



Bollettino della Facoltà di Medicina
e Chirurgia dell'Università di Ancona

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

PRESENTAZIONE

Come è tradizione abbiamo chiuso, sabato 16 giugno, il ciclo di lezioni accademiche con un evento culturale, il Congresso Annuale della Facoltà sulla Storia della Medicina, dedicato quest'anno ad *Augusto Murri e la Medicina del suo tempo*. Nella stessa occasione abbiamo inaugurato, con la pubblicazione delle *Lezioni di Clinica Medica 1983-84* del grande Clinico fermano una collana di libri della Facoltà dedicati alle *Scienze Umane*.

Come ho scritto nella presentazione della collana, Medicina è Scienza basata sui valori umani, perché ogni scelta che il Medico compie, ogni decisione che assume scaturisce non solo dalla propria competenza ed esperienza ma anche da quel patrimonio culturale che il Medico ha accumulato negli anni e che è costituito di memoria del passato, di principi etici, di deontologia, di educazione al ragionamento critico e alla logica, che in una felice espressione inglese ma anche in un'efficace definizione italiana caratterizzano, rispettivamente, le *Humanities* e le *Scienze Umane*.

L'esigenza di una cultura umanistica, quale scenario in cui si rappresenta la professione medica, è stata d'altra parte sempre avvertita dal Medico, la cui anima ha oscillato tra quella del *Medicus physicus* e quella del *Medicus philosophus*, con maggiore propensione per l'una o per l'altra in relazione agli eventi sociali e culturali delle diverse epoche.

Scienze Umane sono entrate nei programmi di formazione medica già con i nuovi ordinamenti, nuova e nuovissima tabella XVIII, ma hanno assunto particolare rilievo nell'ultimo disegno legislativo che inserisce Scienze Umane come ambito disciplinare, integrativo ed affine, della Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e addirittura caratterizzante di tutte le Lauree triennali e specialistiche delle professioni sanitarie.

Il riconoscimento quindi del ruolo che Scienze umane hanno nella formazione è pieno ed ufficiale.

Ora, con l'apertura di questa collana, la Facoltà intende dare un nuovo contributo alla formazione umanistica dei propri studenti, fornendo loro un ulteriore strumento per apprendere, acquisire ed amare le Scienze Umane, un ulteriore stimolo per educarsi ad inserire costantemente i valori nella pratica professionale.

Iniziamo con Augusto Murri, certamente l'espressione più luminosa di Medico, Scienziato e Docente che questa terra marchigiana, madre peraltro di Bartolomeo Eustachio, anatomista, Luigi Luciani, fisiologo, Giovanni Mingazzini, neuropatologo, Silvestro Baglioni, fisiologo, Angelo Celli, igienista, Giuseppe Giunchi, clinico medico, Giuseppe Seppilli, neuropsichiatra, abbia mai generato.

Nelle nostre professioni, sempre più occupate dalle indagini chimiche e strumentali, dalle tecnologie avanzate, dai protocolli e dalle linee guida, ripresentare e riproporre la professione di Medico come esercizio quotidiano di osservazione accurata, di ragionamento logico e critico, di rapporto *singolare* tra un medico e una persona malata, ebbene, questo costituisce l'obiettivo, sentito ed ambizioso, di questa nuova iniziativa nello spirito che anima la nostra Facoltà.

Devo, per il successo di questi eventi culturali esprimere il più vivo ringraziamento a tutti coloro che ne hanno permesso la realizzazione, e quindi ai Relatori del convegno Vito Cagli, Giacomo Delvecchio, Giovanni Federspil, Claudio Rugarli, Cesare Scandellari e Luciano Vettore, sempre generosamente sensibili agli inviti della nostra Facoltà; a Giovanni Danieli che ha curato pazientemente ed efficacemente la traduzione del testo delle lezioni di Augusto Murri dall'originale manoscritto; ancora a Cesare Scandellari che ha voluto illustrare l'opera con la sua prefazione; infine alla Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo per il contributo generoso che ha consentito la pubblicazione del primo volume di una collana cui auguro lunga vita

Prof. Tullio Manzoni
Presidente della Facoltà

Università degli studi di Ancona

CONVEGNO ANNUALE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Augusto Murri e la Medicina del suo tempo

Ancona 16 giugno 2001

PRESENTAZIONE, <i>Tullio Manzoni</i>	1
RELAZIONI	
La Pedagogia di Augusto Murri, <i>Luciano Vettore</i>	2
Augusto Murri e la Psicoanalisi, <i>Vito Cagli</i>	7
<i>Dei Medici futuri: il giudizio di Augusto Murri sull'evoluzione della medicina clinica del primo '900</i> , <i>Cesare Scandellari</i>	11
Le ricerche sperimentali di un clinico: gli studi di Augusto Murri sulla febbre, <i>Giovanni Federspil e Claudio Pagano</i>	16
La Medicina di Augusto Murri: scuola di metodo e di educazione, <i>Giacomo Delvecchio</i>	21
CONCLUSIONI, <i>Claudio Rugarli</i>	25
PRESENTAZIONE DEL VOLUME <i>Augusto Murri, Lezioni di Clinica Medica 1883-84</i> , <i>Giovanni Danieli</i>	27
STORIA DELLA MEDICINA	
Non disperdiamo la Memoria della Salute, <i>Francesco Orlandi</i>	36
IL LIBRO, a cura di <i>Fiorenzo Conti</i>	38



LUCIANO VETTORE

Università degli Studi di Verona

In questo contributo cercherò di sintetizzare il pensiero di Augusto Murri da una prospettiva scarsamente considerata dai suoi biografi ed estimatori: molto si è detto e scritto sul suo metodo clinico, ma soltanto un contributo ho avuto finora la fortuna di leggere sulla sua concezione pedagogica.

Per colmare questa lacuna mi riferirò essenzialmente a due fonti: gli scritti pubblicati dal Maestro e cioè le "Quattro lezioni e una perizia"², datate a partire dal 1906 e sempre citate proprio per i loro contenuti di metodologia clinica; in esse tra le argomentazioni diagnostiche e molte altre considerazioni anche di natura epistemologica, sbocciano qua e là osservazioni sempre acute e spesso argute sul significato e sulle peculiarità dell'insegnamento della Clinica; il mio impegno consisterà nella trascrizione virgolettata di queste "perle", limitandomi a qualche commento là dove la condivisione personale del pensiero di Murri non mi consentirà di trattene le stampe e rese pubbliche³. In esse non vi sono considerazioni pedagogiche esplicite e articolate, bensì la rappresentazione sul campo dei principi pedagogici

teoricamente esposti nelle "Quattro lezioni" ufficiali. In qualche misura la lettura degli appunti "clandestini"

La Pedagogia di Augusto Murri

di lezione dà la misura - attraverso la trascrizione degli studenti - delle capacità pedagogiche del Maestro, perché in queste lezioni si legge direttamente la comprensione del pensiero di Murri da parte degli studenti, cioè l'efficacia dei "principi" è testimoniata coi fatti dai diretti destinatari.

Sicuramente è artificioso separare nel "fenomeno Murri" quanto attiene al metodo clinico e alle eccezionali qualità in ambito diagnostico dai principi pedagogici e dalla capacità di comunicare il ragionamento semeiologico e addirittura fisiopatologico. Tuttavia questa separazione può essere giustificata da ragioni "strumentali", come sono quelle che motivano questo contributo.

Insegnare a curare: quale Scuola, con quali Maestri?

Entrando nel cuore del problema, è subito evidente quale tipo di relazione Murri veda tra insegnamento e cura dei pazienti: quest'ultima è il fine ultimo di ogni impegno medico; di fatto la cura sarà efficace solo se il medico sarà professionalmente competente; e allora la "mission" essenziale del docente sarà quella di rendere il medico competente perché sappia tutelare la salute del Paziente.

Ma quale tipo di medico deve produrre l'Università? Secondo Murri "...lo scopo dell'insegnamento clinico è di fare dei buoni medici pratici. ... L'opera del medico non sempre riesce nella pratica, come dovrebbe. C'è un'impotenza collettiva, la quale nasce da tutto quell'ignoto, che gli sforzi degli investigatori passati e presenti non hanno potuto dissipare. Però c'è anche un'impotenza individuale, che nasce dall'uso, o manchevole o errato, delle nozioni che già fanno parte del nostro comune possesso intellettuale" ... "L'opera d'un insegnante di Clinica è dunque modesta: egli deve sforzarsi di dare alla Società dei medici che facciano per i malati il meglio che umanamente sia possibile"

E anche sui fini della scuola Murri esprime opinioni molto chiare: "La scuola non è né per i geni né per gli idioti... L'insegnamento, come non deve commettere il sacrilegio di sciupare delle facoltà prodigiose colla pretesa del senso comune, così non può pretendere al miracolo di fare d'un citrullo un essere razionale." E poco oltre: "La nostra mira è più modesta, ma più utile: noi miriamo a quel grande strato, ch'è in mezzo ai molto alti e ai troppo bassi, ad elevare quanto è più possibile il senso comune alla dignità di buon senso".

Mi ha fatto molto piacere leggere questa osservazione, perché da tempo vado dicendo che su 100 nostri studenti 15 o 20 sono molto bravi e per loro col nostro insegnamento non possiamo fare molto di veramente utile; un altro 15-20% è probabilmente inadatto allo studio e alle professioni intellettuali e quindi anche nei loro confronti il nostro sforzo didattico risulta in gran parte vano; tuttavia possiamo essere soddisfatti di giovare in modo significativo ai rimanenti, che rappresentano comunque la quota maggiore (60-70%): il loro livello culturale e professionale dipenderà certamente dalla nostra capacità di appassionarli a ciò che stanno apprendendo e di aiutarli ad acquisire in modo fecondo metodo e conoscenze.

Debbo dire che mi hanno stupito non poco queste come altre affermazioni fatte da Murri quasi un secolo fa, perché troppo spesso ho dovuto constatare di persona come esse siano ben poco familiari e parecchi Colleghi dei giorni nostri; per esempio può sembrare scontato - ma non lo è - il concetto che lo scopo dell'insegnare è quello di far imparare e che poco serve affaticarsi a insegnare nozioni teoriche solo affinché gli studenti le memorizzano, perché ciò che serve è imparare ad applicarle; e poi, quanti dei nostri Colleghi attuali dimostrano con il loro agire quotidiano che al centro del processo educativo c'è lo studente e NON il docente?

Mi sembra altrettanto di una sconvolgente modernità l'af-





fermazione di Augusto Murri che "... il segreto per riuscire nell'esercizio della Medicina non sta tutto né nell'acquisto di un gran sapere, né nell'aver veduto un gran numero di malati. Queste sono due condizioni certamente utilissime, ma il più essenziale sta nel loro intermedio, ossia nella facoltà d'applicare le nozioni acquisite ad ogni caso singolo; ... messi davanti a un malato, è certo che spesso vi trovereste smarriti. Conoscere è ben diverso dal riconoscere; e qui si deve sopr'a tutto riconoscere".

Quanti di noi ancora considerano la lezione come la più elevata espressione della funzione docente, anche se spesso si riduce alla ripetizione, sia puré ordinata e diligente, di ciò che è scritto nei trattati ??? Al contrario Murri afferma: "Io non annetto una grande importanza alla esposizione delle dottrine, né al numero delle cognizioni, che si possono racchiudere in una lezione. C'è oggi tale una quantità di ottimi libri, che rendono facile a chi che sia l'acquisto di tal sapere." E più avanti: "Farà opera ammirata, ma certamente meschina, colui che salirà tre volte alla settimana in cattedra per ricantare ciò che si può trovare già stampato con più ordine e con più chiarezza in tutte le lingue". Al Maestro risulta infatti ben chiaro quale debba essere lo scopo dell'insegnamento: "Dunque la mira d'un insegnante dovrebbe tendere soprattutto a diffondere il retto uso del noto. La scoperta dell'ignoto è senza dubbio una mira altissima, ma costituisce in grado molto minore lo scopo dell'insegnamento."

Vanitas vanitatum ...

Io non so se sia iscritta nel codice genetico dei professori universitari la convinzione che le cose di cui ciascuno di noi s'interessa in prima persona è più importante di ciò che possono insegnare gli altri; è certo comunque che questo è un carattere molto penetrante e persistente nella classe accademica, se già un secolo fa Murri constatava che "ognuno di noi tende senz'addarsene a esagerare il valore della disciplina propria. Ognuno naturalmente vorrebbe consacrato ad essa più tempo e più studi che a voi non sia concesso di dare a ciascuna materia".

Si pensi su questo argomento alla vivacissima "guerra delle ore" combattuta da quasi tutti i professori delle Facoltà mediche italiane per accaparrarsi tempi didattici maggiori di quelli dei colleghi, cioè a quella battaglia inter pares - fortunatamente incruenta - che ha connotato negli ultimi tre lustri l'applicazione della famigerata Tabella XVIII nelle sue varie versioni; è facile constatare come il clima non sia oggi cambiato con il passaggio dalle ore di didattica ai crediti formativi: questi sono esplicitamente

definiti come realtà ben diverse dalle ore di didattica impartita, perché misurano i tempi totali d'impegno speso personalmente dagli studenti nell'apprendimento; eppure abbiamo molto di recente visto Facoltà blasonate tradurre senza indugio e senza alcuna correzione le ore di lezione del precedente Ordinamento nei crediti del nuovo.

Mi viene la tentazione di pensare che a questi Colleghi potrebbe ben applicarsi quanto Murri affermava nei riguardi dei suoi coevi, rappresentando fedelmente una sorta di peccato d'origine che chiamerei vacuità accademica: "E' più facile certo per il professore, è più fastoso il presentare un malato classico, applicare per esso tutti i più recenti artifici di ricerca esatta, che nel caso saranno anche inconcludenti, sciorinare una quantità di citazioni di quarta mano e offrire artisticamente un bel quadro dell'immagine consueta d'un processo morboso. Ma lo studente potrebbe spesso fare a meno di tanta sapienza ..."

Debbo confessare il sottile piacere che provo nel leggere parole come quelle che seguono, contro il dogmatismo, ancora così frequente nelle nostre aule: "Coloro, che credono a verità piene e immutabili, a sapere umano intero e imm modificabile, sono spiriti poveri, ch'è bello ignorare. Tutte le nostre verità son concetti relativi allo stato delle nostre cognizioni di fatto: e se la più universale legge della materia è la sua costante instabilità, si potrebbe anche dire che la migliore dote dello spirito scientifico è la sua permanente mutabilità; ... a noi basta sapere che i nostri errori d'oggi contengono un po' più di vero degli errori di ieri". Non possiamo forse intravedere - e neppure con troppa fatica - in frasi di questo genere i fondamenti epistemologici della "Medicina basata sulle prove di efficacia (cioè della "evidence based medicine") ?

Errando s'impara

Altrettanto strabiliante è la chiarezza con cui Murri tratta - sempre con valenza pedagogica - il problema dell'errore in Medicina; è grande il contrasto con gli atteggiamenti in qualche modo "moralistici" che constatiamo quasi quotidianamente nel nostro operare: siamo molto propensi a colpevolizzare i nostri studenti per i loro errori e proprio la paura di sbagliare, che soprattutto la nostra rigidità induce in essi, spesso paralizza la loro "creatività"; nessuno vuole con ciò assolvere facilmente dagli errori, che soprattutto in medicina possono avere conseguenze disastrose: non si può abdicare al rigore in medicina, ma esso non è sinonimo di rigidità. In Murri emerge come un messaggio di grande modernità la consapevolezza che tutti possono errare; anche i Maestri sbagliano, ma il loro errore è ine-





scusabile solo se diventa causa degli errori degli allievi perché consegue a eccessi di sicurezza dei docenti. Dice Murri: ".....l'errore della mia mente non potrebbe scusare voi, se non aveste cercato di preservarvene. Ci sono tuttora dei Clinici, che insegnano per sentenze, per aforismi e hanno gran fortuna come maestri, perché lo scolaro torna a casa credendo d'avere con sé un tesoro..... Ma anche il Professore erra e lo studente porta seco anche gli errori del maestro, se non ha l'abitudine di esaminare col proprio cervello le sentenze di tutti".

Particolarmente istruttivo è il consiglio che ne deriva: ".... l'unica raccomandazione illimitata, che vi facciamo, è di ponderare tutto, di discutere tutte le opinioni, di non concedere alcun valore all'autorità delle persone: solo una critica sana e severa delle cose vi deve persuadere che siete nel vero. Per la nostra coscienza scientifica un ossequio solo è legittimo - l'ossequio ai fatti e alla ragione. Ma importa molto di non scambiare delle persuasioni personali poco giustificate, come prove di lodevole indipendenza di giudizio". Queste affermazioni ricordano da vicino quelle che un altro grande saggio, Bertrand Russel, scrisse nel suo "decalogo" laico: "Non sentirti mai pienamente sicuro di nulla. ... Non portare mai avanti qualcosa nascondendo i fatti, perché essi si riveleranno da sé... Non indurre mai la gente a non pensare con la proprie testa. ... Non rispettare le affermazioni autorevoli altrui, perché troverai sempre un'affermazione autorevole opposta".

A proposito dell'errore Murri osa ripetere il senso del vecchio adagio 'errando s'impara': "... dovremmo temere tanto il pericolo d'un giudizio erroneo? Io non stimo mio obbligo di darvi l'esempio di sì vana pretesa d'infallibilità ... lo stimo mio dovere farvi assistere anche agli errori, affinché sappiate come questi possano evitarsi o come talora possano anch'essere inevitabili. Se poi una volta dovessimo concludere che nessun giudizio è possibile, sarebbe per tutti noi anche questa una buona lezione di modestia."

Insomma nella sua pedagogia anche l'errore diventa - com'è giusto - strumento di apprendimento, purché si mettano al bando dogmatismi e sicurezze aprioristiche; il dubbio, la critica e il rigore della logica possono trasformare l'errore in un prezioso strumento di crescita, pur non assolvendo in alcun modo l'errante dalle conseguenze negative; perciò l'errore in medicina va comunque evitato con ogni sforzo possibile, nonostante la consapevolezza che in molte circostanze sarà inevitabile incorrervi per la fallibilità delle nostre capacità e per la difficoltà dei contesti in cui operiamo; l'unico "perdono" deriverà allora dal non nascondere l'errore, bensì al contrario dall'analizzarlo

impietosamente con spirito critico ma non punitivo, così da trarne utili insegnamenti per il futuro.

Nulla di nuovo sotto il sole

Proseguendo nella "spigolatura" dei pensieri pedagogici di Murri non cessa di stupire la sua sensibilità quasi profetica ad alcuni problemi; lo stupore è probabilmente ingigantito dall'accorgerci che questi problemi sono ancora attuali, anzi sembrano appena nati, tanto da giustificare - si fa per dire - la persistente disattenzione dei nostri contemporanei nei loro confronti.

Proprio in questi tempi si sta discutendo nelle Facoltà di Medicina di "core curriculum" cioè della scelta dei contenuti e delle competenze essenziali e irrinunciabili che i nostri studenti dovrebbero apprendere, distinguendo da queste le conoscenze pure interessanti, ma non indispensabili e che pertanto debbono essere posposte a quelle più importanti, perché nemmeno il tempo degli studenti è dilatabile a piacere; molti docenti s'interrogano sul significato e sul valore del "core curriculum" e non pochi lo considerano - se benevoli - una delle solite "alzate d'ingegno" dei soliti patiti della pedagogia medica. Ebbene, Murri a suo modo già ne parlava quasi un secolo fa; diceva infatti: "E' un'aspirazione molto naturale e certamente nobile quella di conoscere tutto, ma gli uomini d'oggi e fors'anche quelli dell'avvenire han bisogno d'una virtù anche più ardua - la rassegnazione all'ignoranza. - Wirchow confessava di saper poco la Chimica, Spencer di saper poco la Fisica, la Chimica ed altro". E più avanti: "Tutto non si può sapere! Son troppe per la mente d'un uomo le particolari cognizioni, che il lavoro collettivo ha messo a nostra disposizione. Bisogna rassegnarsi a ignorare quelle che, pur essendo utili, non sono veramente indispensabili per chi vuol pervenire al possesso pieno e sicuro di quelle altre, senza delle quali né giudizi giusti, né opere benefiche sarebbero possibili".

Idee altrettanto chiare e moderne il Maestro ha espresso sull'insegnamento della terapia, così spesso distorto o disatteso nelle nostre Facoltà; diceva ai suoi studenti: "... noi non vi mandiamo a fare i pratici con una bella raccolta di sapientissime ricette, ed invece cerchiamo inculcarvi delle norme di terapia. La ricetta deve venire alla penna dopo che avrete capito qual è la condizione presente del vostro malato, qual è il pericolo maggiore che lo minaccia e qual è l'espedito che voi sapete escogitare per evitarlo". In queste parole sono mirabilmente sintetizzate le basi razionali dell'insegnamento e dell'esercizio di terapia; con esse ben si appaiano le seguenti considerazioni, oggi facilmente applicabili alle medicine alternative: "Anche fra i





medici c'è un gran numero, che corre dietro allo strano, al fantastico, al mistico e trascura quello ch'è meno meraviglioso, ma vero. Bisognerebbe che sul limitare d'ogni scienza ci fosse un insegnamento di Storia, ma questa Storia dovrebbe essere veridica, il che è già difficile ad ottenere".

E infine non potevano mancare in Murri opinioni precise sugli esami agli studenti. Sugli esami - e non solo su questi, ma anche sulle attitudini del Medico - Murri scriveva: ".....mi sono andato sempre più persuadendo cogli anni, che l'intelligenza comune non basta per fare bene il medico Cosa curiosa ! Coll'andar degli anni ho smesso anche il mio rigore agli esami. Coll'esperienza ho imparato che a schiacciare e rischiacciare un giovine si guadagna poco o niente. Certuni mi sono tornati innanzi tre o quattro volte, e disgraziatamente ogni volta pareva che ne sapessero meno di prima. Certuni non sono proprio nati per diventare medici."

Medicina generale e specializzazioni

Sui rischi che derivano dagli eccessi di specializzazione, o meglio dalla prevaricazione delle specializzazioni sulle competenze della Medicina interna e generale, Murri diceva con molta saggezza ed equilibrio: "... oggi la medicina par ridotta in frantumi, ognuno de' quali cresce di continuo e di molto, di guisa che, se oggi un Clinico pretendesse di saper fare tutto da sé, dovrebbe suscitare più compatimento che ammirazione. Non solo dalla Medicina interna si sono staccati dei rami, i quali han messo radici proprie, ma gli stessi Clinici generali d'oggi sono tutti un po' speciali ...".

A questa constatazione realistica faceva seguito non l'arroccamento in difesa di un passato non più ripetibile, bensì una visione di evoluzione positiva, anche questa avveniristica perché capace di prevedere come connotato qualificante di una Scuola internistica la sua capacità di armonizzare competenze particolari individuali nel lavoro d'équipe: "Il mio ideale della Scuola - diceva Murri - fu perciò sempre questo, d'avere molti operatori, ognuno dei quali, pur essendo strettamente legato con tutti noi, possedesse nullameno una più singolare perizia in un certo dominio, così che dovesse in questo esserci maestro a tutti." In queste poche parole risalta già evidente il concetto di Scuola come comunità coeducante, dove tutti imparano da tutti; e altrettanto chiaro è il rapporto tra l'impianto pedagogico e le sue ricadute positive nell'esercizio clinico se si legge in positivo la seguente espressione del Maestro: "Ora io credo che questo sia diventato impossibile, quando l'in-

segnamento non sia, come qui, collettivo."

