

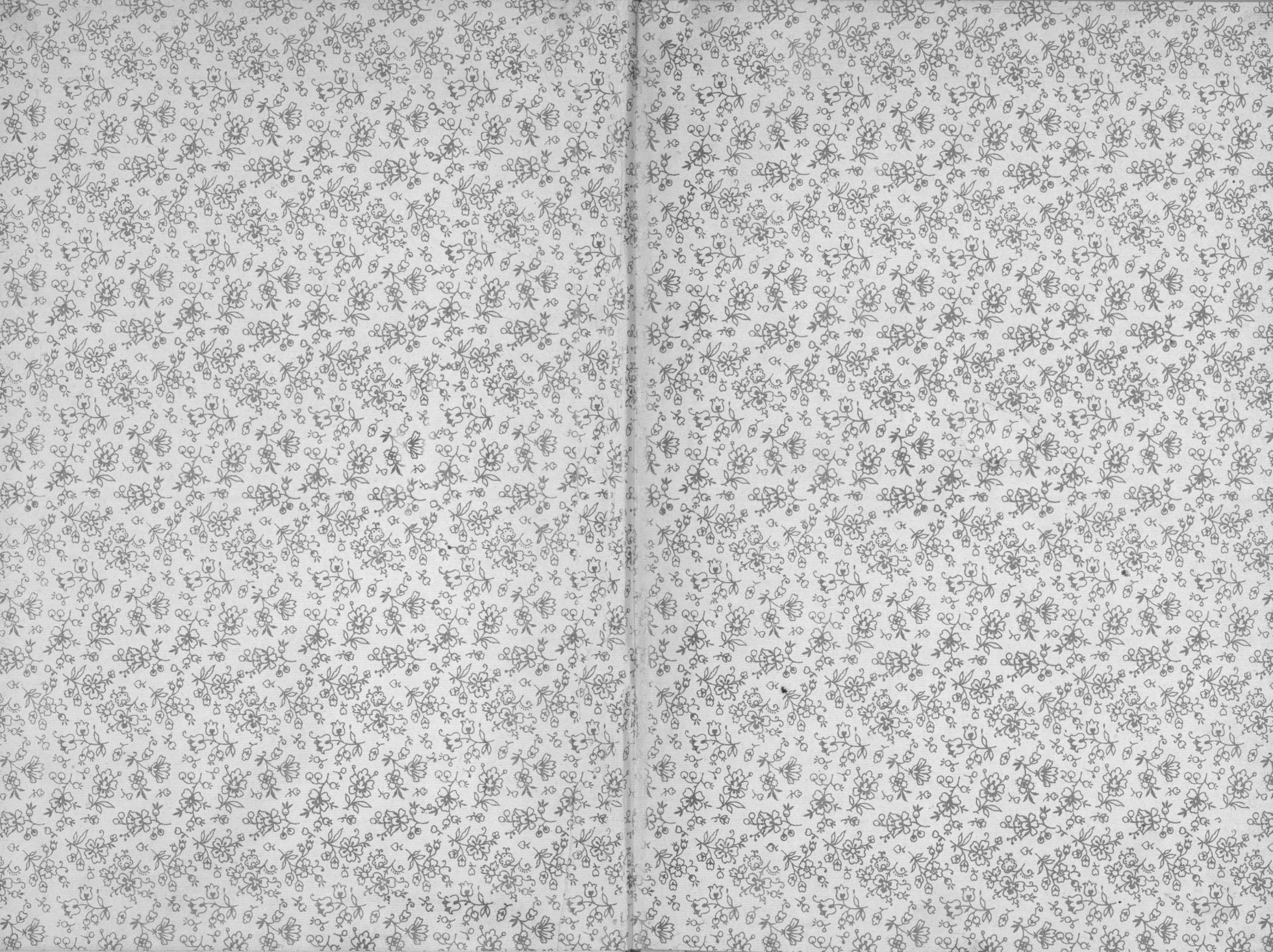


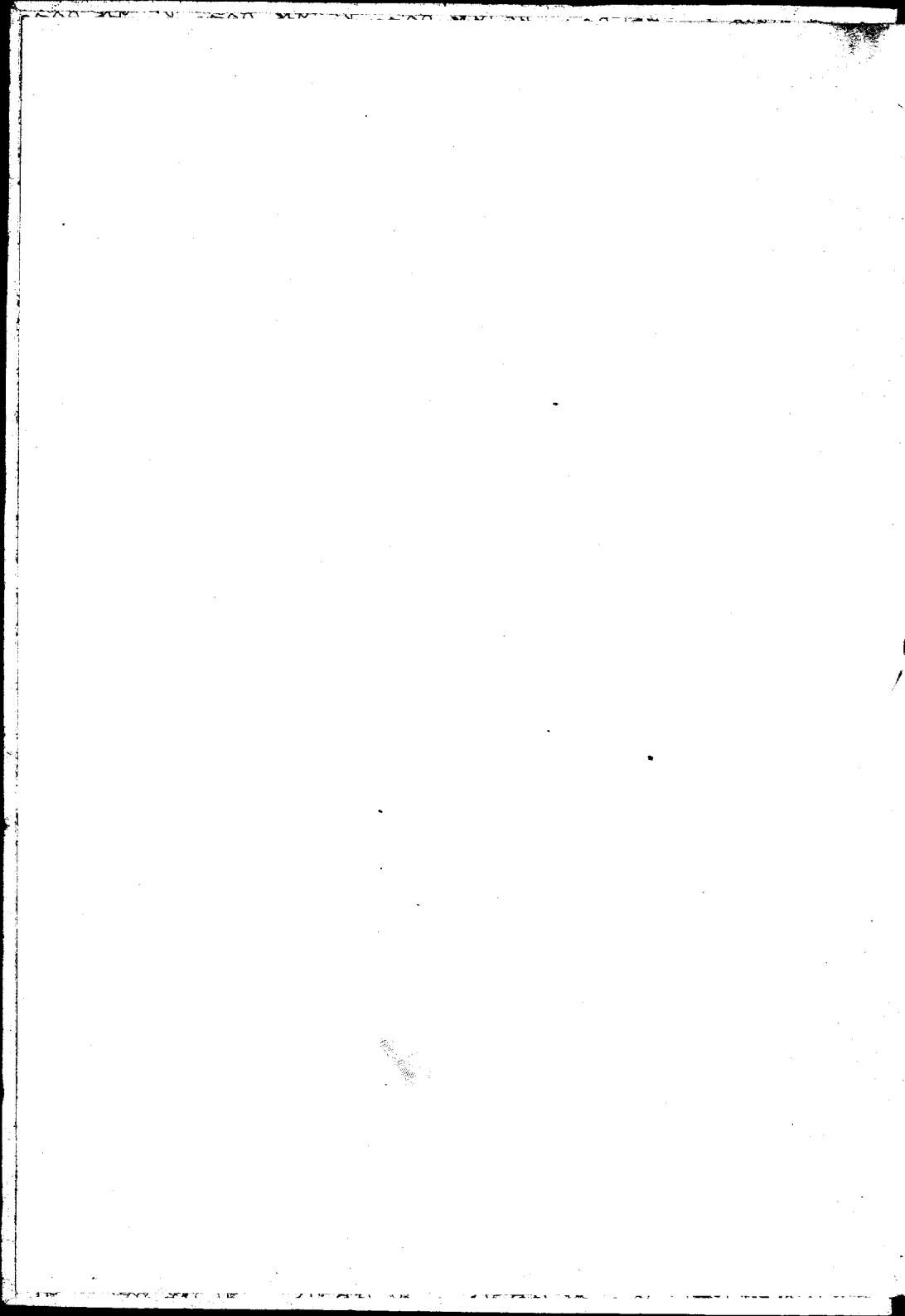
PROP. V. PENSUTI

LA CLINOGRAPHIA

