tecnica e l'arte del nostro essere internisti

The stethoscope: a status symbol or a physician's tool? The need of retrieving the internist's skill and art

Giuseppe Chesi *

Dipartimento di Area Internistica (Direttore: dott. Giuseppe Chesi), Ospedale "C. Magati", Scandiano (RE), AUSL Reggio Emilia

La recente riforma dell'esame di Stato ha riportato, seppure per breve periodo (un mese), in molte corsie dei nostri reparti di Medicina Interna giovani neolaureati che ancora non hanno esercitato attivamente la professione medica. È a dir poco sorprendente vedere che, di fronte a un malato, spesso la prima preoccupazione è quella di chiedere il valore della troponina e del D-dimero e il referto di una radiografia del torace, anziché, dopo aver pazientemente e minuziosamente ricostruito la storia clinica, l'anamnesi, compiere l'atto di osservare, palpate, auscultare.

Che cosa sono i tempi dell'esame obiettivo? Che cos'è e che significato ha l'esame obiettivo?

Ricordo l'inizio della mia frequenza presso un reparto di Medicina da giovane di fresca laurea iscritto ai primi anni di specializzazione in Medicina Interna. Ricordo con immenso piacere quando al letto del malato il professor Passeri, allora direttore, si fermava per diverse decine di minuti a insegnarci a palpate il polo di una milza e a discutere con noi tutte le possibili cause di splenomegalia [1]. E in tempi ancora pre-ecografici ricordo come fosse oggi le scommesse con l'allora cardiologo anziano del reparto internistico, in cui ero da poco stato assunto, in merito a soffi, a toni aggiunti, a click. Confermati o drasticamente smentiti tramite la poliocardiografia, essi mi insegnavano, giorno dopo giorno, l'enorme potenzialità diagnostica racchiusa nell'auscultazione attenta di un cuore dopo averne palpato l'itto della punta e, magari, dopo avere osservato in periferia un polso epatico ed evocato un reflusso epatogugulare. Ricordo lo stupore di quando, auscultando una serie di click multipli e variabili a seconda dei momenti in un giovane longilineo colpito da dolore toracico violento in

conseguenza di un accesso di tosse parossistica, dopo averne documentato alla lastra del torace la genesi correlata a uno pneumomediastino spontaneo, scoprii che essi avevano un nome che non avrei mai più dimenticato. Si trattava infatti del segno di Hamman, espressione auscultatoria di pneumomediastino. Così come i rumori similisfregamento denominati segno di Means-Learman, espressione dell'attività iperdinamica di un cuore ipertiroideo.

Il contributo di Domenico Viviani e Giovanni Gasbarrini, "Egofonia: esiste ancora un'utilità per questo sintomo della semeiotica tradizionale?", riportato nel presente numero dell'*Italian Journal of Medicine* (pp. 80-81), ha il pregio di indurci a riflettere su una semeiologia che potremmo definire "passata", ma che non può, non deve, andare perduta.

Se quella del medico, ne sono profondamente convinto, è un'arte, allora da artisti perdutamente innamorati dobbiamo reimparare la semeiotica [2]. Come internista, credo sia importante palpate in maniera corretta un addome e auscultarne i suoni. A livello polmonare, e ancora di più a livello cardiaco, la possibilità che una semeiologia attenta e precisa ci consenta di fare effettivamente diagnosi, e di orientare in maniera utile e consequenziale eventuali indagini strumentali e laboratoristiche successive, è dato certo. Non occorre andare a rispolverare i già citati segni di Hamman e Means-Learman, ma basta pensare al rilievo di sfregamenti pericardici in presenza di dolore toracico, magari accentuato dalla deglutizione e dal clinostatismo, come elemento più che sufficiente per porre una corretta diagnosi di pericardite. O ancora, al rilievo di un classico ritmo a tre tempi, ben noto altrimenti come "ritmo di galoppo", per poter confermare, qualora magari sia associato a un itto della punta spostato a sinistra e alla presenza di rantoli crepitanti polmonari bilaterali a medie bolle, con eccellente probabilità una diagnosi di scompenso cardiaco.

Su queste premesse è lecito auspicare che la rivalutazione dell'egofonia possa diventare lo spunto per ospitare pe-

* Corrispondenza:
Giuseppe Chesi, UOC Medicina Interna, Ospedale C. Magati,
v.le Martiri della Libertà 2, 42016 Scandiano (RE),
e-mail: chesig@ausl.re.it

riodicamente sulla nostra rivista rivisitazioni semeiologiche che, così come fatto da Viviani e Gasbarrini, potranno poi di volta in volta essere anche accostate a tecniche strumentali sia applicate sia futuribili o sperimentali [3].

Una cosa, comunque, deve esserci assolutamente chiara: di fronte a una Medicina che anche soltanto nell'ultimo trentennio ha compiuto passi avanti, sul piano tecnologico diagnostico e terapeutico, inimmaginabili prima d'ora, va fatto ogni sforzo per salvaguardarne l'aspetto di arte.

Arte della comprensione, arte dell'ascolto, arte dell'intuito clinico, arte del conforto, arte della semeiotica. Solo così anche la tecnologia potrà mantenere un volto umano, un volto ragionato, e non trasformare il nostro operato, i nostri ospedali, le nostre unità operative in luoghi asettici e robotizzati ove l'uomo non ha più interazione diretta, ma solo mediata.

Che il fonendoscopio, allora, portato a tracolla come nei film americani, oppure, come una volta, racchiuso nella ta-

sca di un camice, non sia più soltanto il nostro status symbol ma possa ritornare a essere un vero strumento di lavoro quotidiano, così come lo scalpello per uno scultore: uno degli strumenti della nostra arte [4].

Bibliografia

- [1] Anderson RC, Fagan MJ, Sebastian J. Teaching students the art and science of physical diagnosis. *Am J Med* 2001;110(5):419-23.
- [2] Chizner MA. Cardiac auscultation: rediscovering the lost art. *Curr Probl Cardiol* 2008;33(7):326-408.
- [3] Sztajzel JM, Picard-Kossofsky M, Lerch R, Vuille C, Sarasin FP. Accuracy of cardiac auscultation in the era of Doppler-echocardiography: A comparison between cardiologists and internists. *Int J Cardiol* 2008 Aug 30. [Epub ahead of print.]
- [4] Markel H. The stethoscope and the art of listening. *N Engl J Med* 2006;354(6):551-3.