Come condizione indispensabile perché questo tipo di Scuola si realizzi viene indicata l'esistenza al suo vertice di un Clinico medico vero, di un Clinico "regista", capace di ricondurre a unità - grazie al dominio sul metodo - le competenze particolari e comunque indirizzate al fine unitario della cura di una realtà altrettanto unitaria qual è la persona sofferente: "La parte di quest'opera, che tocca più specialmente a me, è quella di desumere dalla grande congerie de' fatti raccolti un'idea, che serva a comprendere le relazioni reciproche di coincidenza, di successione, di causalità. Questa è educazione prevalentemente mentale." Nell'ultima affermazione emerge esplicita la primazia dell'educazione !

Il buon giorno si vede dal mattino

Se ora passiamo a considerare, sia pure molto succintamente, cosa emerge dall'analisi degli appunti di lezione raccolti dagli studenti negli anni 1883-84 e ora pubblicati, appaiono nel concreto alcune delle caratteristiche del pensiero pedagogico di Murri che abbiamo fino a questo punto letto nelle espressioni teoriche ex cathedra del Maestro.

Si tratta di lezioni del periodo giovanile della sua docenza a Bologna, di oltre 20 anni precedenti alle "Quattro lezioni ..." da cui sono state tratte le frasi precedentemente riportate tra virgolette; nella trascrizione di queste lezioni "giovanili" non sono state appuntate considerazioni generali di indole metodologica; non sappiamo se questa mancanza dipenda del fatto che Murri in quell'epoca non si prodigava in insegnamenti più ampi rispetto dell'analisi accurata e puntigliosa dei casi clinici, oppure se la stringatezza non sia piuttosto dovuta alla volontaria omissione degli studenti cronisti, che hanno temuto di tradire il pensiero del Maestro.

Tuttavia appare chiara, anche senza parole di spiegazione, l'impostazione metodologica del grande Clinico: nella trattazione dei casi egli ricopre visibilmente il ruolo di regista della diagnosi e delle decisioni conseguenti; non analizza, né argomenta sulle caratteristiche dei propri ragionamenti diagnostici e tuttavia insegna ragionando come si debba ragionare; si può dire senza esagerazione che queste lezioni sono un esempio mirabile di insegnamento attraverso la soluzione di problemi: non possiamo sapere se questo metodo riuscisse a sortire anche un apprendimento fondato sulla ricerca delle soluzioni e sulle decisioni conseguenti, come ci si propone con la moderna metodologia del "problem solving"; tuttavia la chiarezza degli appunti





degli studenti dà testimonianza certa della chiarezza dell'insegnamento! In particolare colpisce lo stile pedagogico di Murri applicato correntemente nella Clinica: la sua esposizione non pone in primo piano le teorie interpretative, magari corroborate da esempi per risultare più comprensibili; com'è nella buona pratica del Clinico, egli narra gli avvenimenti che riguardano pazienti reali, i suoi pazienti di ogni giorno, che spesso rende oggetto di più lezioni successive, anche distanziate nel tempo, man mano che l'evoluzione naturale della malattia fa emergere elementi nuovi, talora capaci di esplicitare la diagnosi, talaltra fonti di ulteriori complicazioni interpretative.

I dati e gli eventi vengono fatti parlare il loro linguaggio, ma poi non sono abbandonati all'interpretazione senza guida: quest'ultima si fonda su principi e metodi di natura fisiopatologica, ovviamente alla luce delle conoscenze limitate allora disponibili e attraverso il filtro della ricca esperienza clinica del Maestro. Solo dopo un accurato argomentare dialettico che s'impone per il rigore logico del ragionamento clinico, si raggiungono le conclusioni diagnostiche possibili o più probabili; è curioso e ammirevole il fatto che quando un paziente decede a causa della propria malattia, spesso Murri lo riporta a lezione cadavere, ma la sua epicrisi clinica sempre precede il riscontro autopsico e quest'ultimo in gran parte conferma le conclusioni diagnostiche precedenti, rafforzando la fiducia nel valore di argomentazioni rigorose sul piano logico e metodologico, nonostante la limitatezza delle conoscenze del tempo. Proprio questi connotati pedagogici avvalorano l'autenticità degli appunti di lezione degli studenti, perché lo stile di Murri, il suo fraseggiare, lo stesso linguaggio sono estremamente simili allo stile e al linguaggio delle lezioni successive, ufficialmente riconosciute. In entrambe le occasioni l'esposizione è gradevole, chiara, spesso arguta; il didatta non teme di utilizzare metafore "laiche" cioè tratte da contesti lontani dalla medicina, per rendere più efficace la propria esposizione.

Ancora, la sequenza dei pazienti presentati, anche se spesso è condizionata dalla necessità impellente di presentare un caso emblematico e perciò particolarmente istruttivo, quando è possibile mostra un intento didattico organico, tutt'altro che estemporaneo: per questo vengono presentati in successione casi diversi ma tra loro collegati da qualche analogia; ogni qual volta ciò sia possibile, si dà conto dell'evoluzione clinica successiva dei casi portati a lezione, dando prova da una parte di grande obiettività ed onestà intellettuale e dando testimonianza dall'altra del grande valore metodologico che ha nella diagnostica clinica l'osservazione attenta dell'evoluzione temporale dei fenomeni.

Il carisma del Maestro

Infine, sopra ogni cosa giganteggia in tutte le lezioni di Murri – quelle giovanili e quelle della maturità, quasi confermando una caratteristica "genetica" del Clinico – la capacità di una visione "olistica" delle situazioni e dei casi presentati: una visione nella quale – pur attraverso semplici strumenti narrativi – si armonizzano in sintesi interpretative convincenti i dati anamnestici con quelli – sempre molto accurati – dell'esame fisico del paziente e infine anche con quel poco che all'epoca poteva emergere da una medicina di laboratorio ai primi passi.

Proprio per questo tutte le lezioni di Murri (sia quelle autorizzate, sia quelle "clandestine"), stagliano davanti al lettore – come doveva succedere davanti allo studente – l'archetipo del Maestro, in quanto trasmettono con immediatezza l'esperienza umana oltre che clinica del docente, e sanno fondere armonicamente metodo, contenuti clinici e scientifici, valutazioni critiche e opinioni personali in una sintesi didattica finalizzata soltanto a facilitare l'apprendimento.

Tutto questo "tesoro" è ben sintetizzato nelle poche frasi che mi piace ancora riportare testualmente alla fine di questo contributo e dalle quale emerge la modernità del pensiero di Murri nel fare sintesi tra ricerca scientifica, metodo clinico e tensione pedagogica: "Tra colui che riesce ad avvalorare di una nozione nuova l'intelletto umano, e colui che colle nozioni già trovate tende a provvedere ad uno dei bisogni della vita contemporanea, corre un'affinità mentale non piccola, perché non è diversa la via che conduce entrambi al vero". E ancora: "Avete bisogno di pensare, di riflettere, di ragionare ad ogni istante, se non volete rinunciare alla più utile delle prerogative umane. Non potete scegliere un concetto o l'altro senza esaminarli tutti e senza dare finalmente un valore preponderante ad un argomento o ad un altro." ... "Se vi manca la dote di ricercare e di criticare, nessuno studio teorico va la può suscitare e tanto meno può supplirla."

Bibliografia

1. Delvecchio G.: La dimensione pedagogica del pensiero e dell'opera di Augusto Murri. *MEDIC* 3: 170-174, 1995
2. Murri A.: *Quattro lezioni e una perizia* - Il problema del metodo in medicina e biologia. Ed. Zanichelli, Bologna 1973
3. Murri A.: *Lezioni di Clinica Medica 1883-84*, Cinquantasei lezioni inedite raccolte da Alessandro Codivilla e Napoleone Cavara. Prefazione di Cesare Scandellari. Un'edizione a cura di Giovanni Danieli, Il Lavoro Editoriale, Ancona, 2001





VITO CAGLI
Ospedali di Roma

"Finito di stampare il 31 dicembre 1923 nella tipografia di A. Cacciari in Bologna", così reca in quarta di copertina il volume di *Nosologia e Psicologia*, il saggio di Augusto Murri che nei primi giorni del 1924 veniva distribuito alle librerie dall'Editore Zanichelli'.

Non sappiamo quanto tempo abbia impiegato il clinico bolognese a scrivere questa sua opera, ma certamente durante tutto quell'anno 1923 essa lo avrà tenuto occupato e avrà riempito la sua solitudine con un impegno quasi quotidiano. Aveva lasciato l'insegnamento nel 1916, a 75 anni; la sua attività professionale era andata progressivamente riducendosi. Si incontrava volentieri con i suoi antichi collaboratori Gnudi e Silvagni² e usciva a passeggio con loro lungo i viali dell'antica cinta; molti ancora lo salutavano per strada; alcuni lo avvicinavano per dirgli la loro gratitudine. Con gioia rileggeva l'amato Marco Aurelio, i cui *Ricordi*, erano il suo *livre de chevet*, tutto segnato e postillato³. La sua mente era lucida e il desiderio di conoscere e di riflettere non era per nulla scemato: voleva cimentarsi con qualcosa che sollecitasse al tempo stesso il suo interesse e il suo acume critico.

Scelse la psicologia: forse voleva meditare sulla condizione umana e su se stesso; forse voleva trovare un senso. Non tanto alla propria vita: la sapeva ben spesa nell'insegnamento e nella pratica della medicina. Lo tormentava ancora la tragedia che più di venti anni prima si era abbattuta sulla sua famiglia, quando suo figlio Tullio e sua figlia Linda erano stati gli artefici di un orrendo delitto, l'uccisione del conte Bonmartini, marito di Linda. Si può comprendere il cuore umano? Forse questo si era chiesto il vecchio professore. E aveva cercato una risposta là dove lo guidavano la sua formazione: nella scienza. Non quella che si occupa del corpo, ma quella che ha per oggetto la mente. Certo la scelta del tema di quel suo lavoro è per noi sorprendente e lui, l'Autore, non fa nulla per chiarircene i motivi.

Ma apriamo questo libro e cominciamo a leggerne la prefazione. Il motivo conduttore di quelle pagine gira intorno a questa affermazione: "I clinici non inventano: guardano e, se san guardare, vedono" (p. VI). Lo aveva sempre sostenuto: compito del clinico non è quello di scoprire cose nuove, ma di saper adoperare bene ciò che già si conosce e di insegnarlo ai propri allievi. C'è però un tenue indizio, una sottile traccia di qualcosa di più personale, là dove egli scrive: "In un argomento così complesso ed oscuro, qual è la vita sana e, ch'è più la vita malata, servono di più pochi ma precisi ed esatti concetti, che una farragine d'idee false e sconnesse, che il volgo può anche battezzare per sapienza" (p. XV). La "vita", questa parola ripetuta due volte.

Non termini come "salute" o "malattia", ma "vita sana" e "vita malata". È alla vita che egli pensa, alla sua vita, a quella dei suoi figli, ora lontani da lui: Linda a Roma, dopo la grazia chiesta da Baccelli al Re⁴. Tullio fuori dal carcere da soli quattro anni, ma poco presente nella vita del padre. Ed eccolo allora unire in uno stesso titolo qualcosa che gli è familiare, la nosologia, con qualcosa per lui quasi nuova, la psicologia.

Già dalle prime pagine del libro ritroviamo il Murri che conosciamo: ragionatore, critico, demolitore. Non nega certo l'esistenza dell'umana sofferenza, ma quando essa, in qualche modo, prende forma di malattia e diviene quindi di interesse nosologico allora egli non può accettare quelle due parole latine *sine materia* che per lui altro non sono se non una sfida: ciò di cui oggi noi non troviamo traccia sotto forma di lesione anatomica, apparirà domani ad altri studiosi che con più fini indagini sveleranno il mistero. Scrive: "Non è chi non vegga che il giudizio di psiconevrosi *sine materia* è illogico, perché equipara il nostro ignorare un'alterazione materiale del cervello colla inesistenza di essa" (p.24). La sua obiezione è rivolta allo psicoanalista e futuro biografo di Freud,

Augusto Murri e la Psicoanalisi

Ernest Jones, il quale a proposito di psiconevrosi aveva scritto che esse differiscono radicalmente dalle malattie ordinarie (p.21). No! questo Murri non può proprio accettarlo: le malattie sono tali in quanto hanno cause e lesioni anatomiche che se pure ancora sfuggono, *devono* esistere. E allora bisogna prendere di petto il problema fondamentale: "la psiche". Come possiamo concepirla? "Ci sono patologi che parlano di essa quasi fosse un'energia immateriale, capace d'influire sui fenomeni psichici e nervosi, non già il prodotto della costituzione materiale del sistema nervoso" (pp.24-25). E qui si affaccia, il "nemico" tante volte combattuto, lo "spettro", tante volte esorcizzato: la "forza vitale". Scrive Murri: "Un secolo addietro questa nostra tendenza a interrogare i fatti stessi del corpo era sparita: i Malpighi e i Morgagni erano spariti e restavano solo gli ammiratori di Tommasini e di Rasori, che disponendo a lor agio di una forza **vitale** sapevano render conto di tutto" (p.25). E quanto a quei fenomeni "speciali" che vengono designati come psichici aggiunge: "noi concludiamo che quei fenomeni psichici, che sono *unici* in tutta la natura e che non hanno altra causa dimostrabile, sono collegati a questa **unica** costruzione cerebrale. Noi non spieghiamo punto. Osserviamo una costan-





te relazione di fatti e ne inferiamo la loro attinenza causale" (p.28). Dunque i fenomeni psichici hanno come substrato materiale il cervello cui sono collegati da una "costante relazione".

La posizione filosofica di Murri ci appare qui come chiaramente materialista e insieme permeata da un fondo di scetticismo, già formidabilmente espresso da Du Bois Reymond nella sua conferenza del 1872 con il suo famoso *Ignorabimus*⁵. Ma, per quanto possano tentarlo le questioni filosofiche, Murri, da medico, quale mai dimentica di essere, finisce sempre però per tornare al malato e alle malattie, a quel mondo della patologia che è il suo mondo e verso il quale ha rivolto attenzione e lotte per tutta una vita. E allora, quasi con un moto di orgoglio, eccolo affermare: "Non ci basta di desumere dai sintomi che la psiche è malata. Volendo e dovendo conoscere il significato della sua malattia non possiamo fare a meno di penetrare anche più profondamente nello studio dei fenomeni psichici, per conoscere le condizioni da cui dipendono" (p.45). È come se Murri dicesse qui, che altri possono occuparsi di descrivere le malattie psichiche, restando nel campo della sola psicologia, ma che spetta al medico di capire il perché di queste malattie e che ciò possa farsi attraverso lo studio del sistema nervoso: "c'è un punto nel quale un dissenso non è possibile ed è nel riconoscere la grande importanza dell'investigazione psicologica e dei frutti ch'essa ha già dato: ma c'è anche un punto nel quale l'accordo non è più possibile ed è nel ritenere che lo studio e la cura della psiche sian tutto e che lo studio e la cura del sistema nervoso siano poco più di nulla" (p.129). Afferma poi che in talune situazioni lo studio funzionale è più importante di quello morfologico e, quasi fosse un corollario di quanto appena detto, scrive: "I trionfi maggiori della psicoanalisi si ritrovano nella storia dell'isterismo. Non era sfuggito mai agli osservatori diligenti che le isteriche avessero proprietà psichiche diverse dalle comuni, ma certo molti fatti che l'analisi moderna ha messo in luce erano rimasti ignoti ad essi, che non sapevano ancora approfondire l'indagine nell'incoscienza" (p.130). Affermazioni rilevanti perché riguardano la capacità conoscitiva della psicoanalisi, e soprattutto il riconoscimento dell'esistenza di una psiche inconscia. Ma subito dopo il pendolo oscilla in direzione opposta: non è accettabile una psicogenesi della malattia perché gli elementi sepolti nell'incoscienza e perciò ignoti non costituiscono la patogenesi della malattia. "Dietro ai fenomeni psicologici che l'analisi più profonda ha messo in luce, resta pur sempre da svelare perché quei fenomeni si osservano nelle isteriche e non s'osservano nelle non isteriche. Rovistando in strati sempre più profondi dell'inco-

sciente il Freud giunse a scoprire che la psiche isterica è preceduta da traumi psichici d'indole sessuale, che s'avverano nei primissimi anni di vita. Ma come tali traumi determineranno la neurosi non si sa. Sono essi forse esclusivi dei bambini che saranno isterici? Se sì, sarebbe necessario dirci in che differivano questi bambini da quelli che non diventeranno isterici" (p.130). Quando si parla di "causa" delle malattie Murri sembra davvero incontentabile: sembra quasi che il suo concetto di "causalità" si identifichi con quello di causalità meccanica. Ritorniamo su questo punto, ma qui vogliamo ancora citare una breve affermazione che ci sembra cruciale per illuminare il pensiero del Nostro su questa questione: "Un medico non psicologo [...] non può considerare i fenomeni psichici come causa della malattia, ma come **sintomi** di essa" (p. 133).

Proseguendo nella sua indagine, Murri riassume il pensiero di Freud. In realtà egli si rifà fondamentalmente al primo Freud, quello del metodo "catartico", che successivamente lascerà il posto alla psicoanalisi, ma in cui sono già presenti termini fondamentali come "complesso", "affetto", "conflitto e soprattutto, "conversione", cioè la trasformazione di uno stato psichico in uno stato fisico, che Murri ritiene come il punto "più essenziale di tutto l'edificio di Freud" (p.136). E poi, forzandone non poco il pensiero afferma che: "Quantunque la dottrina di Freud sia basata sull'osservazione psicologica attuata con l'analisi psichica e coll' interpretazione del sogno, essa però si riavvicina alla patologia comune più della concezione vaga di una malattia mentale perché ammette una **costituzione sessuale all'origine dell'isterismo**" (p.140). Vi è qui l'accettazione dell'importanza della sessualità nella genesi della malattia, importanza che Murri ribadirà poco più avanti (p.142); ma vi è anche la valorizzazione di una terminologia come "costituzione sessuale" che Freud non adopererà più dopo il 1905. In quell'anno egli pubblica un lavoro importante⁶ in cui sostiene l'importanza della "diversità innata delle costituzioni sessuali" presentata, tuttavia, come un elemento non decisivo. Spetterebbe infatti alla elaborazione successiva di determinare lo sbocco a cui può giungere il fattore costituzionale: se tutte le predisposizioni si conservano e si rafforzano il risultato sarà "una vita sessuale perversa"; se invece interviene un processo di rimozione il risultato sarà "una vita sessuale limitata ma integrata da malattia psiconeurotica"; se infine interviene un processo di sublimazione allora "dalla predisposizione, in sé pericolosa, risulta una non disprezzabile intensificazione della capacità di prestazioni psichiche". In coincidenza con la descrizione di questo terzo esito Freud chiarisce, e stranamente lo fa soltanto qui, che egli sta parlando di "dispo-





sizione costituzionale anormale". Ma ciò che Murri dichiara di non poter accettare è "il considerare come il primo anello della catena dei fatti isterici la repressione dei desideri sessuali infantili" (p.146). E qui un'osservazione di Murri, "Ma c'è forse una famiglia, in cui i desideri sessuali infantili siano leciti?", ci rende chiaro come egli non abbia compreso la differenza tra "repressione" e "rimozione": fenomeno cosciente e dunque consapevole, il primo; inconscio e dunque inconsapevole, il secondo. Può aver pesato in questa incomprensione la lettura di opere di psicoanalisi in lingua inglese, perché in questa lingua il termine *Verdrängung* (rimozione) viene tradotto con *Repression*, mentre per "repressione" il termine inglese è *Suppression*.

Comunque quella di Murri non è una posizione che rifiuta la psicogenesi delle neurosi: ciò che egli sostiene è che la psicogenesi non basta da sola. Scrive a p.150: "Uno studio limitato solo ai fenomeni psichici vale per la Psicologia, non basta per la Medicina" e, poco più avanti, a p. 152, citando il suo "illustre amico", professor Sante De Sanctis, titolare della cattedra di psicologia sperimentale nell'Università di Roma: "quando di una malattia psicogena si dà una interpretazione psichica, non se n'esclude perciò l'interpretazione fisiologica".

Certo, prosegue Murri, l'eredità o il sesso non spiegano l'isterismo, ma anche la psicoanalisi, se pure indagando gli "istinti sessuali e le predisposizioni nervose" si è avvicinata di più alla causa di questa malattia non l'ha tuttavia scoperta (p.158). E poi la difficoltà di comprendere come un "complesso represso diventa capace di effetti somatici?" (p.183-184); ma soprattutto la considerazione che "se si pensa che tutto quest'edificio di parole e di similitudini ha per base di fatto soltanto la scoperta dei ricordi sessuali infantili nel cervello degli isterici adulti, bisogna convenire che la base dell'edificio non basta a sostenerlo" (p. 185). La conclusione è che: "la costruzione psicologica elevata dal Freud sopra alcuni fatti della patologia della psiconevrosi non può accogliersi come tanto solida da meritare che i medici la considerino quale prova che le psiconevrosi non sono malattie corporee, come tutte le altre" p.186).

Infine con uno squarcio di luce che anticipa un modo diverso di concepire la psicoanalisi egli la definisce come "un'eccellente fonte d'indagini semiologiche, non una dottrina che abbia sconvolto le basi della patogenesi delle psiconevrosi" (pp. 197-198).

Concediamoci ora qualche parola di commento su due punti specifici, prima di cercare di trarre alcune conclusioni generali.

Come concepiva Murri la causalità? Perché egli ritiene che

la scoperta di un trauma psichico come antecedente necessario di una psiconevrosi non possa avere valore di causa? Causa magari di per sé insufficiente, ma pur sempre elemento determinante o scatenante. Non vi è da parte dell'autore un chiarimento esplicito su questo punto, ma se consideriamo il suo scritto nella temperie filosofica in cui è immerso, quella del positivismo, possiamo, senza fare un passo troppo audace, supporre che egli identifichi la causalità con la causalità meccanica. E allora, comprendere il passaggio tra contenuti psichici e manifestazioni somatiche dell'isterismo di conversione diviene per lui impossibile. D'altra parte lo stesso Freud già nel 1909 aveva parlato in maniera problematica di quel "salto dallo psichico all'innervazione somatica - la conversione isterica - di cui non riusciamo mai a farci un concetto" 8 e nel 1917 dell'"enigmatico salto dallo psichico al somatico" 9. "Enigmatico" perché si ricollega al problema filosofico di come un'entità incorporea, la mente, possa agire su una materiale, il corpo. Un problema non risolto da Aristotele e neppure da Cartesio e che suggerì ai cartesiani come Geulinx e Malebranche l'espedito dell'"occasionalismo", in cui ogni rapporto causa - effetto è miracoloso in quanto direttamente determinato da Dio. È vero che Freud sembra talora sfuggire a questo "interazionismo", con una posizione "parallelista" da lui assunta nei lavori neurologici pubblicati tra il 1888 e il 1901, ma poi ripresa nel *Compendio di psicoanalisi* pubblicato nel 1938. Tra queste date c'è il Freud dell'isteria e del processo di conversione, ma mai egli ha sentito il bisogno di conciliare o almeno giustificare queste diverse posizioni.

Quanto a Murri, per lui "la psiche è l'esponente delle condizioni del cervello" (p.106) cosicché "Ciò che per alcuno potrà significare un'anomalia discretamente misteriosa di quell'energia spirituale che s'inserisce nel cervello, è invece per noi un'alterazione del sistema nervoso e particolarmente di quelle parti di esso che più direttamente sono in relazione con le funzioni della psiche" (p.61). Insomma, qui la psiche è risolta nel cervello e, non essendo ancora sorte quelle moderne impostazioni che concepiscono le funzioni psichiche più elevate (la coscienza di sé) come legate alla "emergenza di facoltà semantiche e in definitiva dal linguaggio" 10, tutto si mantiene nei confini di un riduzionismo fin troppo semplicistico.