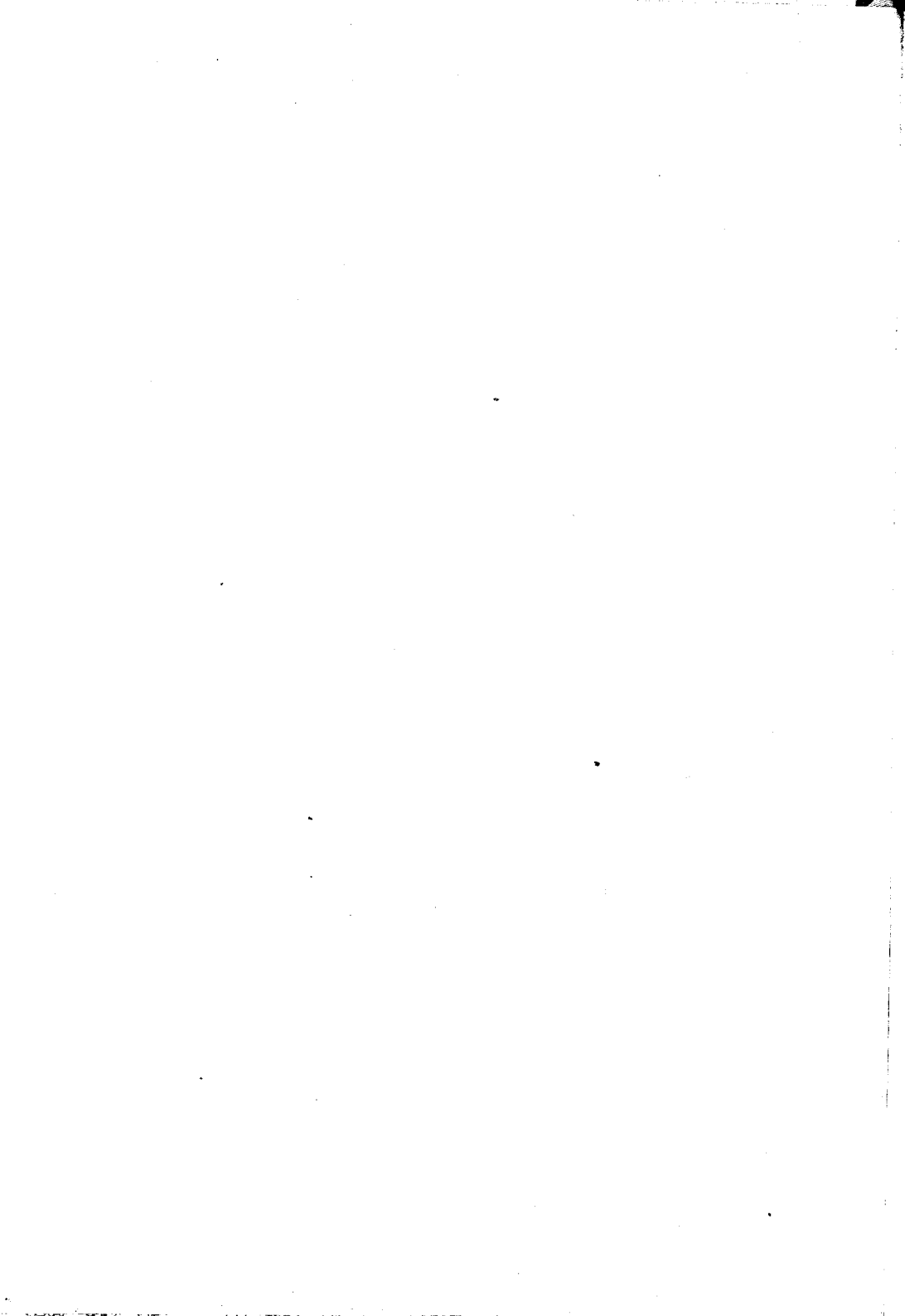
DEI SISTEMI PER IL PULSOMETRO







Al suo illustre Maestro
Prof. comm. Guido Pacelli
V. Terenzi



Prof. V. PENSUTI

Medico Primario degli Ospedali di Roma.
Professore pareggiato di Patologia Medica dimostrativa,
già Primo Aiuto della Clinica Medica di Roma.