Il secondo punto che vorremmo commentare riguarda la già citata affermazione di Murri secondo cui la psicoanalisi, più che aver valore nell'illuminare la patogenesi delle psiconevrosi, sarebbe "un'eccellente fonte d'indagini semiologiche". Dietro il linguaggio strettamente medico, il pensiero di Murri sembra essere: la psicoanalisi ci fornisce

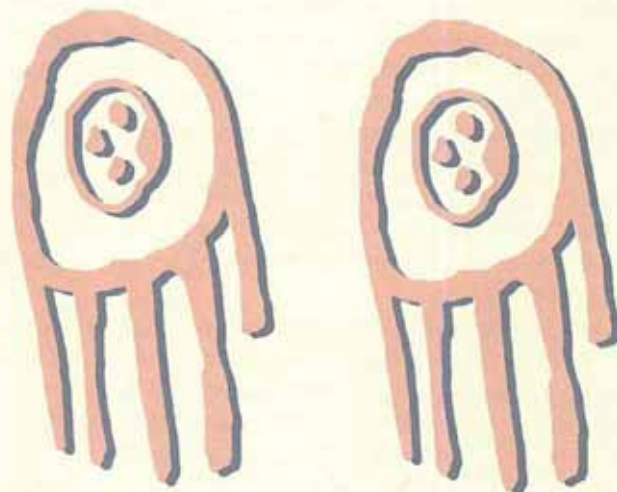




un ricco campionario dei contenuti psichici che accompagnano le psiconevrosi e che ne costituiscono i sintomi. E poi non un cenno qui, e pochissimi sono quelli sparsi nel libro, sulle sue capacità terapeutiche. L'interesse di Murri è volto altrove, allo stesso modo di quello che troviamo nel tardo Freud, il quale scrive nel 1932: "Vi ho detto che la psicoanalisi è nata come terapia, ma non è questa la ragione per cui ho intesa raccomandarla al vostro interesse, bensì per il suo contenuto di verità, per quanto essa ci insegna su ciò che all'uomo sta a cuore al di sopra di ogni altra cosa - la sua stessa essenza - e per le connessioni che mette in luce fra le più diverse attività umane"¹¹. Insomma nel Freud maturo l'aspetto conoscitivo della psicoanalisi è divenuto preponderante e Murri sembra quasi anticipare questo modo di vedere.

Ed ora qualche parola conclusiva. Nei confronti della psicoanalisi Murri ebbe sicuramente alcuni meriti. Anzitutto quello di averla considerata come un insieme di osservazioni e di concezioni che avevano dignità scientifica e andavano studiate. In secondo luogo di averne accettato i due aspetti fondamentali: la realtà della vita inconscia; l'importanza della sessualità. I limiti del modo in cui la psicoanalisi è stata considerata da Murri derivano dal suo positivismo e dalla paura di un rinascito vitalismo che gli hanno impedito di comprendere come questa scienza non costituisca una negazione dell'organicità, ma soltanto un diverso punto di vista che aggiunge allo studio dell'uomo, sano o malato che sia, una nuova dimensione, quella psicologica. La pretesa di Murri di riportare la psicologia alla fisiologia del cervello è un errore, come sarebbe un errore voler risolvere la fisiologia nell'anatomia o la clinica nella fisiologia, scienze tutte che soltanto integrandosi tra loro consentono un vero progresso della conoscenza.

Ma una cosa è certa: l'onestà intellettuale di Augusto Murri. Egli si documentò, considerò la psicoanalisi come un insieme di fatti e di opinioni degni di attenzione, criticò con franchezza e sino in fondo quegli aspetti che la sua formazione e la sua esperienza gli facevano ritenere come inaccettabili. Fece insomma la sua parte: quella di un uomo di scienza.



Bibliografia

1. Nelle citazioni testuali da quest'opera le parole in grassetto sono tali nell'originale
2. Cfr. G.P. Arcieri *Figure della medicina contemporanea italiana* Fratelli Bocca Editori, Milano 1952, pp. 245-255.
3. Cfr. A. Gnudi *Per lo scorporamento della lapide sulla casa di Augusto Murri* "Bullettino delle Scienze Mediche" 1942; 20: 1-12.
4. F. Pettinelli *Il medico dei Re*, CLD, Roma 2000, p.87.
5. E. Du Bois Reymond *I confini della conoscenza della natura*, Feltrinelli, Milano 1973 p.47.
6. S. Freud *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in *Opere*, Vol. 4, Boringhieri, Torino 1970, in particolare pp.539-542.
7. Va notato che le citazioni di autori di opere psicoanalitiche, come Freud, Stekel o altri, non sono corredate da indicazioni bibliografiche. Unica eccezione, a p. 21, si ha per Ernest Jones per il quale è specificata l'opera: *Treatment of the Neuroses*, London 1920.
8. In S. Freud *Opere* Vol. 6 Boringhieri, Torino 1974 p.8.
9. In S. Freud *Opere* Vol. 8 Boringhieri, Torino 1976 p.421.
10. G.M. Edelman, G. Tononi *Un universo di coscienza: come la materia diventa immaginazione*, Einaudi, Torino 2000 p.251.
11. S. Freud *Opere* vol.11 Boringhieri, Torino 1979 p.261.





CESARE SCANDELLARI

Università degli Studi di Padova

Il saggio di Augusto Murri a cui si riferisce la presente trattazione¹, comparve nel 1922. Per comprendere pienamente gli argomenti discussi in esso, è utile rammentare che in quei tempi la medicina stava iniziando il suo più rapido sviluppo tecnologico. Da alcuni anni, la radiologia veniva utilizzata in clinica² e l'elettrocardiografia, anche se non era ancora un'indagine routinaria, aveva già condotto alla precisazione della tachiaritmia da fibrillazione atriale³. Alcune - sia pure rudimentali - indagini di laboratorio erano ormai abitualmente eseguite nei pazienti; le specialità mediche erano divenute una realtà e le consulenze specialistiche, una consuetudine. In altre parole, il tradizionale rapporto a due medico-paziente cominciava ad essere condiviso tra più figure: il medico, lo specialista, gli operatori dei vari servizi diagnostici.

Nel 1922, Augusto Murri è ormai un anziano professore in pensione di 81 anni. Da 6 anni, nel 1916, all'età di 75 anni, è stato collocato a riposo, provvedimento che egli ha accolto con rammarico, manifestato apertamente in una lettera al figlio Tullio. Ma il suo interesse per i problemi della medicina e della clinica è ancora vivo. Vede sorgere un modo di fare il medico molto diverso dal suo: ne coglie alcuni aspetti positivi, ma ne intuisce anche i potenziali rischi. Così, quando ha occasione di leggere una pubblicazione scritta da un clinico inglese, sir James McKenzie, dedicata appunto ai problemi connessi con l'evoluzione della medicina⁴, Murri, condividendo molti giudizi espressi dall'Autore inglese, decide di intervenire nella discussione e pubblica il saggio di cui ci occuperemo ora e che va considerato una sorta di testamento spirituale, rivolto soprattutto ai medici più giovani, quelli che fino a pochi anni prima lo avevano ascoltato nelle aule universitarie. Ma oltre che testamento conclusivo del suo insegnamento, appare anche come un'ultima perorazione a favore di quel principio al quale egli stesso non venne mai meno: quello di considerare il malato il centro indiscutibile dell'atto medico.

Gli argomenti su cui Murri appunta la sua attenzione nel suo scritto sono almeno tre. Il primo, i rapporti tra la clinica e le scienze che oggi chiamiamo "di base". Il secondo, la progressiva specializzazione della professione ed infine, il terzo, l'utilizzazione delle nuove tecnologie.

Le considerazioni relative al primo punto riprendono un motivo sempre presente, fin dall'inizio del suo insegnamento, nel pensiero di Murri. È interessante ricordare come nel 1876 - quindi quasi 50 anni prima della stesura di "Dei medici futuri" - Murri si presentava per la prima volta all'Università di Bologna con la sua prolusione alla Clinica Medica nella quale egli, delineando la sua concezione di clinica e il suo programma, disse tra l'altro:

"l'Anatomico, il Fisiologo, il Patologo - ci danno il frutto delle loro fatiche, ma noi dobbiamo esaminarlo, purificarlo, farne uso e poi rinviarlo ad essi o modificato o accresciuto o semplicemente avvalorato dalla nostra esperienza". In sostanza Murri affermava che la clinica si doveva nutrire delle conoscenze provenienti dalle scienze di base senza tuttavia divenirne soggetta, e che anzi essa stessa doveva rappresentare il banco di prova e lo strumento di verifica definitiva delle affermazioni di queste discipline.

L'indipendenza, anzi la supremazia della clinica rispetto ai risultati ottenuti dalle scienze di base, è una convinzione che Murri conferma anche in questo penultimo lavoro della sua produzione scientifica (seguirà infatti, nell'anno seguente, Nosologia e Psicologia, commentato in questa stessa riunione, da Vito Cagli). Guardando con un'ampia

panoramica alla situazione della medicina italiana ed estera, Murri riconosce i grandi meriti della ricerca scientifica svolta in particolare in Germania. Tuttavia afferma che la clinica, pur giovandosi dei risultati della ricerca pura non deve identificarsi con essa, ed anzi

lamenta che grandi clinici italiani abbiano creduto di aumentare il prestigio della clinica valorizzando in modo preminente le scoperte ottenute in laboratorio.

"Sarebbe ingiusto - egli scrive - negare che nell'ultimo mezzo secolo una gran luce di scienza non siaci venuta dalla Germania. Essa però usciva o dai numerosi laboratori ... ovvero dalle sale anatomiche animate dallo spirito privilegiato di Rudolf Virchow più tosto che dalle corsie degli ospedali. I clinici tedeschi cercarono indefessamente d'innestare nella clinica i prodotti di laboratorio: e ciò parve più alta scienza. ... I compatrioti di Bacone e di Sydenham ... si tennero più strettamente all'osservazione dei malati. L'Italia aveva avuto la fortuna di dare alla Medicina una mente limpidissima, ... Nullameno né il Bufalini ... ebbe così la forza o la fortuna di dimostrare l'efficacia dei pochi canoni di metodo veramente sperimentale che serve alla medicina, né tanto meno ... il [suo] pensiero... fu fecondato dai suoi successori. I Tommasi, i Concato, i Cantani, clinici valorosissimi ebbero la direzione del pensiero medico italiano. Essi però, ignorando e trascurando tutto ciò che c'era già qui, trasportarono di sana pianta tutto quello, che di vero e di utile il lavoro metodico delle scuole tedesche aveva acquisito per la scienza medica, ma anche quello che sarebbe stato bene lasciare dov'era." (p. 6)

Dei medici futuri: il giudizio di Augusto Murri sull'evoluzione della medicina clinica del primo '900





Murri quindi non disconosce la necessità di conoscere e studiare le scienze di base ma riafferma il principio che il problema deve nascere nella clinica e la necessità che il medico tragga le sue conclusioni principalmente dalla "osservazione" al letto del malato: solo in un secondo tempo e se necessario, potrà ricorrere alle possibili spiegazioni di ciò che ha visto in corsia: non va quindi accettata né incoraggiata la tendenza che viene a svilupparsi, man mano che più numerose sono le scoperte scientifiche, ad avvalersi di interpretazioni dei fenomeni morbosi secondo schemi interamente sviluppati nei laboratori, lontano dai pazienti.

"Quantunque non si dicesse aperto, che il clinico dovesse essere guidato solo dalle nozioni fornitegli dai laboratori, in realtà egli era tanto più apprezzato quanto più obbediva alla direzione altrui: così tu trovavi più facilmente chi pensava istologicamente, chi anatomo-patologicamente, chi fisiologicamente, chi chimicamente, anzi che uno che pensasse clinicamente"... (p.6)

In definitiva, la clinica, secondo Murri non deve rinunciare alla sua natura di disciplina autonoma né deve rinunciare al suo metodo, consistente in un modo di pensare che è diverso da quello proprio delle altre discipline.

Orbene, la figura alla quale Murri affida il compito di difendere la centralità della clinica, intesa come studio globale del paziente, non è rappresentata dai medici più avanti nella carriera professionale ospedaliera od universitaria, bensì da quella solitamente meno considerata nell'opinione generale: il medico pratico o, come diremmo oggi, il medico di famiglia, il quale possiede, in virtù delle stesse condizioni nelle quali si svolge la sua azione professionale, le maggiori possibilità di comprendere il singolo paziente, nelle sue sofferenze fisiche e morali, nelle sue difficoltà, nelle sue paure, e comprendere, oltre ai suoi problemi personali anche quelli familiari. Il medico "pratico" quindi non deve rinunciare a questa sua fondamentale responsabilità, lasciandosi magari attrarre dalle novità che provengono fuori dalla clinica.

E' necessario "restituire al pratico comune una parte importante nella ricerca scientifica delle malattie. Nei primordi della Medicina era l'opera di lui [il medico pratico comune] l'unico strumento di indagine: oggi egli sembra caduto al rango d'un semplice discepolo e i suoi maestri sono l'anatomico, il fisiologo, il patologo, il batteriologo, il chimico: quanto più il medico pratico sa rifugiarsi sotto l'autorità di questi scienziati, tanto più stima egli gode di sapere adempiere altamente l'ufficio suo." (p. 4)

Su questo argomento - la possibilità cioè che il clinico possa pervenire con la sola osservazione del malato a conclusioni più corrette rispetto a quelle ottenibili dalla considerazione passiva dei dati di laboratorio - le considerazio-

ni di Murri assumono caratteri di polemica appassionata:

"Il Bufalini fu sempre considerato dagli anatomici italiani come un illuso, perché sostenne sempre che un'infezione tifosa, può, in casi eccezionali, non produrre ulcere intestinali: i bigotti di quel tempo lo deridevano, siccome uno che negasse fede all'anatomia patologica. 5... Oggi si sa che esistono ... delle vere infezioni da bacillo di Eberth senza lesioni intestinali. D'onde l'errore? Naturalmente dal pregiudizio, che l'Anatomico è un cultore di scienza sperimentale e che, come tale, può dar lezione al clinico ... [e dal fatto che] l'Anatomico che non trovava lesioni intestinali, inferiva che la malattia, la quale egli non aveva osservato, non era una febbre tifoide. Secondo lui, il medico che l'aveva osservata, non era uno sperimentatore: era un empirico cogli occhi bendati". (p. 8)

In questo esempio, al di là del tono polemico, che potrebbe far pensare ad una difesa corporativa della posizione professionale di Murri, si rende palese il vero nocciolo dei timori di Murri. Egli che aveva sempre insegnato ai suoi studenti ed ai giovani medici che non esiste un'autorità infallibile che possa affermare la verità di un'argomentazione, o di un'ipotesi, non poteva accettare che la supposta supremazia delle discipline più strettamente "scientifiche" potessero ergersi a giudici inappellabili delle osservazioni e delle conclusioni cliniche.

L'analisi di Murri sul futuro della medicina e dei medici, non si ferma a queste considerazioni sul ruolo della clinica contrapposto a quello delle discipline di base; prosegue invece esaminando un altro aspetto ritenuto ancor più cruciale: quello della crescente specializzazione.

"Fu in gran parte da questo concetto [ritenere la ricerca superiore alla clinica] che nacquero gli specialisti, poiché, limitando essi il loro studio, poterono sempre più profittare per la conoscenza d'un organo solo di tutte le nozioni, che gli studiosi di laboratorio andavano rilevando intorno a quello." (p.5)

Nonostante questa sua posizione improntata alla diffidenza verso la tendenza alla frammentazione del sapere favorita dalla specializzazione, Murri ne accetta gli aspetti positivi consistenti nella possibilità di acquisire attraverso la specializzazione, nuove conoscenze, differenziandosi in ciò dal McKenzie. Infatti, nella sua analisi critica, Murri non condivide l'intransigente affermazione dell'Autore inglese, il quale si dichiarava *"convinto che il concetto dello specialismo oggi dominante è erroneo e che per benefico che tale specialismo sia stato in diverse vie, pure, in luogo di facilitare, esso tende ottenebrare l'intelligenza con un nuvolo di minutezze"* (p13). Secondo Murri, invece:

"se si può anche accettare l'idea, che l'aggiungersi di nuovi fatti attinenti ad un argomento possa talora complicarlo di più e in conseguenza renderne la comprensione più difficile, non si può per nessun modo negare, che alla fine ogni nuovo acquisto di fatti rechi una più esatta conoscenza." (p. 13).





Il dissenso tra i due assume più avanti il carattere di una diversità di impostazione di carattere epistemologico (sulla quale non possiamo qui soffermarci diffusamente). Secondo McKenzie infatti, la scienza tende ad ampliare la conoscenza del mondo reale mediante la formulazione di leggi generali cioè di strumenti che permettono di semplificare l'interpretazione dei fenomeni osservati. Orbene, poiché il riduzionismo ci allontana dalla possibilità di pervenire alla formulazione di leggi generali, fornendo solo interpretazioni di fatti circoscritti, il progresso consistente nella specializzazione "non può essere progresso vero perché non porta a semplificare" (p.17).

Per Murri, invece:

"non è ancora giunto per la medicina il giorno, in cui possa invocarsi la sentenza di McKenzie che 'un aumento nella conoscenza delle leggi naturali conduce alla semplificazione'. Ciò varrà per la Fisica, per la Chimica, ma non ancora per la Biologia. L'aspirazione al semplice è di tutti i medici, di tutti gli uomini, di tutti i tempi. Non aspirava al semplice Ippocrate con i suoi aforismi? Quanti oggi ne sopravvivono? Semplificazioni erano, al postutto, anche quelle. ... Ma sarà per questo non lodevole o trascurabile il fatto che uno specialista o molti specialisti insieme possano pervenire ad una conoscenza più piena d'una malattia già avanzata? Non sarà un progresso del medico pratico, ma un progresso della medicina è." (p. 17).

Da queste parole, appare chiaro come Murri intenda mettere in rilievo con particolare forza il carattere prettamente idiografico della clinica, che non può essere sacrificato nemmeno alle leggi generali, solo apparentemente semplificanti per quanto riguarda le problematiche cliniche.

In un certo senso ed entro certi limiti, quindi, Murri ritiene che la specializzazione sia non solo inevitabile ma anche sotto certi aspetti positiva per il progresso delle conoscenze. Ciò che egli teme invece è il pernicioso impatto che lo "specialismo" - inteso come principio che ritiene essere la specializzazione prevalente sulla visione globale dei problemi - potrà avere nella professione del medico di medicina generale, del quale potrebbe risultare disconosciuta la funzione essenziale di medico "registra" del procedimento diagnostico-terapeutico.

Nell'affrontare questo argomento, i toni si fanno molto polemici, talora duri e sprezzanti, con un serrato rimprovero verso tutti coloro - persone o istituzioni - che non fanno distinzioni tra coloro che si occupano di una sola parte dell'organismo e chi è chiamato a dare un giudizio globale sullo stato dell'intero organismo. E', ad esempio, una ingiusta valutazione quella universitaria che consente che

"un rinooiatra può seder in una Facoltà medica allo stesso livello d'un professore di fisiologia, che deve insegnare i congegni normali dell'intero organismo, o d'un professore di clinica generale, il cui

campo di studi non ha altro limite, che l'intero organismo, sano e malato". (p.18)

Se infatti l'Università stessa concede quest'alta considerazione agli specialisti, i pazienti non potranno certo non rimanere affascinati oltre il giusto dalle novità apportate dagli specialisti, finendo per dare più credito a quelle, di quanto ne riservi alla clinica.

"Non son gli specialisti, ch'esaltano oltre misura l'importanza loro nella medicina d'oggi: non è colpa loro se il pubblico è così poco intelligente da valutare un'ispezione del naso o dell'uretra o dell'utero più d'un giudizio d'una malattia del pancreas o del cervello." (p. 18)

La questione riveste, secondo Murri, non solo aspetti di principio, ma anche aspetti interessanti la stessa prassi della medicina. In effetti, l'eccessiva fiducia nello specialista finirà per far passare in secondo piano, nella considerazione del paziente, la funzione del medico pratico a favore di una figura più competente in un determinato settore della medicina, ma per ciò stesso, inadeguato a valutare, nella loro globalità, le condizioni del paziente. In altri termini, la stessa visione olistica - diremmo oggi - del rapporto tra medico e paziente ne risulterebbe minacciata.

"Ciò [la specializzazione] pone il medico esercente in una certa dipendenza dagli specialisti, tanto più che il pubblico è portato più ad ammirare un congegno fisico o chimico applicato dal medico per l'esame di un sintoma, che il congegno intellettuale, per cui egli da un'analisi di tutto l'infermo trae il giudizio della malattia. ... E poiché ciò che colpisce i sensi del pubblico ignaro, val sempre di più che un lavoro cerebrale invisibile, qual è lo sforzo diagnostico del medico comune, che hanno il compito di conoscere tutto l'organismo malato e desumere dalla conoscenza di tutte le singole parti malate la sintesi dell'inferno. Invece lo specialista vede perfettamente la lesione d'unaparte ma ignara tutto il resto al più sa poco e male della condizione generale dell'inferno e anche dell'influenza, che su di esso esercita la lesione locale da lui studiata." (p.5)

Strettamente connesso con queste considerazioni, si pone anche l'ultimo punto su cui si sofferma, nel saggio, l'attenzione di Murri: l'uso delle strumentazioni diagnostiche e dei loro referti, prodotto inevitabile delle specializzazioni. E' facilmente comprensibile lo sconcerto che doveva provare un medico del tempo di Murri, ricordando gli inizi della sua attività professionale - nella quale gli unici strumenti di rilievo dei sintomi erano i suoi cinque sensi - di fronte allo sviluppo di una tecnologia, che se per noi attualmente appare ridicolamente primitiva, doveva sembrare di livello assai sofisticato.

"Oggi l'inferno ci si presenta già provvisto di una lastra radiografica, d'un'analisi del contenuto gastrico e dell'urina, sa già se nel suo escreato esistono o manchino i bacilli della tubercolosi, se nel sangue o nel liquido cerebrospinale si riscontri la reazione di





Wassermann, se nel fondo dell'occhio fu scoperta una papilla da stasi o una neurite ottica da nefrite cronica; l'otoiatra ci fa conoscere come si trova l'orecchio, il laringologo c'informa sulle condizioni del laringe e della trachea: un collega esegue per noi la cistoscopia, un altro l'esame ginecologico. E non c'è forse un grande progresso in questo? Certamente. Io non ho mai cessato di sostenere che tutte le indagini parziali sono necessarie quantunque sieno impossibili per un solo medico". (p. 5)

Le considerazioni su quali potevano essere le ripercussioni di questo nuovo modo di ottenere informazioni cliniche sul malato, ricalcano quelle già dette: i progressi tecnologici non possono essere rifiutati dal clinico il quale tuttavia deve evitare di assoggettare il suo ragionamento al referito, solo perché questo viene da uno strumento più o meno sofisticato.

E ammonisce:

"Come ci fu un tempo, in cui un analizzatore d'urine pretendeva di trarre dalle sue analisi argomento bastevole ad una diagnosi, così non manca oggi chi aspira ad altrettanto potere analizzando il sangue; non passa giorno, che non capiti un malato, il quale non ci assicura di non essere luetico, perché uno specialista di serologia gli ha detto che il suo sangue non presenta la reazione di Wassermann. E ad esso poi segue l'altro, cui il radiologo ha assicurato, che lo stomaco suo non è malato, quasi la posizione, l'ampiezza, la forma, i movimenti d'uno stomaco costituissero le sole modificazioni indotte dalle sue malattie... I più colti tra i radiologi sono anche i più sobri nel concludere, ma, pur troppo, non mancano coloro... che profittano della comune incapacità del malato di anteporre il valore di una buona ragione scientifica al valore di un fenomeno fisico senza significato preciso." (p. 12)

Per noi medici contemporanei, mettere in dubbio l'utilità delle strumentazioni diagnostiche appare inaccettabile o ridicolo: ma tenendo conto dello sconcerto prodotto dalle nuove tecnologie, non ci si deve stupire di quelle posizioni - come ad esempio quella del McKenzie - fossero improntate al semplicistico rigetto di queste novità. Come abbiamo visto, Murri prende una posizione più razionale accettandole se non per la loro utilità, considerandole almeno come inevitabile evoluzione del modo di fare medicina. Ma come aveva affermato all'inizio del suo magistero: *"I fatti non si debbono confondere giammai colle loro interpretazioni"*,⁶ ora ripete con altrettanta convinzione questo suo pensiero:

"Il danno non viene dall'istrumento applicato, ma dall'istrumento che ne interpreta le rivelazioni. Anche dei rumori cardiaci scoperti senza stetoscopio, anche un'ipertensione scoperta colla mano sarebbero incriminabili d'errati concetti medici, se la mano o l'orecchio di chi li osservò fossero stati serviti da un cervello mal ragionante. (p.30-31)

Come giudicare in conclusione questa ultima opera di

Murri sulla professione medica?

Il discorso di Murri va letto tenendo presente la consapevolezza dell'anziano professore di non aver più il tempo per seguire giorno dopo giorno o anno dopo anno coloro che furono suoi allievi ora impegnati nella professione. E' quindi un insieme di previsioni e di raccomandazioni. Gli aveva insegnato loro il ragionamento critico, l'importanza di pensare da soli, senza fidare negli altri: *"non ci sia mai nome che v'imponga di troppo"*, aveva affermato nella sua prolusione, già citata. Ora invece il medico non è più l'unico interlocutore con il paziente: è inevitabile che il rapporto duale tra medico e paziente è oramai un rapporto condiviso e questa condivisione rischia di lasciare che non vi sia chi del paziente si prende cura. *"Oggi vi sono medici di diversa fede dottrinale, tanto che capita di veder malati i quali hanno ricevuto parecchi battesimi differenti, secondo le idee di chi ha fatto la diagnosi. Il caso più frequente d'oggi è quello d'uno che non sa se abbia ragione il dottore che l'ha giudicato neurastenico oppure quello che l'ha giudicato uricemico ovvero intossicato dall'intestino"*, aveva affermato anni addietro. Contro questo pericolo di diagnosi scoordinate effettuate da medici di diversa formazione, favorite forse dall'eccessiva fiducia nelle novità strumentali, Murri sa di non aver più tempo per cercare di indirizzare i giovani medici. E' allora necessario ricordare, talora anche, come s'è visto, con espressioni forti, che l'essenza della clinica è sempre la stessa: la capacità di osservare, di criticare e di ragionare su tutto, anche su ciò che altri vorranno far credere essere in grado di fornire conclusioni definitive. Sotto questo aspetto, il saggio appare l'ultimo atto - affettuoso perché gratuito e non dovuto dopo la conclusione del suo insegnamento - conclusivo di un sodalizio tra docente e discenti, iniziato mezzo secolo prima e caratterizzato da estrema coerenza di principi e assiduità di intervento.

Dobbiamo in secondo luogo rimarcare la modernità del Clinico bolognese nel discutere tematiche ancor oggi aperte, come la centralità della medicina generale contrapposta alla necessità della specializzazione, l'utilità della tecnologia medica che non deve tuttavia illudere il pubblico che essa possa sostituire una diagnostica guidata dalla razionalità e gli ancora irrisolti problemi derivanti dalla rigida applicazione di principi e risultati provenienti da altre discipline. Altrettanto straordinario appare l'intuito nel giudicare che questi sarebbero stati i problemi della medicina del futuro: ed in effetti, alcuni richiami di Murri suonano ancor oggi a monito per molti medici e per molti docenti.

In effetti, oggi dobbiamo purtroppo constatare che molti





timori di Murri sono divenuti realtà. La resa di molti medici di base di fronte alle cosiddette conquiste tecnologiche della medicina e la conseguente tendenza da parte loro, a delegare piuttosto che a guidare il procedimento diagnostico, rappresenta una delle maggiori ragioni della spersonalizzazione dell'attuale professione medica. Credere che il problema del paziente possa essere risolto mediante la pedissequa applicazione di schemi prefissati anziché con lo studio critico e ragionato del paziente è divenuto per molti un atto abituale. Ed allora, in questo tempo in cui prevale l'idea (o la moda?) delle linee guida e della medicina basata sulle prove⁸, gioverebbe dedicare un po' di tempo per meditare sulla seguente esortazione che è anche quella conclusiva del saggio di cui ci siamo occupati.

"E si guardi bene [il medico futuro] dagli allettamenti delle eccessive semplificazioni, poiché queste agevolano sempre il suo lavoro mentale, ma non sempre lo migliorano, anzi lo peggiorano ogni qual volta la semplificazione non è che un'inferenza tratta dall'analisi di molti ma non di tutti i fatti attinenti al malato. Per quanto possa esser grande l'autorità di chi promulga nuove regole generali, il medico futuro dovrà abituarsi a non accettarle se non dopo averle sottoposte alla critica più severa. Non basta ch'egli abbia ... qualche espediente fisico, chimico o meccanico ... Bisogna ch'egli abbia educata anche la mente alla critica, poiché la storia della medicina offre esempi innumerevoli di errori più grossolani, i quali furono accolti con fervore e con grave danno, perché ai medici mancò la facoltà di riconoscerne subito la fallacia." (p. 46-47)

Con questa raccomandazione Murri chiude il libro che possiamo considerare la sua ultima fatica di Clinico e di Docente. Un clinico, un docente, un uomo che pure nel mutare dei tempi e delle situazioni, sia personali che sociali, non ha mai mancato di riaffermare un principio solo ma fondamentale: acquisire una buona base di cultura e di perizia per saper agire ma soprattutto saper sottoporre al controllo critico della ragione ogni ipotesi, ogni osservazione, ogni insegnamento.

"Certo il compito è soverchio per molti, ma non si possono adattare le cose della natura all'intelligenza di chi aspira a comprenderle: bisogna possedere l'intelligenza, che sia adattata alle cose. Chi non la possiede rinunzi a fare il medico pratico, perché facendolo malamente, egli renderebbe pernicioso una professione, che nacque, solo per operare il bene degli infelici." (p. 47)

Bibliografia

1. A. Murri - Dei medici futuri. Il Policlinico, 1922
2. "La scoperta dei raggi X avvenuta nel 1895 venne comunicata ufficialmente al mondo scientifico il 6 gennaio 1896 e fu salutata con universale entusiasmo come uno dei più drammatici eventi nella storia delle scienze. ... I raggi X furono subito utilizzati per la diagnosi fratture e delle malattie delle ossa. ... In breve in molti ospedali vennero istituiti impianti radiologici. Presto si passò all'esame dei visceri interni." (A. Castiglioni, *Storia della Medicina*, vol. 2, p. 865)
3. L'elettrocardiografo fu ideato nel 1903 da Willem Einthoven. L'elettrocardiografia permise di rivelare nuove forme di aritmia, come il blocco sino-auricolare e la fibrillazione atriale, descritta da W.T. Ritchie nel 1914 (cfr. A. Castiglioni, *Storia della Medicina*, vol. 2, p. 810)
4. J. McKenzie: *The future of Medicine*. London, 1919.
5. Appare interessante richiamare un'affermazione fatta da Murri quarant'anni prima della pubblicazione del presente saggio, relativamente al valore conclusivo dell'Anatomia Patologica. "Io sono ossequioso dei fatti dell'anatomia patologica ma in modo assoluto non accetto il responso di questa disciplina come non accetterei quello di nessuna altra. I fatti della natura sono così coordinati indissolubilmente tra loro, che le distinzioni sono solo vevolevoli, perché lo esige la necessità di divisione del lavoro, ma sono tutti equivalenti nel giudizio finale e quando trovo parecchi fatti che convergono alla stessa dimostrazione e ne trovo manchevole non mi faccio per questo allontanare dal concetto fatto per convergere degli altri." *Lezioni di Clinica Medica 1883-84*, a cura di G. Danieli, il lavoro editoriale, 2001, p155-156.
6. A. Murri. *Prolusione al Corso di Clinica Medica letta il 19 gennaio 1876*. In A. Murri - *Scritti Medici*, tipografia Gamberini e Parmeggiani, Bologna 1902. vol. 1, p. 393.
7. *Riforma Medica*, 1911, p. 1371. citato da: A. Murri. *Pensieri e precetti*, a cura di A. Gnudi e A. Vedrani. Zanichelli Editore, Bologna, 1902, p. 155
8. Chi scrive è del tutto persuaso del principio che il medico deve tener conto, nello svolgimento della sua attività clinica, del sapere stabilito in base ad esperienze e a ricerche, nonché del principio che è necessario sottoporre tali conoscenze al vaglio della prova sperimentale. Ritiene tuttavia che questo atteggiamento è sempre stato il fondamento della prassi medica fin dai suoi esordi: anche le osservazioni cliniche di Ippocrate o di Galeno costituivano - per le conoscenze del tempo - le "prove" su cui gli antichi medici basavano la loro medicina. Chi scrive non è invece persuaso che i risultati delle "prove" possano essere validi per ogni singola situazione clinica e respinge - in perfetta sintonia con l'insegnamento murriano - l'impostazione mentale secondo cui i risultati dei trials clinici o non, rappresentino conclusioni incontrovertibili ed indiscutibili.





GIOVANNI FEDERSPIL
CLAUDIO PAGANO

Università degli Studi di Padova

Esiste un problema ancora irrisolto nell'ambito degli studi medici: se sia opportuno e utile che un clinico - e soprattutto un internista - conduca personalmente ricerche sperimentali. La questione è annosa e ha ricevuto risposte diverse in momenti differenti.

Per quanto sia sempre discutibile stabilire il momento in cui un certo problema prende corpo, non è arbitrario affermare che la medicina sperimentale è nata nella prima metà del XIX secolo. In quest'epoca nei paesi europei un certo numero di studiosi, invece di cercare la soluzione ai problemi della patologia nell'osservazione dei malati o nell'esplorazione delle lesioni presenti nei cadaveri, cominciarono a dedicare buona parte della propria attività a riprodurre sperimentalmente negli animali le alterazioni anatomiche presenti nel cadavere e quei fenomeni funzionali che si osservavano nell'uomo malato.

Le ricerche sperimentali di un clinico: gli studi di Augusto Murri sulla febbre

Questo tipo di studi venne effettuato da due tipi diversi di studiosi: da un lato alcuni clinici, insoddisfatti dei risultati della sola osservazione condotta al letto del malato, si assunsero il compito di effettuare quegli esperimenti che si proponevano di chiarire alcuni specifici

problemi nati dalla clinica. Da un altro lato, altri ricercatori si sono interamente dedicati a studiare i problemi della medicina sull'animale da esperimento. François Magendie, in Francia, fu forse il primo esempio del secondo tipo di ricercatori, mentre Naunyn, in Germania, o Giacomo Andrea Giacomini, in Italia, furono esempi del primo tipo.

Ovviamente, la nascita di un nuovo tipo di ricercatore, esclusivamente rivolto a studiare sul piano sperimentale i fenomeni patologici, ha costituito un notevole progresso per la medicina. La possibilità di dedicare tutte le proprie energie ad un solo tipo di attività, la possibilità di non farsi "distrarre" dalle impellenti esigenze della clinica, la possibilità di acquisire, con un lavoro sistematico e ripetitivo, abilità tecniche e operatorie che un impegno occasionale non avrebbe mai consentito, rappresentano fattori che mettevano i ricercatori sperimentali - fisiologi, biochimici, patologi generali, farmacologi - in condizioni di far progredire la ricerca più rapidamente e più efficacemente di quanto sarebbe cresciuta se, ad occuparsi di essa, fossero

stati soltanto i clinici. In questo modo nella seconda metà del XIX secolo la medicina, che prima costituiva un'attività sostanzialmente unitaria, si divise in due parti nettamente distinte fra loro: la medicina clinica e la medicina sperimentale. Alla prima spettava lo studio accurato delle manifestazioni soggettive ed oggettive delle malattie spontanee, allo scopo di individuare e di descrivere i quadri sintomatologici delle singole malattie, alla seconda spettava lo studio dei meccanismi che generavano le situazioni morbose; in termini più moderni alla prima lo studio della nosografia, alla seconda lo studio dell'etiologia e della patogenesi.

La netta separazione fra le due figure professionali, quelle dei clinici e quella dei medici sperimentali, nella realtà non portò ad una separazione altrettanto completa delle attività esercitate dai singoli medici. Durante la seconda metà del XIX secolo e la prima metà del XX secolo numerosi clinici continuarono ad effettuare, accanto a quella diagnostico-terapeutica, anche una certa attività sperimentale. Anzi, la frequentazione di un Istituto biologico e la concreta pratica del lavoro sperimentale nei primi anni dopo la laurea, venivano considerate condizioni fondamentali affinché un clinico acquisisse quella disciplina mentale rigorosa, che gli avrebbe permesso di tentare la carriera universitaria.

Gli studi di Murri sulla febbre si collocano appunto in questo contesto scientifico-sociale.

Laureatosi nel 1863 a Camerino il giovane medico di Fermo aveva vinto una borsa di studio che gli aveva permesso di restare all'estero per 2 anni, di ascoltare i corsi di Fournier, di Basin e di Trousseau a Parigi e di frequentare l'Istituto di Traube e quello di Frerichs a Berlino. Tornato in patria aveva dovuto iniziare a lavorare come medico condotto a S. Severino Marche, ma questa attività non poteva soddisfare una personalità così ricca come quella di Murri, il quale in realtà aspirava a continuare gli studi in ambiente accademico.

Nel 1869 Murri aveva preso contatto con Guido Baccelli ed aveva domandato al clinico medico di Roma di poter frequentare la sua Clinica in qualità di assistente.

Ignoriamo ciò che Baccelli rispose al giovane medico, ma non è improbabile che questi gli proponesse di dedicarsi ad un'attività sperimentale per rendere più completo un curriculum che sotto questo aspetto si presentava certamente carente.

Non è possibile oggi ripercorrere le riflessioni e le decisioni di Augusto Murri in questa circostanza. Ciò che sappiamo è che nel periodo che va dal 1869 al 1873 il medico marchigiano si dedicò con passione ed entusiasmo alla





ricerca pubblicando i risultati dei suoi studi sugli effetti delle alti dosi dell'arseniato di chinina nelle febbri malariche, sulla produzione renale dell'urea e soprattutto sulla fisiopatologia della febbre.

Nel dedicarsi alla ricerca sperimentale Murri scelse un argomento che, all'epoca, veniva considerato uno dei più importanti della medicina teorica: la patogenesi della febbre. Come animale da esperimento fu scelto il cane, che rappresentava il modello classico delle sperimentazioni fisiologiche, e le esperienze vennero condotte in parte nella Clinica Medica di Roma diretta da Guido Baccelli, che aveva sede nell'Ospedale di S. Spirito in Lungo Tevere in Sassia e in parte nella casa di Murri a Fermo.

All'epoca in cui il giovane medico di Fermo iniziava i suoi studi, in Germania, a Lipsia, K.A. Wunderlich aveva già pubblicato la sua monumentale opera sulla febbre e aveva descritto i diversi andamenti della temperatura corporea in numerosissime malattie. Ciò che però restava invece ancora oscuro per i medici, era la genesi del fenomeno febbrile.

In quegli anni era opinione condivisa che la produzione di sostanze *pirogene* rappresentasse una condizione necessaria per l'insorgenza della febbre, tuttavia non era chiaro in quale modo queste sostanze provocassero l'aumento della temperatura. Su tale problema due opinioni contrarie si contendevano il campo: la teoria chimica e la teoria nervosa.

La prima traeva forza dagli esperimenti di Billroth, Hufschmidt e O. Weber, i quali avevano dimostrato che materie organiche in via di decomposizione iniettate sotto la pelle o nelle vene di un animale erano capaci di suscitare la febbre, e riteneva che queste sostanze alterassero il metabolismo dei tessuti periferici inducendo un'aumentata produzione di calore. La seconda, invece, difesa dai nomi più illustri della patologia e della clinica europee, sosteneva che le sostanze pirogene provocavano la febbre agendo sul sistema nervoso centrale. La teoria chimica, si divideva poi in due teorie distinte: la prima, in verità non sostenuta con decisione, riteneva che la febbre derivasse dall'aumentata attività di un ipotetico centro nervoso che stimolava la produzione di calore, la seconda, difesa soprattutto da Liebermeister, immaginava che la febbre derivasse dalla paresi di un altrettanto ipotetico centro moderatore della produzione del calore. Secondo quest'ultima ipotesi la sezione del midollo spinale doveva interrompere l'influenza moderatrice del sistema nervoso sulla produzione di calore dei vari tessuti e doveva quindi provocare un aumento della temperatura. In realtà, questa teoria era stata messa in dubbio da alcuni studiosi secondo i quali nel sistema nervoso non esisteva un centro moderatore, ma bensì un centro eccitatore della produzione di calore.

In effetti, era stato osservato che la sezione del midollo spinale non produceva costantemente un aumento della temperatura, ma che, anzi, nella maggior parte dei casi essa produceva un abbassamento della temperatura corporea. Questo risultato rappresentava quindi per molti la prova che nel sistema nervoso centrale non esisteva affatto un centro che riduceva la produzione di calore. Contro tale tesi due clinici tedeschi, Naunyn e Quincke, avevano condotto una serie ingegnosa di esperimenti sulla base dei quali avevano concluso che nell'animale, in cui veniva leso il midollo spinale, si verificava una perdita molto rilevante di calore attraverso la cute. Secondo questi Autori nell'animale sezionato la produzione di calore aumentava ma in misura minore rispetto alle perdite, cosicché il risultato finale dell'intervento consisteva in una riduzione della temperatura corporea.

Nel 1872 un altro ricercatore - Sapalski - aveva osservato che anche negli animali nei quali venivano iniettate sostanze organiche in decomposizione si poteva a volte osservare una diminuzione della temperatura. Dubczanski e Naunyn, stabilirono allora un'analogia fra ciò che avveniva nei cani ai quali venivano iniettate sostanze putride e ciò che avveniva nei cani ai quali veniva sezionato il midollo, e conclusero che le sostanze pirogene agiscono sul calore provocando un'alterazione funzionale di tipo paralitico nei centri nervosi che controllano la temperatura.

Murri si dichiarò subito di opinione opposta a quella dei clinici tedeschi e si pose come primo problema, quello di verificare se davvero la sezione del midollo spinale aumentasse la produzione di calore.

I dati di fatto che bisognava spiegare erano i seguenti: la lesione del midollo spinale provocava un abbassamento della temperatura corporea se il cane veniva lasciato a temperatura ambiente, mentre, se veniva posto in una camera riscaldata, la stessa lesione provocava un aumento della temperatura corporea. Secondo Naunyn, Quincke e v. Dubczanski questi fenomeni erano provocati: a) da una paralisi dei nervi vasomotori alla quale seguivano una vasodilatazione periferica ed un'aumentata perdita di calore, e b) da una inibizione dell'azione moderatrice del midollo alla quale seguiva un'aumentata produzione di calore. Secondo gli studiosi tedeschi l'aumentata perdita di calore sarebbe stata maggiore dell'incremento della produzione, e per questa ragione la temperatura dell'animale sarebbe diminuita. A questa interpretazione Murri ne oppose un'altra esattamente opposta: "Con pari o maggior ragione - scrisse - l'argomento potrebbe rivolgersi contro Naunyn, Quincke e v. Dubczanski". Infatti, "si potrebbe pur fare l'ipotesi perfettamente opposta a quella





di Naunyn e Quincke e i fatti da loro veduti non sarebbero per questo meno spiegabili. Invece di supporre con essi che il cane a midollo sezionato produca più calorico del sano, tenghiamo ch'esso ne produca meno: invece si supporre con essi che la dispersione del calorico sia agevolata dal taglio del midollo, accettiamo per ipotesi che la paralisi de' nervi vasomotori renda incapace l'organismo di quei cambiamenti di circolo, nel cui convegno sta precipuamente il potere regolatore della temperatura animale. Così invertita l'ipotesi, noi comprendiamo ancora che un cane, in cui sia diminuita la produzione del calorico, ma più che la produzione del calorico, la facoltà di disperderne l'eccesso, debba o possa riscaldarsi più d'un cane sano, non appena sia messo in condizioni nelle quali gli apparecchi che servono fisiologicamente al raffreddamento, debbano spiegare tutta la loro attività per garantire all'animale la indipendenza della temperatura del suo corpo da quella ambiente".

Giunto a questo punto, Murri, dopo una serie di considerazioni fisiche, osserva che la sola determinazione della temperatura corporea non può essere sufficiente per risolvere il problema e che, per dirimere definitivamente la questione, sarebbe necessario poter misurare direttamente la produzione di calore. Tuttavia egli rilevò che se fosse stato possibile misurare con esattezza sia la temperatura corporea che la dispersione del calore nell'ambiente, sarebbe stato possibile conoscere in modo attendibile i cambiamenti della produzione di calore.

Il programma di ricerca di Murri era ora precisato: egli vuole conoscere le variazioni della produzione di calore indotte dalla sezione del midollo spinale, e, per ottenere questa informazione, si prefigge di misurare le perdite di calore che si verificano negli animali in condizioni normali e in quelli in cui viene effettuata una sezione del midollo. Secondo l'opinione che dominava l'epoca, la sezione del midollo aumentava la perdita del calore da parte dell'organismo. Murri, invece, proclama di essere di parere opposto e fonda la propria opinione soprattutto sul fatto che la sezione del midollo rallenta la circolazione sanguigna e che questo fenomeno dovrebbe rallentare e non aumentare la perdita del calore attraverso la cute.

Esposta la propria ipotesi di lavoro, il medico di Fermo iniziò a realizzare gli esperimenti diretti a misurare la dispersione di calore negli animali in cui veniva sezionato il midollo spinale.

Per studiare questo fenomeno lo sperimentatore si propose di misurare due fenomeni fondamentali: la temperatura della superficie cutanea del cane e la temperatura dell'ambiente. A questo secondo scopo egli provvide a far sì che la temperatura dell'ambiente fosse il più possibile unifor-

me. Murri inserì negli animali due termometri: uno nel retto, per determinare la temperatura interna dell'organismo, e un altro sotto la cute della coscia *Sx*, per registrare la temperatura periferica. Determinata per un certo tempo la temperatura basale, nell'animale veniva effettuata, senza anestesia, la sezione del midollo fra la sesta e la settima vertebra cervicale.

I risultati di questi esperimenti mostrarono che dopo la sezione midollare: a) la temperatura interna poteva restare sostanzialmente immodificata o abbassarsi, b) la temperatura periferica si abbassava e che tale abbassamento si verificava sia che la temperatura interna dell'organismo aumentasse o restasse invariata. Dopo aver sottolineato che l'animale di solito si raffredda dopo l'intervento e che si raffredda di più quando la temperatura periferica si abbassa, Murri concluse che, poiché l'animale non perde una quantità aumentata di calore, la diminuzione della temperatura corporea doveva dipendere da una diminuzione della produzione di calore. "Se dunque - scrisse - né per la superficie cutanea né per la respiratoria è possibile ammettere che all'animale sia sottratta una maggiore quantità di calorico, è giuoco forza ammettere che il raffreddamento che esso subisce, deve indubbiamente dipendere da diminuzione del calorico prodotto".