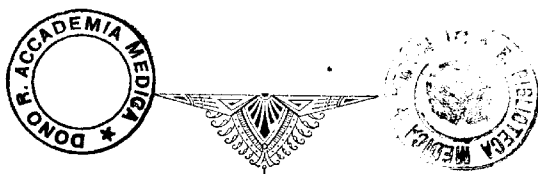


LA CLINOGRAFIA

NEI SUOI PUNTI PRINCIPALI

Nuovo metodo di scrittura clinica universale

Con 5 tavole



ROMA

TIPOGRAFIA DELLA GAZZETTA MEDICA

Via Amerigo Vespucci 47

1904

—
DIRITTI D'AUTORE
—

All' Illustr. Professore

GUIDO BACCELLI

Illustr. Professore e Maestro,

Se quanto io ho qui scritto, e in parte è stato già accolto nella pratica medica, è destinato ad entrare nel patrimonio della Clinica, io voglio che un tanto onore torni a Voi, alla cui parola ed al cui esempio, in nove anni che ho avuto la fortuna di esservi Coadiutore, io debbo la preziosa massima di tenere in altissimo conto l'esame obbiettivo degli infermi.

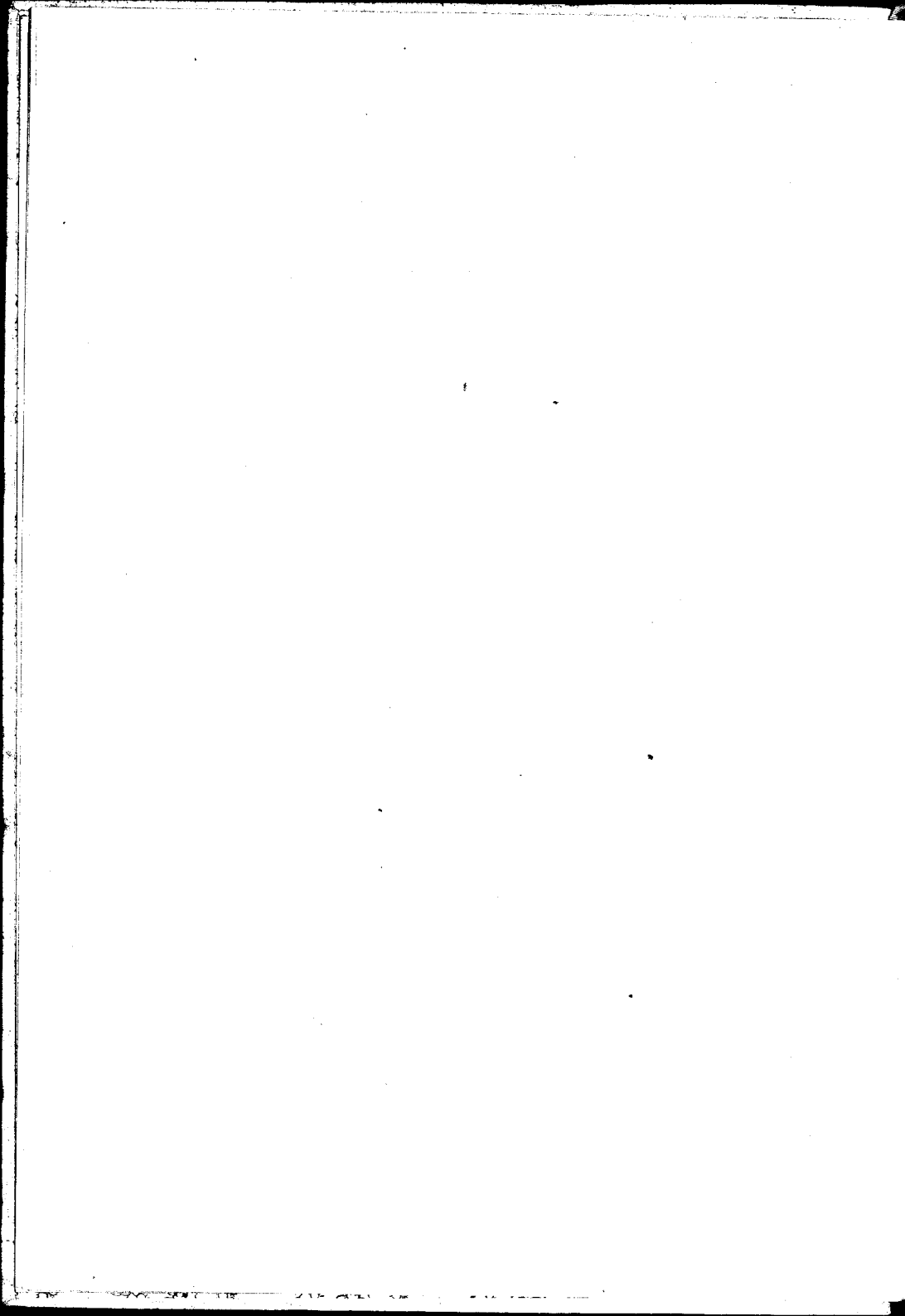
Voi avete sempre predicato « l'Anatomismo clinico ». Che questo mio modesto edificio ne sia la materiale incarnazione!