Questa conclusione, per quanto basata sui propri dati sperimentali, non sembrava al futuro clinico di Bologna sufficientemente fondata, cosicché, per rafforzarla ulteriormente, egli effettuò un altro tipo di esperimento.

Il cane veniva chiuso in una cassa di legno, fornita di aperture per l'ingresso dell'aria, all'interno della quale veniva introdotto un termometro che permetteva di registrare la temperatura dentro la cassa ogni 5 minuti.

Contemporaneamente veniva misurata la temperatura esistente all'esterno della cassa.

Per un periodo prolungato il cane veniva tenuto nella cassa a riposo, e venivano determinate le temperature all'interno e all'esterno della cassa; successivamente veniva effettuata la sezione del midollo e venivano continuate le misure della temperatura.

I risultati di queste esperienze mostrarono che dopo la sezione midollare, anche quando la temperatura corporea interna dell'animale scendeva notevolmente, la temperatura all'interno della cassa aumentava in misura minore rispetto a quanto avveniva con il cane sano. Questi fenomeni diedero un sostegno ulteriore alle precedenti conclusioni di Murri: "Eccoci così - scrisse ancora - grazie a questo dato sperimentale, posti in grado di risolvere la questione proposita. Se un animale si raffredda mentre esso perde una quantità di calorico minore dell'ordinario, segue





ineluttabile la conseguenza, che durante quel tempo esso produsse meno calorico dell'ordinario".

Peraltro, nel corso di una di queste esperienze, Murri si trovò di fronte a un fenomeno particolare, diverso da quelli abituali: in un cane la temperatura periferica, invece di ridursi, presentò un incremento sensibile; tuttavia neppure in questo animale si osservò una diminuzione della temperatura centrale. Ecco - scrisse lo sperimentatore - in vero una controprova della falsità dell'opinione universale consentita, che cioè il raffreddamento degli animali provenga dalla eccessiva perdita di calorico: infatti vediamo che dove la perdita è molta gli animali non si raffreddano, si raffreddano invece allora quando quella perdita è per contro minore della normale, il che è l'inverso del supposto".

Giunto a questo punto della sua ricerca, Murri poté trarre una conclusione fondamentale: poiché molti e concordi esperimenti indicano chiaramente, in contrasto con l'opinione di altri studiosi, che la produzione di calore dopo la sezione del midollo si riduce, appare con tutta evidenza che i fenomeni provocati da questo intervento sono opposti a quelli che si verificano durante la febbre. Gli animali sezionati non sono affatto febbricitanti ma riducono la propria temperatura corporea e non disperdono una maggiore quantità di calore attraverso la cute, mentre gli animali a cui sono state iniettate sostanze pirogene divengono iperpiretici e aumentano la loro produzione di calore.

Da queste prime conclusioni Murri ne trasse poi altre. Alcuni autori avevano sostenuto che le sostanze pirogene producevano sul sistema nervoso centrale effetti uguali a quelli della sezione del midollo. All'opposto Murri, con una terza serie di esperimenti portò altri dati in favore dell'idea che "le sostanze pirogene accrescono la produzione di calore, mentre la sezione del midollo le diminuisce: dunque finalmente queste sostanze portano aumento di produzione di calorico non solo indipendentemente dalla loro supposta azione sui centri nervosi, ma anzi in opposizione alla forte tendenza che lo stato di questi centri medesimi induce verso la diminuzione di essa. (...) Conviene pensare che non è già col ristabilire negli organi le normali condizioni di circolo (...) che le sostanze pirogene aumentano lo sviluppo del calorico, bensì col suscitare un processo chimico. (...) Ma questi atti chimici, origine dell'accresciuto sviluppo di calorico, costituiscono il processo febbrile".

Se vengono giudicate alla luce delle conoscenze attuali, le conclusioni alle quali Augusto Murri giunse nel 1874 possono apparire del tutto errate: secondo l'opinione oggi dominante la febbre è un fenomeno che dipende in larga misura dalla funzionalità di alcuni centri ipotalamici. In realtà, un simile giudizio sarebbe privo di prospettiva sto-

rica e metodologicamente sbagliato. Ogni ricerca scientifica, come ogni opera dello spirito umano, va giudicata in relazione al tempo nel quale è stata concepita.

Sul piano dell'importanza dei risultati, gli studi di Murri sulla febbre hanno esercitato un'influenza che nel nostro paese si è protratta fino alla metà del XX secolo. Infatti, ancora nel 1954 Guido Vernoni ha ricordato nel suo Trattato di Patologia generale che "la dottrina di Murri contiene l'affermazione di una fondamentale verità: quella che la reazione febbrile non può essere scatenata da uno squilibrio nervoso, ma rappresenta la reazione di tutti i tessuti corporei e una stimolazione tossica". In realtà, oggi il ruolo del sistema nervoso centrale nella patogenesi della febbre appare accertato ed è ugualmente acquisito che durante lo stato febbrile vi è una ridotta eliminazione di calore; sotto questi aspetti, quindi, la teoria di Murri appare certamente errata. Il punto, o però, in cui essa ci appare ancora valida consiste nell'affermazione che nella febbre vi è un'aumentata produzione di calore da parte dei tessuti dell'organismo.

Se valutati con senso storico gli studi di Murri sulla febbre non ci appaiono inferiori a quelli che i maggiori fisiologi e i migliori patologi del tempo conducevano negli altri paesi europei, in Istituti ben altrimenti attrezzati rispetto ai luoghi in cui il clinico marchigiano effettuò le proprie esperienze. Chi abbia letto la monografia sul diabete o quella sul calore animale del più grande dei fisiologi - Claude Bernard - potrà trovare molte analogie fra il modo di sperimentare del medico di Fermo e quello del fisiologo parigino. Certamente, se paragonati alle ricerche standard che compaiono oggi sulle riviste di fisiologia o di patologia sperimentale, gli studi di Murri appaiono metodologicamente inadeguati: il numero degli animali è ridotto, non vi è traccia di analisi statistica, i periodi di controllo della temperatura sono spesso troppo brevi, la strumentazione è del tutto rudimentale, i presupposti fisici delle sperimentazioni appaiono incompleti. Tuttavia, è necessario sottolineare che questi aspetti, certamente fondamentali per quanto riguarda l'attendibilità dei risultati, costituiscono comunque la scorza della ricerca scientifica. Se però, in luogo di soffermarsi su questi aspetti operativi, si prendono in considerazione i presupposti fisiopatologici e il modo di impostare i problemi di Murri, e si analizza il suo modo di argomentare, è possibile rendersi conto della lucida razionalità che avrebbe poi caratterizzato l'opera del Murri clinico.

Se poi si pensa che gli esperimenti di Murri sulla febbre vennero in parte compiuti nella sua casa di Fermo e in parte nella Clinica Medica di Guido Baccelli all'Università di Roma, prima della costruzione del Policlinico Umberto I,





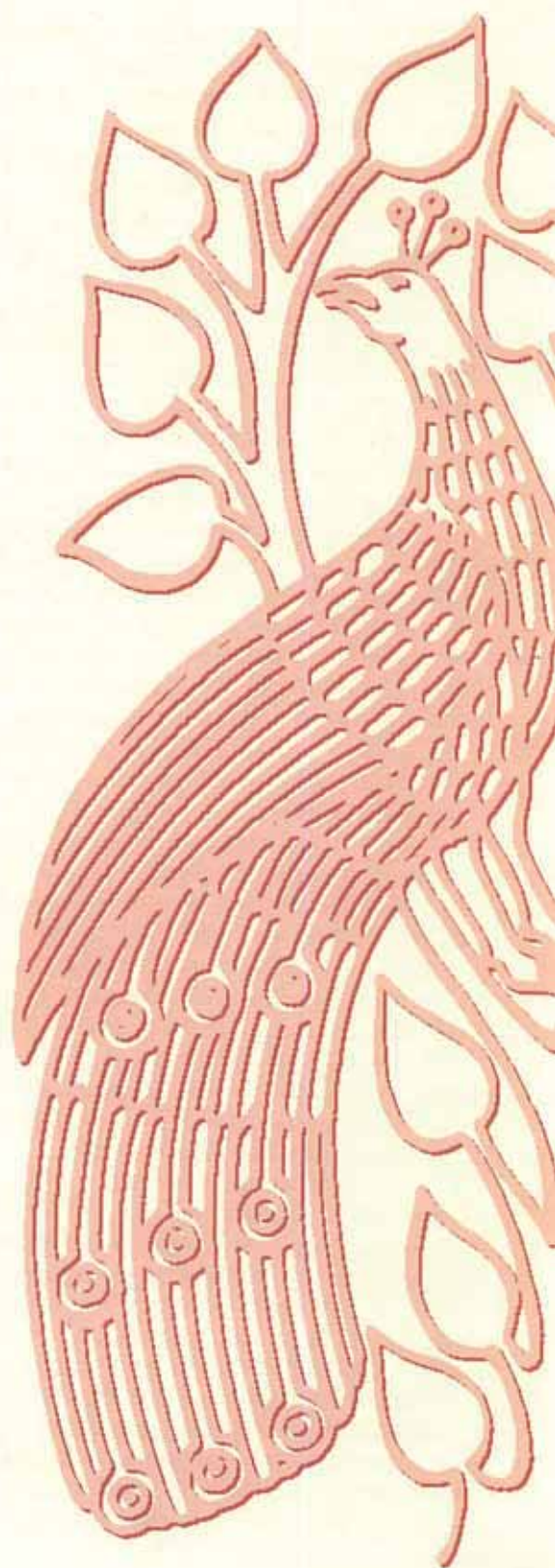
con il solo aiuto di un collega, il Dott. Mario Panizza, e di uno studente, Eugenio Rossoni, è possibile rendersi conto delle condizioni nelle quali nel nostro paese veniva condotta la ricerca biomedica nel secolo scorso, e dell'entusiasmo del giovane medico.

Una considerazione finale riguarda poi il fatto che gli esperimenti sulla febbre che abbiamo rapidamente descritti, sono stati condotti da un giovane medico, che fino a quel momento aveva lavorato come medico condotto, e che in seguito si sarebbe dedicato solo ed esclusivamente alla clinica. L'impostazione rigorosa delle ricerche potrebbe portare a chiedersi se Murri sia stato un patologo sperimentale mancato, oppure se quelle ricerche abbiano avuto soltanto il significato di un lasciapassare per una carriera accademica in clinica. Al momento attuale, in mancanza di una documentazione autobiografica, è impossibile dare una risposta a queste domande, tuttavia sembra ragionevole pensare che per Murri, come per gli altri clinici dell'epoca, la conduzione di un'attività sperimentale costituisca un indispensabile esercizio preparatorio per svolgere in seguito un'attività clinica impostata in modo rigoroso.

Per quanto questa opinione e questa prassi siano state accettate da tutti fino a circa la seconda metà del XX secolo, nel caso di Murri non è possibile affermare se un'innata propensione al rigore ed alla razionalità abbia fin dall'inizio guidato il giovane medico marchigiano nelle sue ricerche sperimentali, oppure se quelle ricerche abbiano sviluppato in lui quella passione logica che lo avrebbe poi accompagnato lungo tutta la sua carriera clinica.

Bibliografia

- 1) Fedespil G., Pagano C.: *La febbre*. Policlinico Sez. Med. 107, 87-101, 200.
- 2) Federspil G., Vettor R.: *Febbre*. In: "Enciclopedia del Corpo". Roma. Istituto della Enciclopedia Italiana 199:510-513, 2000.
- 3) Liebermeister C.: *Pathologie und Therapie des Fiebers*, Leipzig, 1875.
- 4) Mackowiak P.A.: Concepts of Fever. Arch. Intern. Med. 158: 1870-1881, 1998.
- 5) Murri A.: Sul potere regolatore della temperatura animale, Lo Sperimentale 1873.
- 6) Murri A.: Sulla teoria della febbre. In *Scritti medici di Augusto Murri*, Tipografia Gamberoni e Parmeggiani, Bologna, 1902.
- 7) Vernoni G.: *Trattato di Patologia Generale*. Sansoni Edizioni Scientifiche, Firenze, 1954.



GIACOMO DELVECCHIO
Ospedali Riuniti Bergamo



Alla figura di Augusto Murri (1841-1932) clinico e docente di medicina a Bologna dal 1876 al 1916, la medicina deve ancora molto. Murri è ricordato ancora oggi non solo come uno dei massimi clinici della sua epoca, ma anche come una personalità che a ben ragione è ricordata nei manuali di filosofia per i suoi contributi allo studio del metodo¹. Non vi è infatti metodologo clinico che dopo Murri non abbia fatto riferimento al suo pensiero² tant'è che per l'importanza delle sue riflessioni Murri può essere collocato agli inizi della metodologia clinica contemporanea³. Ma non solo: a Murri può essere attribuito un altro compito ancora attuale, quello di essere esempio ai clinici e ai docenti di medicina⁴.

Il contesto storico e culturale

Ma come collocare la personalità di Murri nell'epoca storica della medicina ed in un modo tale che possa a noi risultare ancora d'esempio? Murri esercitò e insegnò la professione di medico in un'epoca di grande transizione storica e filosofica in cui tra forze contrastanti è nata e si è consolidata la medicina scientifica cui noi oggi apparteniamo.

La Medicina di Augusto Murri: scuola di metodo e di educazione

Negli anni tra 800 e 900 si disputavano ancora il campo della sanità e medicina istanze diverse. In primo luogo erano presenti e si offrivano a tutti gli strati sociali, i contenuti sapienziali di tradizione empirica che dal passato residuavano in elementi di medicina popolare sotto le spoglie di guaritori quando addirittura non di ciarlatani. Inoltre la professione dell'epoca soffriva ancora la presenza di postumi della medicina romantica. Tra queste posizioni si potevano individuare quelle dei vitalisti e dei sistematici con J. Brown (1735-1888) e G. Rasori in Italia (1766-1837); i seguaci del magnetismo di F.A. Mesmer (1734-1815); gli omeopatici seguaci di Hahnemann (1735-1843) e verso i quali i galatei medici dell'epoca consigliavano rispetto⁵, non tanto per vincolo di casta tra colleghi come dichiarato quanto forse piuttosto per la gracilità epistemologica in cui versava la clinica. A fronte di queste forze divergenti, pur in un contesto di nichilismo terapeutico che non giovava certo all'acquisizione del consenso sociale, si affermava la medicina scientifica. Le scuole fran-



cesi, all'apice con R.T.H. Laennec (1781-1826) e austriache con J. Skoda (1805-1881), F. Hebra (1816-1880) e K. von Rokitanski (1804-1878), avevano definitivamente promosso la nascita della clinica; la patologia umorale usciva sconfitta dalla teoria cellulare di R. Virchow (1821-1902); dal contagio vivo di A. Bassi (1773-1856) si passò alla batteriologia di L. Pasteur (1822-1895) e R. Koch (1843-1910); C. Bernard (1813-1878) affermava la preminenza della fisiopatologia sperimentale. Ma quell'epoca vide anche in filosofia la affermazione del positivismo di Saint-Simon (1760-1825) e A. Comte (1798-1857). Anche in Italia si produssero cambiamenti in Sanità e Medicina.

La nuova scienza modificò l'assetto istituzionale inerente i luoghi deputati alla trasmissione delle conoscenze: dalle Accademie si passò alle Università statali e qui cambiò l'organizzazione della didattica, dove dalla lettura commentata dei classici si passò alle lezioni e seminari⁶. L'accesso alle Università si aprì a nuove classi sociali tant'è che già allora si venne a lamentare la plethora medica.

Questi cambiamenti facilitarono a loro volta la costituzione di Scuole mediche legate alla personalità di maestri: M. Bufalini (1787-1875), G. Bacelli (1832-1916), A. Cardarelli (1831-1926), P. Grocco (1856-1916), S. Tommasi (1813-1888), in cui fu presente la discussione sul metodo in medicina clinica nella contrapposizione tra induttivisti e deduttivisti⁷ che poteva nascondere una più profonda contrapposizione tra empirismo e razionalismo. Le modifiche istituzionali riflettevano ma portavano anche ad una crisi del ruolo medico tradizionale con l'esigenza di ricreare una nuova immagine individuale e sociale del medico: anche per questo motivo proliferarono quindi i galatei socio-politici⁸. Questi, come il nome vorrebbe, non erano solo uno strumento per acculturare al bon ton della pratica quotidiana i nuovi che erano estranei per famiglia alla tradizione medica, ma erano contemporaneamente sia una raccolta di massime filosofiche che una guida metodologica che un codice deontologico che una esortazione apologetica alla professione e all'immagine di casta dei colleghi⁹.

In questa estrema sintesi non annoino i nomi e le date: sono questi elenchi infatti quelli che restituiscono a noi la contemporaneità storica all'esercizio professionale di Murri, che della innovazione culturale fu massimo portavoce in clinica e in educazione medica.

Ma quale poteva essere in quel contesto storico di transizione il compito del docente "adeguato" al suo istituto se non quello di «creare nel medico una mentalità scientifica»¹⁰? E come fare in quest'opera difficile di educazione in un tempo polisemantico per indirizzi e valori, se non trasformare il docente in maestro, ovvero sia unire l'insegna-

mento con l'esempio? E allora, Murri fu esempio come ricercatore ma sopra tutto fu davvero maestro e in una unica figura come sempre dovrebbe avvenire¹¹, come clinico, come metodologo e come docente tant'è che fece scuola pur non avendo fatto una Scuola che portasse in cattedra gli allievi, ed è per questo ricordato tra coloro che rispetto al proprio tempo «impersonificarono nella maniera più egregia la figura del medico ideale»¹².

La clinica e l'educazione medica

In un'epoca turbolenta e di transizione, allora come oggi, in Murri, medico e docente di qualità, vi è chiara esemplarità di cognizioni e di percorsi sia rispetto alla clinica che all'educazione.

La vision è precisa.

Murri è consapevole della necessità di formare «buoni medici pratici»¹³. Non ricercatori che devono aumentare le conoscenze mediche a disposizione ma clinici adeguati nella professione, ossia che di fronte al malato col conoscere sappiano soprattutto «riconoscere»¹⁴.

La mission è solida e ordinata.

L'educazione medica nell'inadeguatezza di insegnamento, sperimentata su di sé nei primi anni di lavoro in condotta, va rinnovata nell'essenza per poter trasmettere ai futuri medici scopo e fine della medicina pratica. Le politiche strategiche sono definite. Gli strumenti educativi per la formazione di base sono le lezioni e la frequentazione della corsia sotto la guida degli assistenti che sono tutt'uno col docente. Gli strumenti per la formazione continua sono le letture e la frequentazione degli ospedali. Per quanto riguarda invece l'educazione metodologica Murri identifica nel dubbio critico, che non va confuso con lo scetticismo nichilistico né con l'impotenza decisionale del medico abnormemente compulsivo¹⁵, il cardine per ogni progressione della conoscenza¹⁶. Come detto la concezione della medicina pratica è solida e ordinata. La medicina pratica ha per Murri uno scopo e un fine.

La medicina come scopo appartiene al dominio della funzione cognitiva del medico, diremmo oggi, al dominio epistemologico, e deve rispondere a due quesiti. Il primo quesito chiede di sapere cos'è la clinica, ossia deve rispondere alla domanda: qual è lo statuto della clinica? Il secondo quesito vuole sapere cos'è la malattia, ossia: qual è lo statuto dell'oggetto di conoscenza della clinica?

Per Murri, la clinica, ossia l'attività del pratico al letto del malato che deve diagnosticare e curare, è una attività scientifica e come tale non in subordine rispetto alle altre attività scientifiche. La clinica è inoltre una scienza storica





perché si serve dell'anamnesi; una scienza idiografica perché riguarda sempre "quel" singolo malato; una scienza osservativa perché studia osservandoli l'espressione e il decorso fenomenico delle malattie; una scienza sperimentale perché con la somministrazione della terapia si opera alla stregua di un esperimento. La clinica è l'esercizio razionale di chi possiede «una mente del tutto scientifica (che) è una mente del tutto logica»¹⁷ e come tale va guidata dal metodo, unico nella scienza, che in Murri potrebbe più precisamente definirsi come metodo empirico-razionale, ossia quello che «permette di ricongiungere con un'ipotesi ragionevole le parti empiricamente note»¹⁸. In questo percorso mentale di ricostruzione del processo morboso la componente osservativo-fenomenica e quella teorico-deduttiva fondata sul ragionamento causale, si temperano vicendevolmente¹⁹ perché, alla fin fine davvero e Murri concorderebbe, «l'abilità nella diagnostica riflette più un modo di pensare che di fare»²⁰.

Per quanto invece riguarda lo statuto delle malattie, Murri è un nominalista secondo cui le malattie esistono solo come «nome collettivo»²¹ che identifica sovraindividualmente dei "processi". Per Murri non esistono le malattie come le insegna la patologia speciale così come non esistono proprio «un casellario di malattie e un casellario di malati»²². Poiché esistono invece solo individui malati ne scaturiscono alcune conseguenze. Innanzi tutto, direbbe Murri, a questi non si possono applicare linee-guida preconstituite tratte dalla letteratura, come vorrebbero correnti di pensiero oggi in medicina, ma solo individualizzazioni diagnostico-terapeutiche causali²³. In secondo luogo, la clinica stessa altro non è da intendersi che una costellazione casuistica infinita. Per questo motivo la clinica ha una peculiarità: non può essere "insegnata" alla stregua di altre discipline, ma solo ci si addestra a praticarla sotto una guida ed esercitando il metodo continuamente per evitare "i molti che pur cominciando bene poi si perdettero". Questo vuol dire appellarsi ad una norma controintuitiva che guidi il ragionamento diagnostico ma anche, più modernamente, forse, aiutare a costruire reiterandole e iniziando il più precocemente possibile nello studente e nel giovane medico, mappe mentali adeguate all'attività di problem solving clinico.

La medicina come fine appartiene invece al dominio della funzione sociale del medico, diremmo oggi, alla funzione etico-sociale che deve soddisfare due ordini che riguarda addirittura la concezione filosofica inerente la collocazione dell'uomo nella natura, perché è un «obbligare la natura a rispettare la creatura umana»²⁴. In ogni caso certamente a questa medicina sono preclusi dolorismi

espiativi a scopo migliorativo di natura morale e romanticismi di natura estetizzante sulla sofferenza.

Per quanto riguarda la funzione sociale della medicina pratica, per cui il medico dovrebbe essere, detto modernamente, un portavoce della Società²⁵, per Murri il medico dovrebbe addirittura essere invece il fautore di un "ordine nuovo". Per spiegare questa posizione di Murri sono possibili alcune interpretazioni, consapevoli dei limiti insiti nella natura dell'atto interpretativo stesso e nelle sue possibili revisioni. Di questa posizione è quindi possibile darne una interpretazione biografica legata alla tradizione personale e familiare di Murri; è possibile darne una interpretazione storiografica considerando che tale scelta sociale si avvicina all'ideale propugnato da alcuni galatei dell'epoca e fatto proprio anche da altri medici²⁶; è possibile darne una interpretazione politica con tentativi di lettura che utilizzano chiavi storicistico-economicistiche²⁷; è possibile darne una interpretazione antropologica intendendo Murri come fautore di una matura laica e solidale relazionalità curativa col malato²⁸. In ultimo si potrebbe avanzare una interpretazione filosofica legata al Murri scienziato: infatti "la scienza tutta per l'umanità", affermazione di Murri, a ben diritto poteva racchiudere la verità ultima della religione positivista.

Conclusioni: Murri, un esempio di eccellenza nella qualità professionale

Se quanto affermato può essere accolto ancora oggi come significativo per il clinico e per il docente di medicina, allora Murri può essere considerato un esempio di eccellenza nella qualità professionale.

Murri è costantemente dedito all'educazione: ma tutti noi siamo in qualche modo sempre educatori anche inconsapevoli nel nostro mestiere; è colto ed aggiornato nel sapere scientifico e umanistico-filosofico con respiro extranazionale: ma non confonde erudizione con cultura; è selettivo nelle letture mediche ed attento al nuovo: ma non precipitoso nell'accogliere le mode; è rigoroso: nell'osservare il metodo clinico e nella preparazione delle lezioni centrate su problemi reali in tempi reali. Murri è severo: con sé prima che con gli altri; coraggioso: riconosce l'errore e lo propone come strumento educativo al pubblico; critico: verso le medicine non scientifiche, la supinità intellettuale delle prassi empiriche, la mercificazione lucrativa della medicina. Con questi presupposti, il docente deve essere consapevole che: la "bella" lezione (e le lezioni di Murri sono "belle" lezioni) non deve servire al docente ma all'allievo che deve essere messo in condizioni intellettuali tali





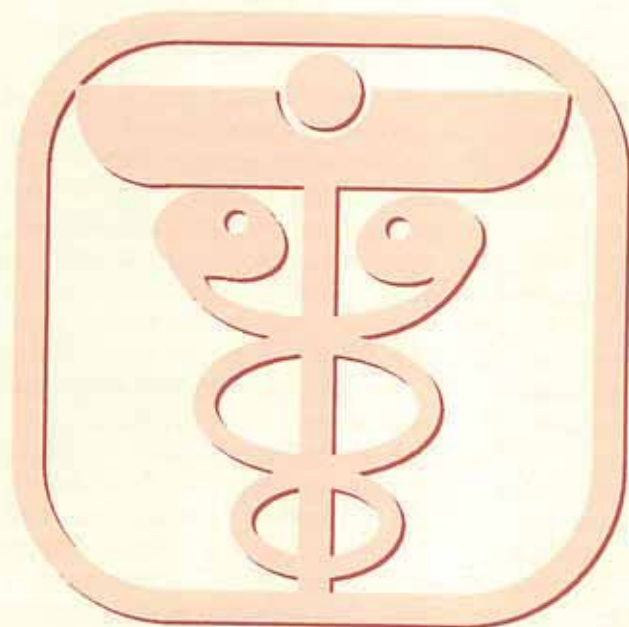
da poter criticare l'insegnamento del docente; la didattica è lo strumento immediato di transazioni con l'allievo; la lezione è veicolo di cognizioni ma anche di passioni perché si educa emozionando³⁰. Il clinico invece nel suo lavoro diagnostico deve essere: euristico ma anche sistematico; induttivo ma anche deduttivo; verificazionista ma anche falsificazionista; aperto propositivamente al cambiamento promosso dall'errore. Ma ancora: umile nella consapevolezza del limite personale e della scienza medica; piegato ad una pratica che non serva al medico ma al paziente.

Per tutti questi motivi, dalla medicina del suo tempo, Murri propone ancora oggi intatto l'esempio di una visione etica della Medicina e dell'educazione medica.

E-mail: gdelvecchio@ospedaliriuniti.bergamo.it

Bibliografia

1. Reale G., Antiseri D.: Il pensiero occidentale dalle origini ad oggi, La Scuola Brescia 1983 pagg. 261-262
- 2a. Antiseri D.: La logica della diagnosi clinica nel pensiero di Augusto Murri MEDIC 1998; 6: 91-106
- 2b. Baldini M.: Augusto Murri e la logica del ragionamento diagnostico MEDIC 1995; 3: 113-116
- 2c. Cagli V.: Elogio del metodo clinico Armando Roma 1997 pagg. 51-71
- 2d. Scandellari C.: Augusto Murri e il suo pensiero metodologico Boll Fac Med Chir, Ancona 2000; 7-8; 12-16
3. Federspil G., Scandellari C.: L'evoluzione storica della metodologia in medicina, Feder Med 1991;7: 481-490
4. Delvecchio G.: La dimensione pedagogica del pensiero e dell'opera di Augusto Murri, MEDIC 1995; 3: 170-174
5. Moglie G.: *Galateo*, in Manuale del medico pratico, Società Editrice Dante Alighieri, Roma 1898 pag. 10
6. Premuda L.: *Storia della medicina*, CEDAM Padova 1975 pagg. 182-3
7. Baldini M.: L'importanza del metodo nella formazione del medico, KOS 2001; 186: 18-22
8. Betri M.L.: La crisi del ruolo medico. I galatei dell'ottocento, Feder Med 1987; 7: 685-688
9. Baldini M.: I galatei medici dell'ottocento, KOS 2001; 184/185: 44-48
10. Cagli V.: Metodo clinico e medicina sperimentale. Rileggendo Claude Bernard, Boll Fac Med Chir, Ancona 2000; 7-8; 8-11
11. Torsoli A.: Metodologia e didattica medica: due problemi interconnessi, Feder med 1993;10: 5-6
12. Premuda L.: op cit. pag. 13
13. Murri A.: *Lezioni di clinica medica*, Piccin Padova 1895 pag. 8
14. Murri A.: op. cit. pag. 11
15. Gabbard G.O. : Il ruolo della compulsività nel medico normale JAMA 1985; 254:2926-2929
16. Murri A.: op. cit. pag. 19
17. Murri A.: op. cit. pag. 23
18. Murri A.: op. cit. pag. 41
19. Delvecchio G.: Le riflessioni metodologiche di Augusto Murri, MEDIC 1996; 4: 38-42
20. Harrison's *Principi di medicina interna* IV ed. it., Piccin Padova 1984 vol. I pag. 5
21. Murri A.: op. cit. pag. 113
22. Murri A.: op. cit. pag. 85
23. Danielli G.: Il metodo clinico alla luce dell'Evidenze, Boll Fac Med Chir, Ancona, 2000;7-8;17-18
24. Murri A.: op. cit. pag.116
25. Murri A.: op. cit. pagg. 116-117
26. Summit mondiale dell'educazione medica, Edimburgo 1993 Raccomandazioni, MEDIC 1994, 2: 121-129
27. Cosmacini G.: *Il mestiere di medico* Cortina Milano 2000 pagg. 119-135
28. AA.VV.: Murri oggi: un bilancio in Murri A.: *Quattro lezioni e una perizia*, Zanichelli Roma 1972 pagg. 3-22
29. Cosmacini: ibidem
30. Vettore L.: Insegnare la clinica, oggi Boll Fac Med Chir, Ancona,oo 2000;7-8; 23-29





CLAUDIO RUGARLI

Università degli Studi di Milano,
S. Raffaele

Questo convegno non solo ha delineato la posizione di Murri nella medicina del suo tempo, ma anche ha fatto riflettere su quello che significano le idee del grande clinico per la medicina del nostro tempo. Parlando dei presagi di Murri sui medici del futuro (tra i quali noi) Scandellari ha citato la diffidenza che egli provava verso specializzazioni quali l'otorinolaringoiatria in confronto con quelli che possono essere considerati pilastri del sapere medico, come la fisiologia, la medicina interna e la chirurgia generale. Eppure Murri non aveva ancora assistito alla frantumazione, nelle corrispondenti sottospecializzazioni, di questi due grandi settori della medicina clinica, tanto da metterne in discussione la sopravvivenza stessa. Che dire? Che Murri aveva torto ed era tardo ad adeguarsi al mutare dei tempi, o che egli aveva sentito un problema reale?

Con tutto il rispetto per le specializzazioni mediche, anche le più settoriali, e con il pieno riconoscimento del loro ruolo indispensabile, crediamo che la riflessione suggerita da Murri non vada trascurata. Sulle specializzazioni mediche esiste ancora un equivoco che va dissipato e che in qualche modo si connette con la originaria distinzione tra medicina esterna e medicina interna. Il primo termine era originariamente riservato alle alterazioni morbose direttamente visibili all'esterno del corpo e perciò diagnosticabili con la semplice osservazione, il secondo alle alterazioni invisibili e perciò riconoscibili solo attraverso la interpretazione di sintomi e segni. Ebbene, lo sviluppo della tecnologia ha permesso, attraverso tecniche di *imaging* e indagini di laboratorio, di vedere in qualche modo anche all'interno e questo ha generato l'illusione che la tecnologia possa rendere superfluo il processo interpretativo. E' chiaro che non è così perché esistono lesioni esterne riconoscibili con la semplice osservazione (per esempio un basalioma), ma ne esistono ancora di più (come molte malattie dermatologiche) che sono connesse con qualcosa che interessa la generalità dell'organismo e che richiedono comunque una interpretazione. Lo stesso accade per quello che si osserva all'interno. Non solo questa aumentata penetrazione dello sguardo medico non ha semplificato i problemi clinici, ma anche ne ha posto di nuovi. Eppure resta diffusa la pratica, di fronte a casi oscuri, di indirizzare il paziente a molti specialisti in sequenza, così da generare "a tappeto" una sterminata quantità di indagini, nella speranza che, per un colpo di fortuna, se ne trovi una che risolva il problema.

Sarebbe ingeneroso dare la colpa di questo agli specialisti, che tuttavia sono distinti e apprezzati soprattutto per le loro capacità di padroneggiare le tecniche, ma questo malcostume clinico è certamente una ricaduta del pregiu-

dizio sulla preminenza della medicina specialistica su quella generalistica.

Connessa con questa illusione sulla malattia direttamente osservabile è l'idea che le malattie abbiano una esistenza oggettiva e cioè siano entità naturali. Eppure, che non fosse così era ben chiaro agli occhi di Murri. Vettore, parlando della pedagogia di Augusto Murri, ha ricordato che questi aveva ben presente che l'insegnamento della clinica è fondato sull'analisi di casi singoli, perché l'oggetto di questa disciplina è la totalità degli ammalati, passati presenti e futuri, distinti però gli uni dagli altri dalla loro irripetibile individualità. Le malattie elencate nella nosologia sono in realtà costruzioni intellettuali, astrazioni che collegano ammalati simili in classi costruite secondo vari criteri, descrittivi un tempo ed ora sempre più eziologici e patogenetici. Questi criteri cambiano nel tempo e così cambia la nosologia, che è tuttavia la base del sapere del clinico. Quello che però rende specifica la sua attività e dà significato al suo insegnamento è il metodo, il processo logico attraverso il quale un caso individuale è ricondotto a una classe nosologica. Ed è questo processo che consente valutazioni prognostiche e decisioni terapeutiche.

Una curiosa osservazione, connessa con i mutamenti della nosologia, è che le stesse specializzazioni medico-chirurgiche sono

Conclusioni

storicamente datate in quanto connesse con la nosologia del tempo nel quale sono nate. Così, a parte alcune specializzazioni trasversali, come la endocrinologia, le malattie infettive e la immunologia clinica, la maggior parte di esse sono definite anatomicamente, il che non sembra oggi un criterio adeguato. Che cosa c'è di comune tra una endocardite infettiva e una aritmia? Eppure entrambe cadono nella sfera di influenza del cardiologo. E' vero che il cardiologo possiede le tecniche per analizzare entrambe le condizioni, ma questo sottolinea l'aspetto tecnico delle specializzazioni e perciò anche i loro limiti nel coprire il campo che è proprio della clinica.

Murri non fu, però, solo un metodologo, ma si cimentò anche con la ricerca scientifica. Federspil ha sottolineato come questo avvenne sporadicamente e quasi di contragenio, per esigenze di carriera. Ma la ricerca di Murri sulle febbri, pur condotta con strumenti rudimentali, fu un modello di accuratezza scientifica. Con il senno di poi e con Popper di mezzo si potrebbero muovere delle obiezioni alle generalizzazioni di Murri. Date due teorie T_1 e T_2 e anticipato che, se è vero T_2 , debbono anche osservarsi dei risultati sperimentali S_2 , Murri conclude che, non verifican-





dosi S_2 , deve essere vera T_1 . Tralascia che potrebbero essere avanzate altre teorie, T_3, T_4, \dots, T_n , ugualmente compatibili con l'assenza di S_2 . Federspil non manca di riportare alcune considerazioni di Murri che inducono alla cautela nelle sue conclusioni. Ma Popper è ancora lontano e, con tutti i suoi meriti, il grande clinico, intriso di positivismo, difficilmente potrebbe essere considerato un popperiano *ante-litteram*.

Con tutti questi limiti, che sono propri della sua epoca, Murri con la sua ricerca ci induce a riflettere su un problema che è, anche oggi, di grande attualità, e cioè sui rapporti che intercorrono tra scienza e clinica. La medicina che noi oggi pratichiamo è definita giustamente medicina scientifica perché fa della scienza un larghissimo uso. Ma, se è vero che discipline come la fisiologia, la biochimica, la farmacologia ed altre possono essere definite scienze mediche, non è così per la clinica in quanto tale. Si è discusso se la medicina clinica sia una scienza o un'arte e, quando si usa questa parola, non ci si riferisce certo a una attività come quella di Mozart e di Picasso. Arte in questo senso la clinica non è (anche se il dottor Delvecchio, del quale abbiamo appena udito un intervento preordinato, ha scritto qualcosa sul valore estetico della diagnosi), ma nemmeno una scienza a sé stante. E questo per molte ragioni tra le quali, non ultima, la natura dello stato di malattia, difficilmente omologabile a ciò che è oggetto di osservazione.

Nel bel libro di Wulff, Pedersen e Rosenberg, intitolato *Filosofia della Medicina* (Raffaello Cortina, Milano, 1955), si immagina un dialogo tra due medici, il primo che considera la malattia semplicemente come una deviazione dal progetto della evoluzione biologica della specie, e il secondo che ne ha una visione più complessa, che supera i confini della medicina scientifica. Infatti, se prendiamo una malattia come l'artrite reumatoide, con delle limitazioni funzionali alle mani, queste saranno fastidiose per tutti, ma per una persona che faccia, per esempio, il pianista saranno particolarmente gravi. Cioè una funzione biologica non è normale se non per uno scopo, e questo non può essere definito in termini biologici. Perciò la situazione esistenziale di un paziente e le sue motivazioni psicologiche sono componenti integranti del suo stato di malattia.

Era Murri sensibile a questi problemi? In genere è difficile che un medico abbia successo professionale se non ha attenzione al paziente come persona, e perciò è probabile che Murri, che di successo ne ebbe molto, fosse attento ai problemi psicologici dei suoi pazienti. Ma certo se lo fece non teorizzò questi aspetti della sua attività. Illuminante è quello che Cagli ha riportato a proposito di *Psicologia e*

nosologia. Murri ebbe attenzione alla psicanalisi e la considerò come una possibile estensione del sapere medico. In questo era in linea con il primo Freud che, medico fino al midollo, considerava la scoperta dell'inconscio alla stregua di altre importanti scoperte scientifiche che avevano marcato l'avanzamento della medicina. Murri boccia la scientificità della psicanalisi, in quanto percepisce che in questo caso ci si confronta con qualcosa che non può essere analizzato con gli strumenti propri della osservazione scientifica, qualcosa che implica la soggettività dell'osservatore. Forse, però, gli sfugge l'impatto culturale delle nuove idee avanzate da Freud. E' vero che Popper ha indicato proprio le teorie psicanalitiche come esempio di ciò che non può essere considerato scientifico, in quanto si possono trovare molti argomenti a favore, ma non si può immaginare qualche osservazione che le smentisca. Almeno in questo Murri è stato popperiano, anche se non con gli stessi argomenti. Ma non tutto quello che non è scientifico è anche culturalmente irrilevante e non è chiaro se Murri, rigoroso nell'attenersi al contesto medico, sia stato stimolato all'interesse verso la psicanalisi e la psicologia dinamica in genere.

Questo incontro su Murri ci lascia, perciò, con molte idee stimolanti e di grande attualità. Gli otorinolaringoiatri e tanti altri specialisti hanno conseguito un rango pari a quello dei clinici medici e questo è un bene. Qualcuno dubita che i clinici medici abbiano ancora una funzione, e questo è un male. Per quanto sempre più scientificamente fondata e tecnologicamente progredita la medicina del futuro non potrà eludere i problemi di metodo. Questo ci richiama alla complessità del sapere medico e alla esigenza di armonizzarne le componenti, soprattutto nell'insegnamento che precede la laurea. La recente riforma della Università è stata una buona occasione di ripensare il *curriculum* degli studi medici e, su questo argomento, un lavoro molto importante ed apprezzato è stato svolto dalla Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina, sotto l'impulso del suo presidente, che è anche l'organizzatore del nostro convegno, il Professor Danieli. Noi ci congratuliamo con lui, anche per il successo della nostra riunione dedicata a Murri e ne prendiamo spunto per augurarci che questi incontri annuali, nei quali la medicina si confronta con le scienze umane, divengano una iniziativa regolare della Facoltà di Medicina dell'Università di Ancona.





Augusto Murri, Lezioni di Clinica Medica 1883-1884

Cinquantasei lezioni inedite, raccolte da Alessandro Codivilla e Napoleone Cavara

prefazione di Cesare Scandellari - un'edizione a cura di Giovanni Danieli

Nella biblioteca di un Allievo prediletto di Augusto Murri, il Dott. Giovanni Pomarico, studente a Bologna negli anni 1880-87, successivamente Medico Primario a Lecce, sono state rinvenute, elegantemente rilegate, cinquantasei lezioni tenute dal Maestro nella Clinica Medica di Bologna nell'Anno Accademico 1883-84 e accuratamente raccolte dai suoi Studenti.

La loro lettura è un'ulteriore testimonianza di un insegnamento clinico basato su un profondo e critico ragionamento, ma anche della capacità di trasmettere vivo ed entusiasmante il proprio pensiero agli Allievi.

Le lezioni sono ora pubblicate in un volume edito dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona con la collaborazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo, in mille copie numerate.

Riportiamo di seguito la riproduzione di alcune pagine del manoscritto, la Prefazione e la Postfazione che compaiono nel volume.

PREFAZIONE

di Cesare Scandellari

Per chi si occupa di metodologia clinica e di didattica, il ritrovamento di documenti relativi all'attività didattica di Augusto Murri rappresenta un evento emozionante e, per ogni altro medico, una favorevole occasione di accostarsi alla figura insigne di questo Clinico vissuto a cavallo dei secoli XIX e XX. Quanto viene presentato con questo volume dà realizzazione ad entrambi questi sentimenti, in quanto rappresenta il resoconto, raccolto da alcuni studenti, delle lezioni tenute dal Maestro nell'Anno Accademico 1883-84, l'ottavo della sua docenza all'Ateneo bolognese.

Murri era infatti giunto a questa prestigiosa sede universitaria nel 1875, dopo che l'allora Ministro Bonghi gli aveva proposto di occupare la Cattedra di Clinica Medica a Padova, resasi vacante per la morte di Vincenzo Pinali. Questa cattedra fu tuttavia reclamata per sé da Luigi Concato, d'origine padovana, allora titolare della Clinica Medica di Bologna. A quel tempo, la notizia che Concato avrebbe rinunciato a Bologna per una sede considerata "minore", suscitò un acceso malumore negli ambienti universitari e cittadini bolognesi che molto stimavano il Concato, anche perché incerto era il nome del possibile successore e la Facoltà temeva che vi approdasse una figura di

secondo piano: erano infatti tempi nei quali le Facoltà erano molto attente a alla qualità di ogni loro componente. Sembrava naturale che il possibile successore fosse un allievo del Concato, il Federici, allora in Clinica Medica a Palermo ma il Ministro contattò invece Murri - che poco prima non aveva avuto fortuna in un concorso a Torino - per saggiarne la disponibilità. Murri accettò, non prima di aver avuto dal Federici stesso l'assicurazione che l'eventuale nomina di Murri non costituiva un affronto od uno sgarbo al collega palermitano. Avuto l'assenso di Murri, il ministro lo assegnò quindi alla Clinica Medica di Bologna. La designazione del quasi sconosciuto Murri - reduce, come s'è detto, da una "sconfitta" al concorso di Torino - accrebbe il malumore della città di Bologna per la partenza di Concato; ne nacquero polemiche sui giornali e negli ambienti accademici. Ma il ministro confermò la nomina e Murri approdò a Bologna in clima a lui ostile.

Il 19 gennaio 1876, Augusto Murri tenne la prolusione al suo insegnamento di Clinica Medica a Bologna. Con un aulico discorso, come allora s'usava, egli espresse tutta la sua gratitudine per essere stato chiamato a Bologna, ne lodò la grande tradizione e riassunse il suo programma di docente sintetizzandone le linee programmatiche in due obiettivi: il primo, "dare alla società medici che sappiano conoscere e curare le umane infermità" ed il secondo, "fare della Clinica anche un laboratorio scientifico". Esponendo questo secondo punto, chiari agli studenti e





Fig. 1 - Frontespizio dell'edizione originale

alle autorità accademiche che lo ascoltavano il senso della sua concezione della Clinica, quale utilizzatrice delle nozioni di base ma, contemporaneamente, non ad esse soggetta, ed anzi banco di prova autonomo delle stesse. Affermò infatti: "l'Anatomico, il Fisiologo, il Patologo - ci danno il frutto delle loro fatiche, ma noi dobbiamo esaminarlo, purificarlo, farne uso e poi rinviarlo ad essi o modificato o accresciuto o semplicemente avvalorato dalla nostra esperienza".

Il metodo per raggiungere questi obiettivi, risultò anch'esso ben delineato in questo primo discorso agli studenti bolognesi: "... nell'acquisto dei fatti abbiate cura scrupolosa di sceverare i certi da quelli che certi non sono: osservate e, per quanto è possibile, verificate da voi. Non ci sia mai nome che v'imponga di troppo ... abbiate sempre dinanzi alla mente che ci sono osservatori più o meno attenti, più o meno esatti, ma nessuno che abbia il pregio dell'infallibilità. Soprattutto, o Signori, traghiamo dallo

studio del passato che i fatti non si debbono confondere giammai con le loro interpretazioni. L'ipotesi sarà anche per noi il più valido strumento di progresso, ma non l'accetteremo come tesi se non quando l'esperienza l'abbia solidissimamente dimostrata."

Fu un successo e Murri, conquistata la stima di quasi tutti i Colleghi (rimarranno ancora per qualche anno alcuni cosiddetti "concatiani" a lui non favorevoli) fece ben presto dimenticare il rimpianto per la partenza di Concato. Ebbe così inizio l'attività didattica di Augusto Murri ben presto apprezzata non solo a Bologna ma anche in tutta Italia, il cui fine è stato da lui stesso precisato in un successivo discorso tenuto a lesi: "lo stimo che sia uno de' più alti uffici del Clinico l'educare la mente dei giovani all'uso severo della critica." E l'attività didattica divenne sia dentro la Facoltà sia fuori d'essa, se non il maggiore, uno dei più appassionati e scrupolosi impegni dell'attività accademica di Murri. La documentazione diretta a noi pervenuta, dell'attività



Fig. 2 - La copertina dell'edizione attuale con il ritratto di Augusto Murri del pittore Pennacchietti, proprietà della Società Operaia di Mutuo Soccorso di Porto San Giorgio (AP)



didattica di Murri è costituita da alcune prelezioni ai vari anni accademici e al prezioso volume che raccoglie le lezioni tenute negli anni scolastici 1905-1906 e 1906-1907". In altri scritti (Scritti Medici Augusto Murri, editi nel 1902 per festeggiare i 25 anni di insegnamento) vengono riportati numerosi lavori pubblicati nelle riviste mediche del tempo, facenti riferimento a casi clinici frequentemente discussi anche con gli studenti. Sono tutti resoconti ovviamente riveduti e probabilmente corretti e completati da Murri in fase di stesura editoriale.