Voi avete detto sempre « essere la diagnosi esatta la suprema potenza del Clinico, perchè la diagnosi esatta è la suprema necessità della cura ». È questa la parola che è destinata a rimanere qual segno di orientazione contro ogni facile sviamento negli indirizzi presenti e futuri della Medicina. E questa parola io voglio che sia stampata qui al principio del mio lavoro a omaggio Vostro, e a mostrare a chi legge quale sia stato l'obbiettivo preciso del mio presente studio.

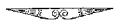
Credetemi con memore ossequio

Vostro devotissimo discepolo
Prof. V. PENSUTI.

Roma, Aprile 1904.



PREFAZIONE



Presentando al pubblico medico questo mio lavoro piuttosto originale e notevolmente diverso dagli altri, il lettore troverà naturale che io mi affretti a presentare i titoli, che possono in qualche modo giustificare questa mia pretesa di dettare al mondo medico una scrittura convenzionale di uso universale. Ed io dirò semplicemente col divino Poeta "Vagliami il lungo studio e il grande amore": e se non basta un ventennio passato negli ospedali ad esaminar malati, mi valga il nome illustre di Guido Baccelli, che ebbi per maestro, e che ho avuto la fortuna di coadiuvare per lunghi anni dal grado di assistente a quello di Primo Aiuto. Il mio illustre Maestro tenne sempre salda la bandiera della Semiotica: noi, suoi scolari, l'apprendemmo dal suo esempio, e per ordine suo la insegnammo a parecchie generazioni mediche.

Ma poichè non voglio assolutamente supporre che sul merito del proponente sia esclusivamente fondato il giudizio dal valore della proposta, io prego il cortese lettore a volere gittare uno sguardo su questo scritto, per vedere se esso realmente corrisponda alla pratica. Io non ripeterò qui le considerazioni che ho più ampiamente illustrato altrove (1) sulla praticità del mio metodo: solo dirò e ripeterò a perdifiato che le figure da me proposte sono talmente naturali e poggiate sopra la fisiologia e la fisica,

(1) « La Clinografia nella sua pratica applicazione ». *La Clinica Medica italiana*, N. 4, anno 1904.

che mi pare impossibile — sia detto senza modestia — che si possano fare proposte più semplici e più accettabili.

Una raccomandazione che io credo necessaria a farsi al lettore che per la prima volta getta l'occhio sulle tavole di questo libro, è che non si spaventi della molteplicità delle figure: esse infatti non sono che l'applicazione più semplice di poche e pochissime figure fondamentali. Ripeto ciò che dissi all'ultimo Congresso di Medicina italiana a Padova, e lo ripeto ora con maggior convinzione, perchè corredato di maggiore esperienza, che una, due lezioni al più, possono bastare a fare un Clinografo. Colui che trovasse troppo numerosi i segni della Clinografia, commetterebbe quasi lo stesso errore di chi leggendo uno scritto composto dell'alfabeto di Morse, fatto di semplici punti e di linee, lo trovasse troppo difficile!

Il lettore però sappia ben questo: che l'arte di fare un bel diagramma, tale insomma da appagare anche l'estetica, esige, come qualunque arte figurativa, un certo tirocinio: nel corso del quale, sia pur certo, troverà non poche soddisfazioni e non pochi vantaggi.