Le pagine che vengono qui presentate costituiscono invece un materiale certamente diverso. Innanzitutto, quanto in esse contenuto è un resoconto registrato da altri e non rivisti dal Maestro, di ciò che Murri aveva detto in una ristretta aula universitaria, che probabilmente, sarebbe stato modificato almeno nella forma - se non nella sostanza - qualora fosse stato utilizzato per una pubblicazione a stampa. In effetti, Murri era piuttosto restio a pubblicare i testi delle sue lezioni, forse anche perché non amava dover ritornare, per correggerne lo stile, sulle trascrizioni di quanto aveva detto in aula: in effetti, nella prefazione degli Scritti più sopra citati, i membri del Comitato Organizzatore dei festeggiamenti per il 25° di insegnamento, affermano che "Augusto Murri, critico fine d'altrui e di se stesso non ha mai permesso che venissero pubblicate le sue lezioni. Solo alcune vennero stenografate, ma com'Egli lo seppe, si dolse tanto del fatto, che i promotori di quella pubblicazione dovettero cessarla a metà del corso. Forse agli occhi della sua mente appariva incompleto ciò che per l'orecchio degli ascoltatori era perfetto".

In realtà egli stesso non si attenne a questo proposito nel 1907, quando cedette alle richieste prima di tutto del suo più caro Aiuto, il prof. Luigi Silvagni e poi a quelle degli studenti i quali, assieme a molte altre personalità, avevano insistito perché riprendesse il suo insegnamento interrotto a seguito delle dolorose vicende familiari. "Sapendo - scrive Murri nella presentazione delle sue Lezioni di Clinica Medica - ... come il conoscere soltanto quello, che di un malato si può osservare, interpretare, predire quando al primo vederlo se ne discute in scuola, non possa soddisfare nemmeno un discreto lettore, io m'era negato sempre al desiderio ... di stampare io o di lasciar stampare da coloro ciò che s'era detto fra di noi, nella scuola. Questo

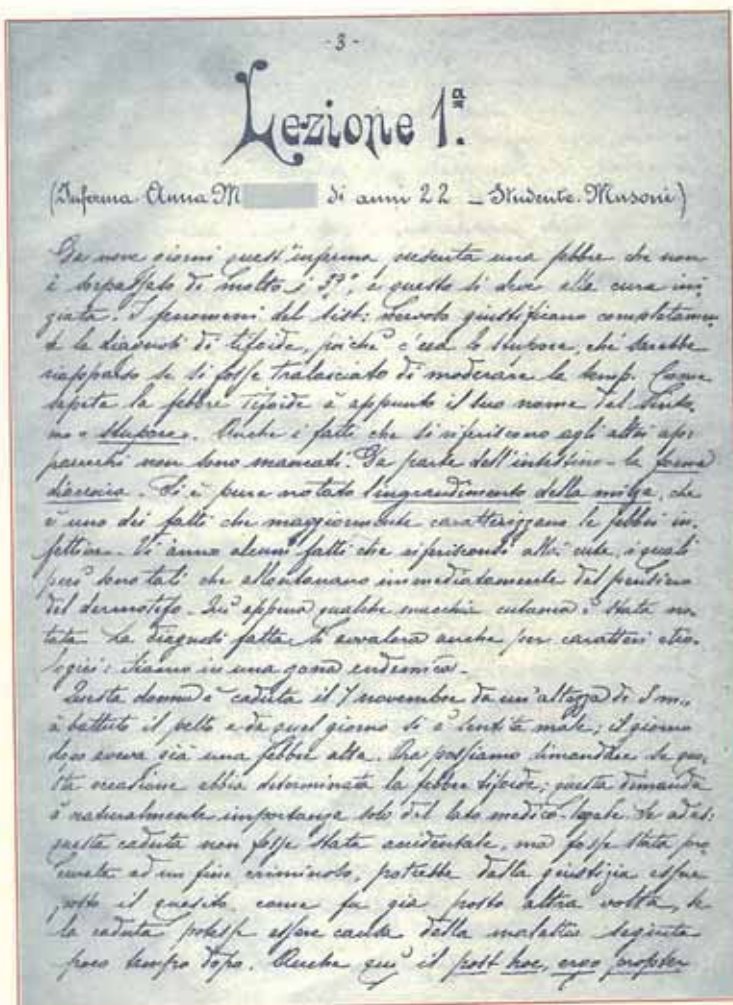


Fig. 3 - L'inizio della prima lezione; il modello compositivo di questa pagina, con il nome dell'inferma e dello studente, si ripeterà in ogni capitolo

negarmi mi è divenuto ora impossibile". Non sembra quindi far offesa ai suoi primitivi intendimenti, neanche la pubblicazione da parte nostra di queste pagine, nella speranza che comunque esse vengano comprese e valutate secondo la loro vera natura di "resoconti" di estemporanee discussioni didattiche. Certamente chi già conosce le già più volte citate Lezioni di Clinica Medica, troverà queste pagine alquanto inferiori nello stile e nella stessa costruzione del ragionamento del grande Clinico: ma ciò è perfettamente comprensibile, dato che nell'esposizione verbale avviene spesso che alcuni passaggi particolari o siano sottintesi dall'oratore o non completamente registrati da chi esegue la trascrizione.

Nonostante queste riserve, anche un'opera così limitata può fornire spunti utili di riflessione e di valutazione. Ad



- 500 -

Lezione 56:

Alterazioni riscontrate nella sensibilità e mobilità

Sensibilità

Destra - Vista, udito, odorato - Normali		Gusto - Aspettando			
	tattile	Dolorifera	Muscol.	Elettrica	Cornica
Dolto	norm.	norm.	questi normali	deb.	norm.
Braccio	deb.	deb.		id.	id.
Avam.	id.	id.		id.	id.
Tronco	norm.	id.		id.	id.
Art. inf.	deb.	id.		id.	id.
Sinistra - Vista, udito, odorato - Debolissimi		Gusto - aspettando			
	tattile	Dolorif.	Muscol.	Elettr.	Cornic.
Dolto	deb.	deb.	questi normali	norm.	norm.
Braccio	norm.	norm.		id.	id.
Avam.	deb.	deb.		id.	id.
Tronco	id.	norm.		id.	id.
Art. inf.	norm.	id.		id.	id.

Le regioni interscapolare e l'angolo dorsale sono iperestetiche -

Mobilità - *A. P.* i volontari sono tardi al volto - mano
 cavo all'art. sup. e le carni sono semi-contratte - *scapulo*
 cavo all'art. sup. e le carni sono flaccide - i riflessi sono
 deboli - arti - arti - deboli - i pruriti della con. parav. -
 A. S. i volontari sono deboli - all'art. sup. - i riflessi e
 saporati all'inf. -

Fig. 4 - Una tabella della lezione 56

esempio, la lettura delle classiche lezioni, molto curate nello stile e nella logica del ragionamento può suscitare la considerazione, se non il sospetto, che gli scritti di Murri corrispondano ad idee elaborate a tavolino, più che ai contenuti didattici ricavati dall'osservazione, eseguita estemporaneamente in aula, del singolo caso clinico. Al contrario, i resoconti presentati in questo libro sono indubbiamente una fedele espressione di ciò che veniva detto in aula svelando lo "stile" di Murri docente.

Certamente in tali resoconti non mancano aspetti criticabili e/o censurabili in base ai principi della moderna pedagogia medica: ad esempio, i cenni anamnestici dei singoli casi sono spesso scarni ed incompleti; i riferimenti al singolo caso - in particolare l'epicrisi autoptica dei pazienti deceduti - sono talora diluiti in più lezioni; il fluire del

ragionamento appare talora deviato verso problemi collaterali. Ma d'altra parte i difetti testimoniano essi stessi, la spontaneità e la immediatezza delle trascrizioni. Ciò che il lettore attento potrà in ogni caso apprezzare, è l'assoluta congruità di concetti didattici e pedagogici tra gli insegnamenti contenuti in questi appunti e quelli delle Lezioni già edite.

A questo proposito basterà fare riferimento ad un solo esempio. Tra le Lezioni di Clinica Medica pubblicate da Murri, ne esiste una, giustamente famosa, pronunciata il 21 gennaio 1906, nella quale Murri esordisce dicendo: "Prima di cominciare a parlare del caso odierno, lasciatemi spiegare un mio pensiero.

Oggi abbiamo dinanzi non un malato, ma un cadavere. Che cosa ci vieterebbe di aprirlo e di far seguire alla necropsia qualche considerazione? Nulla certamente. Ma per me questa non sarebbe clinica. E non mi par clinica neppure il presentare il malato, dichiarare di che processo sia affetto e poi metterlo in rilievo i sintomi. La vera clinica consiste, almeno per tre quarti, nell'addestrare la mente alla esplorazione delle vie che guidano al giudizio della malattia".

Era successo che l'unico malato che i suoi assistenti avevano progettato di sottoporre all'attenzione di Murri per la lezione, era deceduto durante la notte. Così Murri condusse la sua lezione sulla base delle sole notizie anamnestiche e dei rilievi compiuti non da lui, ma dai suoi assistenti riuscendo a dedurre, dopo un'analisi serrata dei pochi elementi a sua disposizione, la diagnosi di tumore cerebrale fronto-parietale destro. Alla fine

della sua esposizione, la dissezione del cervello del cadavere permise di dimostrare l'esattezza della conclusione di Murri.

Il racconto potrebbe suscitare - e di fatto ha suscitato in alcuni - qualche ombra di scetticismo. Ma riconsiderando l'affermazione, più sopra riportata, pronunciata a lesi, sulla necessità di educare la mente dei giovani alla critica intesa come ragionamento logico, ci si chiede: fu questo incipit - non sarebbe clinica quella di andare a vedere senza aver provato a capire con la mente - solo una frase d'effetto, pronunciata estemporaneamente a titolo di scusa o di giustificazione per una situazione non voluta? O si trattò invece dell'enunciazione convinta di un principio meditato e radicato nel pensiero di Murri?

Una risposta a quest'interrogativo può essere trovata



LEZIONE

 lezione 33.


Necroscopia di Medea G. di anni 22.
trattata nelle lezioni 2°, 3°, 4°.
Studente Paterniani.

-459-
 lezione 51:
Maffano. Cesare N. di anni 33.
Studente Caravaggio.

 lezione 54:
Necroscopia di Cesare N. di anni 33.
trattata nelle lezioni 51 e 52.
Studente Caravaggio.



 lezione 55:

Fig. 5 - Alcuni esempi di testate delle singole lezioni



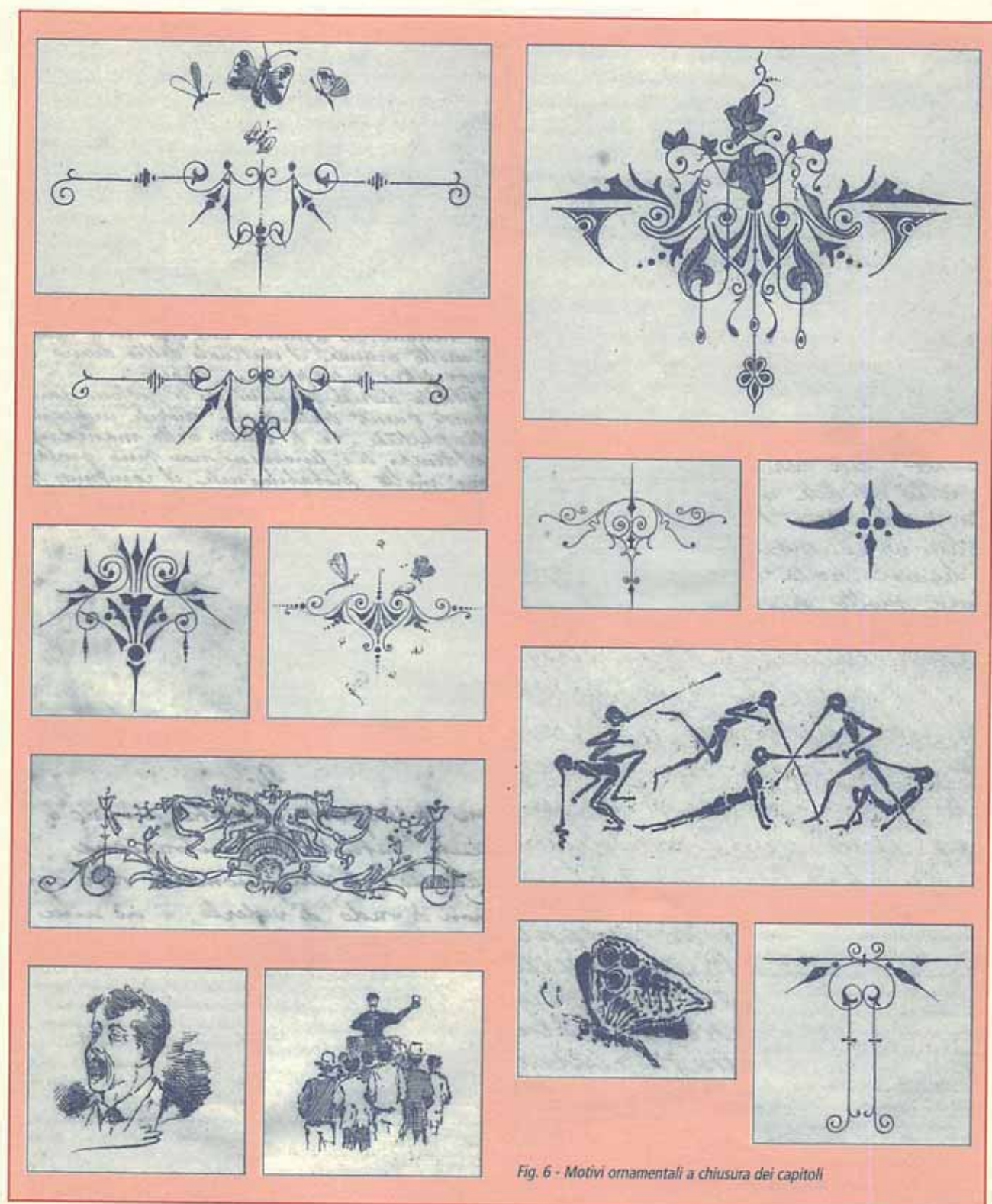


Fig. 6 - Motivi ornamentali a chiusura dei capitoli



-574-

Indice

A

Alfusia - 390; *Amnia* - 391; *rubra* - 393; *lenticola* - 391.

Albuminuria - 111; - 361.

Alcolismo - 150.

Alimentazione rettile - 297.

Amnesia verbale - 392.

Anasarca, vera del - 45.

Anomia cerebrale - 91.

Angina pectoris - 67; - 71; - 371; - 453.

Abitico, nefriti atrofici - 40; - 42.

Aritmia cordis - 414.

Aromatiche, azioni delle, esterne ed interne - 369.

Arsenico - 160.

Aprolettico accesso - 377.

Asfite - 81; - 87; - 165; - 459; - 471.

Ascessi metastatici - 313; - 315.

Atassia locomotrice incompilata - 455.

Atrofia, vera, arteria coronaria - 382.

Atrofia, miopata, proleptica - 118; *giacchè ambo del fegato* - 178; *del duodeno* - 257.

B

Bailli de Koz - 185; - 187; - 474.

Bartolin, viti del, nefriti - 18.

Basodew, mat. del - 191.

Fig. 7 - Prima pagina dell'indice analitico

nelle trascrizioni che qui presentiamo. Si legga infatti l'ottava lezione relativa "all'individuo che - come dice Murri con una punta di rammarico - è morto ieri senza domandarci il permesso". E' una situazione del tutto simile a quella che si verificherà più di 20 anni dopo: ma la reazione e le parole di Murri sono le medesime: "Potrei aprire il cranio e fare un riscontro fra i dati anatomici ed i fatti clinici; ma questo mezzo di indagine ... giova poco pel diagnostico ... In questo caso noi faremo un esercizio di ginnastica diagnostica ... giacché mi pare che come i muscoli s'ipertrofizzano, come le glandule si ingrossano, così il cervello si avvalora coll'esercizio della dialettica diagnostica. Fra una mezz'ora vedremo se quello che stiamo per dire è giusto o no".

L'iterazione - anzi l'anticipazione - del medesimo concetto, a così grande distanza di tempo e di fronte a simili situazioni impreviste, mostra come l'insegnamento che Murri intendeva trasmettere ai suoi studenti rappresentasse l'espressione di una sua ferma convinzione e come facesse parte integrante della sua personalità.

E' naturale pensare che la lettura delle presenti trascrizio-

ni non potrà risultare utile, al lettore moderno, in tutte le sue parti, data l'obsolescenza delle nozioni mediche in esse contenute e considerata anche la limitatezza - rispetto ai tempi attuali - delle conoscenze di allora.

E' vero che esistono anche passi prettamente medici che conservano ancora interesse, se non altro per capire come si sia evoluto uno a o l'altro concetto patogenetico o terapeutico (come ad esempio il sorgere del concetto che collega la gastrite atrofica - allora chiamata sindrome di Fenwick - all'anemia da carenza di vit. B12, discusso nella lezione 30a): ma questi passi non costituiscono certo una parte rilevante di questa pubblicazione.

Tuttavia, se il lettore - medico o studente - riuscirà a trarre dal testo gli incisi che Murri magari a giustificazione delle sue stesse deduzioni, inseriva nelle sue lezioni e a riflettere su di essi, ricaverà il maggior vantaggio che può essere tratto dalla lettura di queste pagine, vecchie di oltre un secolo e pur ancora in parte attuali: il gusto di abituarsi a pensare a ciò che si fa e a soppesare le ragioni del proprio comportamento: il che equivale a scoprire l'essenzialità, per un clinico, della metodologia.

519

numeri addominali - 421-423.

U

Uroemia - 43-46-436-437.

V

Vago - 192-193.

Valvolari, una dei, vici - 274, 275.

Ventricolo sinistro dilatato - 417.

Vomito, vomito del - 198-261.

I sottoscritti si dichiarano responsabili degli errori nei quali sono incorsi nelle pubblicazioni di questi appunti.

Alessandro Codivilla
Napoleone Carara

3 Giugno 1884 -

Fig. 8 - Ultima pagina dell'indice analitico e del libro

POSTFAZIONE

di *Giovanni Danieli*

Giovanni Pomarico studiò Medicina a Bologna e conseguì una brillantissima laurea, primo tra settanta Colleghi, nel 1886 (Fig. 9); successivamente restò ancora un anno nella Clinica Medica bolognese, poi ragioni familiari lo indussero al ritorno a casa ove esercitò con grande e riconosciuta competenza la professione medica, dapprima nella sua cittadina natale, Collepasso in provincia di Lecce, poi quale Medico Primario e Direttore dell'Ospedale Civile del capoluogo pugliese.

Allievo prediletto di Augusto Murri, mantenne con il Maestro un rapporto di stima e di affetto che anziché scemare per la lontananza e il tempo, andò intensificandosi sempre più.

Rinnovò con il Maestro occasioni di consulto ed una lunga corrispondenza, che in parte abbiamo già pubblicato sul periodico della Facoltà (Augusto Murri, Lettere all'Allievo prediletto - *Lettere dalla Facoltà*, 2, 13-20, 2000).

Ha lasciato una significativa eredità morale e materiale al proprio unico pronipote, chi scrive, il nome ed una biblioteca medica con molti importanti trattati di Medicina comparsi a cavallo tra i due secoli.

Nella sua biblioteca, ora mio studio, ho trovato, accuratamente rilegata, una serie di cinquanta-sei lezioni tenute dal Maestro nell'Aula di Clinica Medica di Bologna negli anni 1883 e 1884, scritte dai suoi Studenti e raccolte in un volume da Alessandro Codivilla e Napoleone Cavara.

Le lezioni iniziano tutte con il nome dell'infermo presentato e dello Studente (in un solo caso di una Studentessa) storiografo; ogni capitolo, manoscritto e suc-

cessivamente litografato, è ornato da fregi e disegni nello stile dell'epoca; il libro, che si conclude con un indice analitico essenziale, porta la data del 3 Giugno 1884. Centodiciassette anni dopo, queste lezioni ritornano alla luce e riportano spontanea, immediata ed autentica la

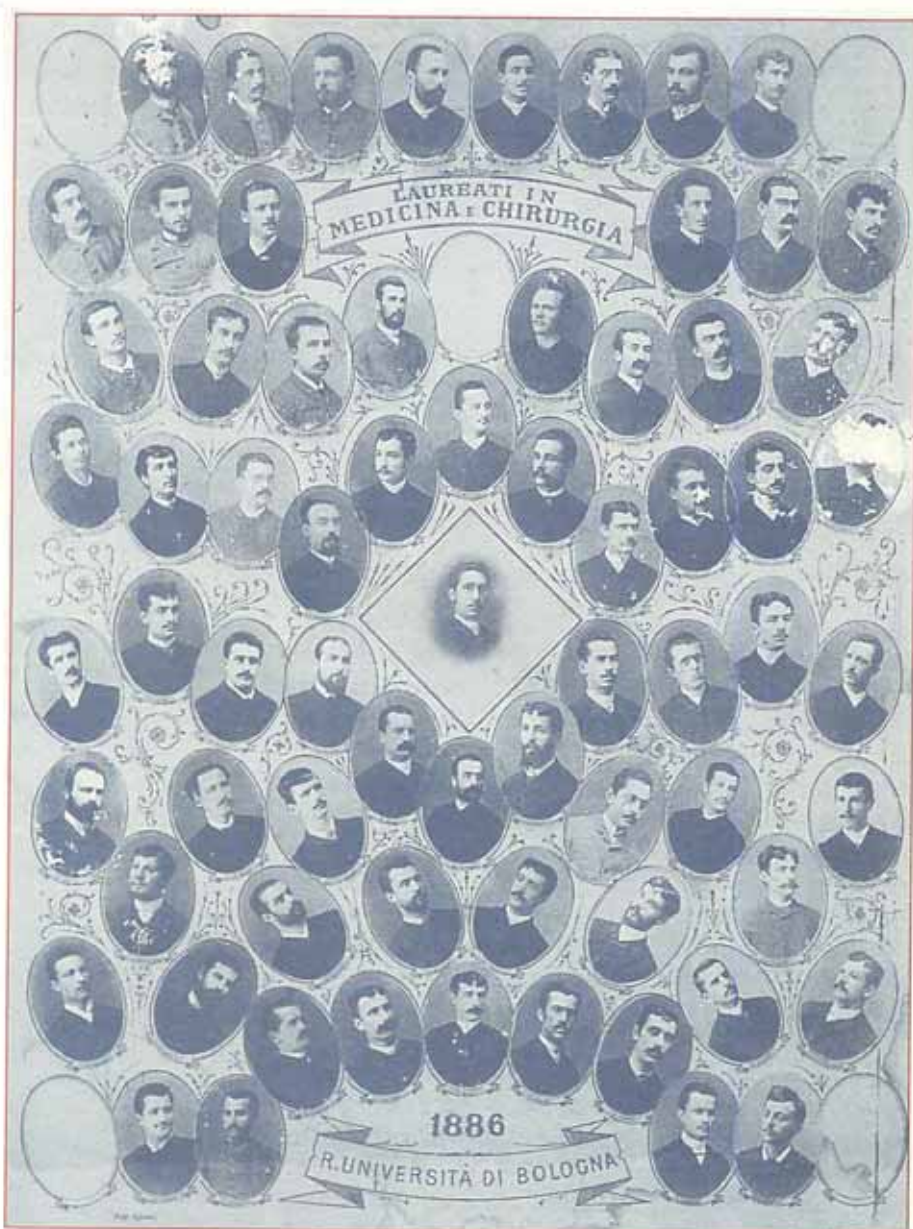


Fig. 9 - Gli studenti che usufruirono di queste Lezioni; al centro il Dott. Giovanni Pomarico, che le ha custodite

voce del Maestro, senza filtri, senza ripensamenti, senza aggiustamenti. L'emozione è fortissima per chi insegna Clinica Medica e certamente per chi, in un momento della sua vita, ne ha seguito le lezioni.

Si ripercorrono in ogni capitolo le tappe del metodo clinico e quindi l'osservazione prolungata, attenta, minuziosa del paziente, l'esame fisico teso a percepire le minime variazioni di un segno, il ragionamento logico, critico, consequenziale; un metodo clinico che coniuga in successione l'induttivismo e l'ipotetico-deduttivismo.

E' scritto a pagina 16 di queste *Lezioni*: "...la induzione sta al principio, poi ritorna di nuovo in fine; in mezzo si trova la deduzione. Dai fatti singoli, si va ascendendo per induzione, arrivati ad un certo punto si può cominciare a dedurre, ma poi conviene ancora tornare a provare se la deduzione è veramente buona".

Così l'osservazione accurata dei fatti induce la generazione di una teoria, di un'ipotesi che viene sottoposta a criti-

ca rigorosa e, se non confermata, viene sostituita da una nuova ipotesi e poi da un'altra ancora finché si deduce quella che ha la maggior probabilità di corrispondere al vero. Le lezioni di Augusto Murri costituiscono pertanto l'esemplificazione più autentica ed elevata del metodo clinico, inteso come appassionata e lucida ricerca della verità, perseguita attraverso l'accurata osservazione dei fatti e la logica rigorosa del ragionamento.

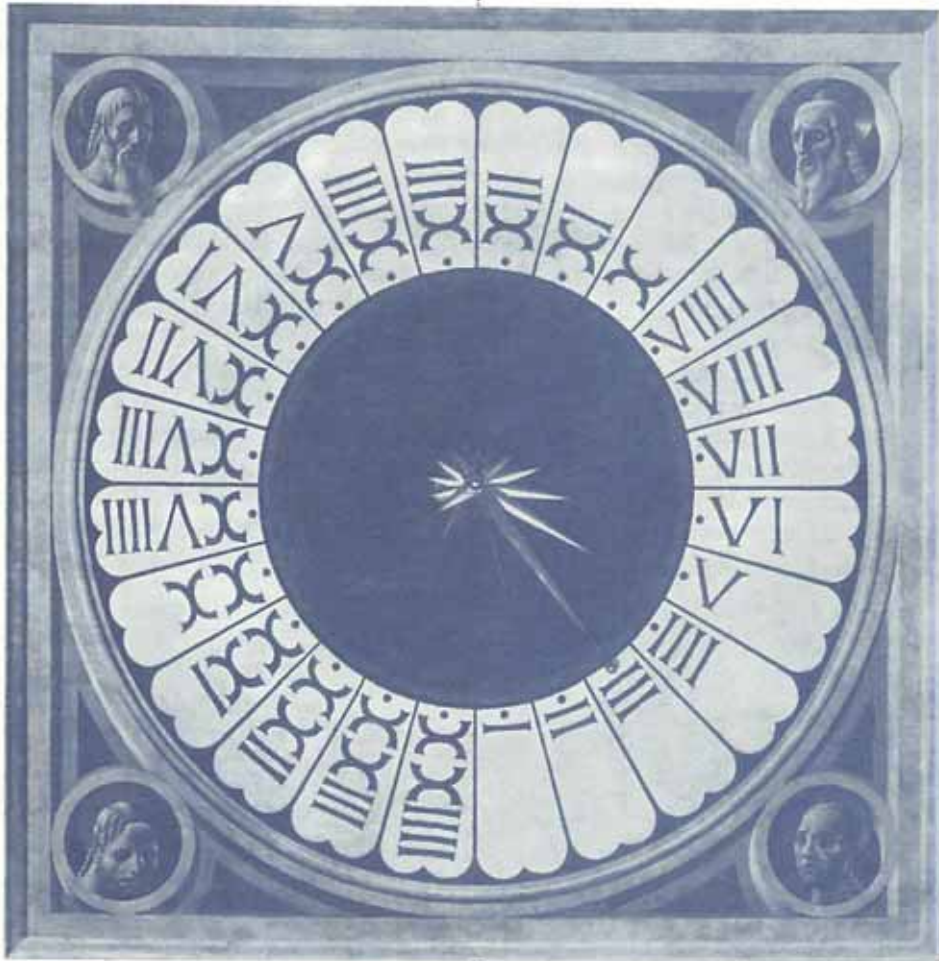
La loro pubblicazione oggi rappresenta non solo l'invito inatteso a riascoltare la voce di un grande Maestro della Medicina, ma anche l'occasione per chi pratica la professione medica di riscoprirne l'essenza, le finalità ed i comportamenti. Questo libro è dedicato ai miei Studenti, di ieri e di oggi, che ritroveranno in esso le tappe di un procedimento che tante volte abbiamo insieme attuato per la soluzione dei problemi clinici, lo spirito di ricerca che ha permeato i nostri incontri, l'amore per questa nostra professione di Medico, che è la più bella del mondo.



Fig. 10 - Il disegno che chiude l'ultima lezione



FRANCESCO ORLANDI
Università degli Studi di Ancona



Paolo Uccello, L'orologio (Duomo di Firenze)

Ha futuro un Sistema Sanitario Regionale senza memoria? Si può intervenire razionalmente su parti della identità di una comunità locale, la solidarietà e l'assistenza, ignorando

Non disperdiamo la Memoria della Salute

il passato? Si possono salvare e valorizzare retaggi e valori positivi pur seguendo la logica economica della ristrutturazione? Sarebbero domande al limite della temerarietà nel difficile giuoco ad incastro del cambiamento in atto. In realtà è problema di metodo, e ad esso si ispira il Progetto Regionale "Memoria della Salute", Conferenza dei Rettori delle Università Italiane.

È bene ricordare allo studente che "sanità" e "solidarietà" hanno radice comune nella cultura marchigiana: indietro nel tempo poveri, pellegrini e malati costituivano un unico oggetto di attenzione sociale. Tra il 1500 ed il 1700 i poveri "strutturali" variavano tra il 4 e l'8 per cento della popolazione, e ad essi si aggiungeva un 20 per cento fluttuante ai margini della miseria. L'attenzione sociale era quindi costante, ma non sempre benevola. Le necessità economiche colpivano talora con durezza. Macerata ad esempio, stretta dalla carestia del 1551, espelle sbrigativamente tutti i "mendicanti forestieri", seguendo una prassi allora usata nelle ristrettezze.

A Macerata la ospitalità è gestita da confraternite laiche facenti capo ai Barnabiti, ai Cappuccini, ai Comaschi, ai Domenicani ed ai Gesuiti.

L'esperienza di Fabriano è invece dominata dal flusso dei





pellegrini diretti a Roma oppure ad Ancona, verso la Terrasanta. Ben venti ospedali destinati a *"lebbrosi, sofferenti del fuoco di Sant'Antonio, malati poveri, appestati, pellegrini e viandanti"* fioriscono così nell'area di Fabriano tra il '200 ed il '400².

Dalla seconda metà del '400 si sviluppa nella regione uno sforzo di riorganizzazione. Sorge a Fabriano l'"Ospedale degli Esposti di S Maria del Buon Gesù", a Camerino l'"Ospedale Maggiore"³, a Recanati un nuovo Ospedale generale⁴. Ad Urbino la cura e l'assistenza si concentrano nelle mani della "Fraternità di Pian di Mercato"⁵, a Fano nelle mani dell'"Opera Pia di S Maria del Ponte Metauro" con la creazione dell'"Ospedale di Santa Croce"⁶. Accorpamenti e soppressioni riducono a più riprese la frammentazione dell'iniziativa solidaristica locale. Sorprende quindi il primo censimento del Regno d'Italia. Nel 1861 erano attivi nelle Marche 699 (seicentonovantanove) Istituti di Assistenza e Beneficenza: 35 di essi risalivano al 1200-1400, 65 al 1500, 92 al 1600, 111 al 1700, ed i restanti 303 erano di più recente origine. In Macerata, con una popolazione attorno ai 10.000 abitanti, esistevano, ad esempio, tre ospedali⁷. Lo studente che cercasse di accertare quanto ciò rispondesse all'epidemiologia sanitaria del momento⁸ con un'analisi basata sui parametri attuali commetterebbe però un riprovevole errore di metodo.

Potremmo continuare qui a saccheggiare frammenti di memoria da studi storici autorevoli⁹, ma il solo scopo di questo trasferimento da indagini articolate a pillole palatabili è l'esposizione di un'esca per motivare possibili tesi di laurea, possibili borse di studio, possibili dibattiti e ricerche sulla memoria della salute nelle Marche. Lì sono le nostre radici.

La prima reazione alla lettura di queste pagine di storia patria è la meraviglia per la ricchezza dell'iniziativa solidaristica spontanea e laica nella popolazione, per la resistenza delle istituzioni attraverso secoli di rivolgimenti politici e sociali di ogni tipo, per la continuità creativa di nuove iniziative attraverso un intero millennio. E' la solidarietà un carattere dominante della cultura marchigiana? "Marche, Terra della Solidarietà"? E' un'ipotesi da verificare con criteri oggettivi.

La seconda riflessione concerne natura e destino degli Istituti di Assistenza e Beneficenza. Essi hanno originato gli "IPAB" che hanno gestito buona parte della Sanità regionale fino a trenta anni fa, sviluppando e amministrando moderni e complessi ospedali. In questo quadro di continuità l'IPAB di Camerino ha ad esempio mantenuto il possesso della magnifica Abbazia di Santa Maria a piè di Chienti, un gioiello d'arte romanica dato in dote da Sisto

IV alla fondazione dell'Ospedale. Con tutto l'ovvio rispetto per l'economia sanitaria e la razionalità degli interventi, l'inquietudine resta. E' possibile evitare che le "Aziende" colpiscano valori che affondano da secoli nella cultura e nella civiltà delle Marche? Che ci siano risparmiati i facili aforismi *"quod non fecerunt barbari..."*.

Bibliografia

1. Cartechini P. Alcuni documenti dell'Archivio di Stato di Macerata relativi a vescovi, clero secolare e regolare del secolo XVI. *Studia Picena* 1987; 262-287.
2. Sassi R. Un antico leprosario della Marca di Ancona (San Lazzaro de Clusis). *Atti e Memorie della Deputazione di Storia Patria per le Marche* 1925; IV-II: 26-73.
3. Bonvecchi A. Note sull'assistenza ai poveri e agli esposti a Camerino nel secondo settecento. *Studi Maceratesi* 1978; 12: 270-271.
4. Foschi F. Frammenti di storia recanatese: delle leggi sanitarie della peste e dei medici dal secolo XIV al XIX. *Studi Maceratesi* 1989; 22: 337.
5. Ligi B. *Ospedali della città e archidiocesi di Urbino*. Urbana, 1973.
6. Deli A. Fano nel Seicento. Fano, 1989: 120-124.
7. La statistica del Regno d'Italia. Le opere pie nel 1861. *Compartimenti dell'Umbria e delle Marche*. Firenze, 1870.
8. Bonazzoli V. Morbilità e mortalità nella Macerata pontificia settecentesca: considerazioni sulle fonti. *Studi Maceratesi* 1978; 12: 251-255.
9. Paci R. Povertà e pauperismo nella prima età moderna: assistenza, controllo e repressione. *Studi Maceratesi* 1993; 27: 1-31.





Paolo Cattorini (a cura di) (con la collaborazione di Mario Picozzi) *Le direttive anticipate del Malato* 1999, Masson, Milano 146 pagine, Lire 28.000

Il problema del rispetto della volontà dei pazienti nei riguardi delle scelte diagnostiche e terapeutiche, specialmente quando le facoltà intellettuali siano compromesse, è sicuramente uno dei principali aspetti etici della professione medica.

Il rischio che decisioni per così dire "paternalistiche" del medico entrino in contrasto con i più elementari diritti dell'individuo a decidere sulle problematiche connesse alla propria salute è assai elevato. Si pensi come anche negli ambienti clinici più qualificati ed attenti possano prendere il sopravvento atteggiamenti terapeutici volti solo alla correzione di alterazioni di laboratorio od al mantenimento delle funzioni d'organo anche in presenza di condizioni morbose che alterino in maniera irreversibile lo stato di coscienza. Non è neanche infrequente che esami strumentali anche complessi vengano prescritti solo allo scopo di appagare una presunta necessità diagnostica, anche in assenza di reali prospettive terapeutiche. Per non parlare di un problema ancora più drammatico, ed attualmente così dibattuto, come quello della eutanasia e delle c.d. "cure palliative" ed all'imperativo etico per tutti i medici di umanizzare la morte. Le implicazioni anche religiose di questi aspetti della medicina ha reso molto variegato, a seconda delle culture, l'approccio a questi problemi. Nel mondo cattolico è prevalso per molto tempo un atteggiamento per così dire compassionevole al problema: vicinanza al sofferente, partecipazione affettiva alla sua vicenda clinica ed ai suoi parenti. Oggi il linguaggio della compassione non fa più parte dei luoghi comuni della prassi terapeutica: anzi, viene criticato da chi vi vede, come detto in precedenza, il rischio di un atteggiamento pater-

nalistico, ed anche ipocrita, che sostituisce i buoni sentimenti alla capacità di alleviare sul serio le sofferenze. Nei paesi anglosassoni è stata invece avanzata da anni una prospettiva diversa, ma anch'essa a suo modo riconducibile al programma di umanizzare il morire. Questa strategia sostituisce la soggettivizzazione alla compassione restituendo al malato la "titolarità" a decidere sulle ultime fasi della sua esistenza. Da qui nasce il concetto di *Direttive anticipate del Malato*. Il termine deriva da quello anglosassone *Advance Directives* e con esso si ricomprendono tutte le richieste che un soggetto sottoscrive quando è ancora perfettamente cosciente, consapevole e nel pieno delle proprie facoltà mentali, per esprimere le sue preferenze in merito a situazioni di malattia, qualora egli dovesse perdere lo stato di coscienza (ad esempio nella fase terminale di una neoplasia, per una malattia neurologica degenerativa, per uno stato vegetativo per trauma cranico, ecc.). Rientrano nel concetto di *directive anticipate del Malato*, anche la richiesta di non praticare manovre rianimatorie estreme in malati ormai terminali, nonché il consenso all'espanto d'organi a scopo di trapianto.

Nel nostro Paese non esiste alcuna normativa giuridica al riguardo, anche se sono stati presentati alcuni disegni di legge. E' inoltre carente una preparazione specifica al riguardo durante il corso di studi, il che crea sicuramente imbarazzo in molti medici, specialmente nei più giovani. Tuttavia l'ultima edizione del Codice di deontologia medica invita il medico a tener nel debito conto le direttive del paziente. Ma certamente il problema è complesso.

Il bel libro *Le direttive anticipate del Malato*, di Paolo Cattorini - Associato di Bioetica presso l'Università di Varese, con la collaborazione di Mario Picozzi - cerca di riassumere i diversi aspetti etico-giuridici di queste problematiche. Il volume raccoglie le opinioni di giuristi, medici legali, deontologi, ed esperti di bioetica in merito a questa nuova pratica che, pur oggetto di controversie, potrebbe ampliare le attuali frontiere del consenso informato e potenziare un ruolo attivo del paziente nelle decisioni cliniche.

Nel volume viene dato ampio risalto ad un aspetto molto a cuore ai medici cioè quello del conflitto, nel momento del rifiuto delle cure, tra il ruolo di garanzia del medico e il desiderio di autodeterminazione del paziente. Viene inoltre dibattuto il reale ruolo medico-legale delle *Direttive anticipate* e la loro vincolatività (si pensi al problema dei Testimoni di Geova) e viene riportata la esperienza di altri paesi. Viene sottolineato un aspetto fondamentale: per conoscere, controllare, addirittura dirigere, *in absentia*, un processo decisionale così delicato quale quello clinico alla fine della propria vita, occorre la convergenza di fattori molteplici: il soggetto deve essere stato adeguatamente informato, capace di anticipare mentalmente e distinguere le alternative e la loro gravità, sufficientemente libero di decidere, in grado di svolgere con coerenza la propria posizione morale, emotivamente equilibrato. Ma simile concorso di condizioni sarà richiesto anche, per quanto di sua competenza, al medico nel momento in cui dovrà rispettare le *Direttive del Malato* anche quando in apparente contrasto con le sue conoscenze.

Pur essendo impossibile una conclusione unica e valida per tutte le variegate e complesse situazioni cliniche che la vita presenta, la lettura del libro di Paolo Cattorini può essere di ausilio per iniziare ad affrontare in maniera adeguata un aspetto sempre più coinvolgente della professione medica.

Paolo Dessi-Fulgheri

con la collaborazione delle Librerie
Feltrinelli e Ragni di Ancona



Patricia Wallace, *La psicologia di Internet*, 2000, Raffaello Cortina Editore, 367 pagine, Lire 42.000

Stiamo assistendo ad una crescente virtualizzazione delle relazioni. Le nuove tecnologie amplificano il potenziale comunicativo, immateriale, della vita sociale, generando un *network* planetario che incentiva una sensibilità di massa all'aggregazione e alla costituzione di vere e proprie comunità. L'unione di computer e televisione e lo sviluppo delle reti telematiche introducono oggi un enorme potenziale interattivo, che rende più facilmente possibile la costruzione di spazi intersoggettivi. Il giudizio unanime degli studiosi riconosce che la comunicazione odierna non è più monodimensionale ed autoreferenziale (come nel caso della TV) ma è a due vie, quindi teoricamente più democratica ed aperta agli apporti di chiunque (pur se permangono molti limiti tecnici, culturali ed economici che ne vincolano l'accesso e l'uso di massa).

Per quanto concerne il valore maturativo e relazionale di tali strumenti, gli studiosi si dividono tra coloro i quali propendono per il pericolo di una spersonalizzazione crescente e coloro i quali vedono nelle comunità virtuali la nascita di una nuova filosofia e di un modello esistenziale.

Il bello della rivoluzione telematica comunque è che non subisce mai una battuta di arresto e costringe tutti ad una continua riflessione, spesso con esiti paradossali. Prendiamo ad esempio il fatto che lo strumento Internet, accusato con gli altri *media* di essere alla base del crescente disinteresse verso la carta stampata e i libri in particolare, stia producendo una gran messe di testi dedicati alla rete stessa, in una sorta di corto circuito metacomunicativo.

Ora, il libro della Wallace, per certi versi non sfugge alla tentazione del "parlarsi addosso", soprattutto nel tentativo di elencare i

diversi aspetti psicologici legati all'utilizzo quotidiano e intensivo della rete e alla descrizione delle possibili patologie connesse alla frequenza compulsiva e "selvaggia" del mezzo.

Del resto chi frequenta normalmente un *newsgroup*, una *mail list* o anche una *chat line* sa già che bisogna rispettare determinate regole ed utilizzare codici *ad hoc*, che partecipare ad un gioco di ruolo (MUD) offre la possibilità di celare la propria identità ed immaginarsi tutt'altra persona, e che è possibile agire, seppur virtualmente, sotto mentite spoglie e mettere in atto comportamenti al limite della legalità e della morale. Tutto ciò, ed anche molto altro, è già patrimonio degli utilizzatori e quindi per loro il libro non aggiunge molto di nuovo. Può risultare invece un utile supporto di orientamento e strumento di autotutela per chi sta compiendo i primi passi nella landa sconfinata e ignota della rete.

Inoltre risulta interessante tutta la parte relativa alla possibilità di cambiamenti psicologici e relazionali del tutto sconosciuti e per certi versi inimmaginabili che l'utilizzo di Internet può indurre. Il *web* consente, ad esempio, di "costruire una personalità digitale, che libera dal conformismo della vita reale", ossia, come spiega la Wallace, "conoscersi in rete permette di non vedere l'altro, e dunque obbliga a prescindere dal primo e spesso decisivo elemento psicologico di giudizio: l'aspetto", e questo consente di instaurare una relazione essenziale, probabilmente fredda ma più libera da condizionamenti. Il concetto di personalità subisce così una ridefinizione, unitamente ai modelli di relazione ai quali siamo solitamente abituati. E non è detto che queste ridefinizioni concettuali siano di per sé negative; cominciano solo adesso ad essere conosciute ed essere oggetto di studio e ricerca. A titolo di esemplificazione ecco qui un brano dei tanti raccolti durante una navigazione in uno dei numerosi siti dedicati alle relazioni interpersonali "in rete":

"Ciao e benvenuti nella nostra pagina web, una specie di casetta virtuale che ci siamo costruiti per necessità. Io e Maurice abitiamo, infatti quasi dall'altra parte del mondo uno rispetto all'altra. Questa pagina vuole essere un modo per dire e far vedere a tutti gli scettici dell'era di Internet, che le relazioni virtuali possono esistere e resistere in un mondo che provoca emozioni e delusioni più brevi ma più intense di quello reale. Ci piacerebbe conoscere altre persone che come noi stanno vivendo, anche con difficoltà questo sdoppiamento tra reale e virtuale, per poter concludere che il virtuale non è meno reale del reale. Buona navigazione! Linda & Maurice".

E' possibile che in un futuro molto prossimo, tali relazioni possano costituire una possibile "via di fuga" di fronte alle difficoltà connesse alle interazioni contemporanee percepite quali fonte di stress. Ma i rischi di spersonalizzazione e alienazione potrebbero essere evitati con un'adeguata educazione alla tecnologia. Al di là delle paure che lo strumento di comunicazione ha suscitato al suo apparire, la Wallace ci tranquillizza: la realtà virtuale non è una foresta spaventosa in cui perdersi ma un sistema che scorre parallelo alle nostre esistenze e che può aiutarci a vivere meglio con noi stessi e con il prossimo. Mettendo in evidenza come Internet e la nostra esperienza del suo utilizzo siano ancora giovani, l'autrice guida il lettore nel cyberspazio e mostra come sia possibile usare al meglio le potenzialità di questo nuovo territorio delle relazioni umane.

Fabio Bernieri (ASL 1 Toscana)
Giancarlo Tassinari (Università di Verona)



Augusto Murri e la Medicina del suo tempo

Ancona 16 giugno 2001
ora 9.00-13.00

Sede della Facoltà
Via Tronto, 10
Aula D - Torrette di Ancona

Introduzione
Tullio Manzoni

Relazioni
Vito Cagli
Giovanni Federspil
Cesare Scandellari
Luciano Vettore

Interventi preordinati di
Giacomo Delvecchio, Olivio Galeazzi,
Giuseppe Galli

Conclusioni
Claudio Rugari

Presentazione del volume
Augusto Murri,
Lezioni di Clinica Medica 1883-1884
Cinquantasei lezioni inedite, raccolte da
Alessandro Codivilla e Napoleone Cavara
prezazione di Cesare Scandellari
un'edizione a cura di Giovanni Danieli

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ANCONA
Convegno annuale della
Facoltà di Medicina e Chirurgia



All'interno:
particolare di un graffito
preistorico dove l'immagine
della mano compare non più come
impronta ma come disegno vero
e proprio, definendo
una nuova fase della scrittura
e quindi della comunicazione

(da I. Schwarz-Winklhofer,
H. Biedermann
"Le livre de signes et des symboles."
Parigi, 1992)

LETTERE DALLA FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Ancona
Anno IV - n. 7-8 Lug.-Ago., 2001
Aut. del Tribunale
di Ancona n.17/1998
sped. in a.p. art. 2 comma 20/C
legge 662/96 Filiale di Ancona

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

Comitato di Redazione
Lucia Giacchetti, Daniela Pianosi, Anna Maria
Provinciali, Giovanna Rossolini, Marta
Sabbatini, Marina Scarpelli, Daniela Venturini
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Progetto Grafico Lirici Greci
Stampa Errebi srl Falconara