Il titolo che ho dato al mio scritto deve bastare a rispondere a coloro che, nel campo vastissimo della Medicina, trovassero non esposte tutte le molteplici modalità con cui un esame obiettivo si può compiere. Per questi casi, come pure per alcune proposte, in base al mio sistema, per dare nuovi orizzonti alla Clinografia, io ho creduto tacere per ora, preferendo la sobrietà del dire al desiderio di dir tutto in una volta. A ciò mi ha indotto anche un certo timore, fondato sulla conoscenza della mia debole autorità, il timore cioè che abusando dell'attenzione di chi legge e opprimendolo col troppo, mi sarebbe successo come a colui che cammina un lungo e tortuoso viaggio

colla speranza di essere seguito, e, giunto poi alla meta, volgendosi, trova di esser solo.

Lungi da me la pretensione di paragonare l'opera mia alla introduzione delle note nella Musica o dei simboli nella Chimica: posso però affermare senza tema di esagerazione, che il profitto che ne ritrassero quelle due nobili discipline sarà assai paragonabile a quello che ne ritrarrà la Semiotica.

Se nel mio animo, poi, apparisce come un ideale quanto mai splendido e lusinghiero, quello di aver dato ai medici una scrittura universale e dell'avere affratellato tutte le sofferenze e i morbi dell'umanità sotto le stesse linee, io spero che anche il più scettico non vorrà essermi acaro almeno di un benemerito compatimento.



INDICE SISTEMATICO

Dedica Pag. V

Prefazione „ VII

Capitolo I. — Idea generale della Clinografia „ 1

Bisogno universalmente sentito di segni per gli esami obiettivi, 1. — Clinografia, diagrammi, topogrammi, semiogrammi, segni, sigle (Definizioni), 2. — Carattere mnemonico della Clinografia, 3. — Carattere rappresentativo della Clinografia, 4. — evidente nel fantoccio, 5. — e nelle pose del fantoccio, 6. — Carattere della semplicità delle figure nella Clinografia. Nessuna praticità degli schemi preparati, 7. — Elasticità dei topogrammi, 8. — Estensione dei topogrammi, 8. — La Clinografia registra fatti, e non diagnosi, 9. — La Clinografia nell'insegnamento della Semiotica, 11. — La Clinografia perfeziona nell'esame obiettivo, 12.

Capitolo II. — Segni di uso generale nella Clinografia. (Tav. I. fig. 1 a 12) „ 12

Limiti nella estensione del valore di un semiogramma, 12. — Limitante artificiale, 13. — Certezza, intensità di un sintomo, 14. — Aumento e diminuzione di volume, 15. — Notazione delle distanze, 16. — Resistenza e dolorabilità, 16.

Capitolo III. — Topogrammi del torace.
(Tav. I. fig. 13 a 29) „ 16

Topogrammi anteriori del torace, 16. — Topogrammi in funzione di semiogrammi, 17. — Scelta dei topogrammi, 17. — Topogrammi dorsali, 18. — Topogrammi posteriori del petto, 19. — Topogrammi laterali del petto, 19. — Topogrammi totali del petto, 20.

Capitolo IV. — Semiogrammi del polmone.
(Tav. II, fig. 1 a 30) „ 21

Motivo comune nei semiogrammi affini, 21. — Suono ottuso, timpanico, ridotto, polmonare, 22. — Suoni di percussione combinati, 22. — Percussione forte, percussione debole, 23. — Palpazione del torace, 24. — Distinzione tra forte e maggiore: debole e minore, 24. — Escursione toracica, 25. — Ascoltazione polmonare: soffi, sfregamenti, rantoli, 25. — Graduatoria della intensità, 26. — Disgiuntiva, e sua applicazione allo sfregamento pleurico, 28, 29.

Capitolo V. — Semiotica del cuore. (Tav. II.
fig. 31 a 45) „ 30

Topogrammi del cuore, 30. — Aja cardiaca, 30. — Pulsa.

zioni, 32. — Toni e rumori, 32. — Successione cronologica dei toni e rumori, 34. — Punti d'ascoltazione del cuore, 35. — Massima intensità dei rumori cardiaci, 35. — Soffio anemico, 36. — Sfrigliamento pericardico in tempo indeterminato, 36.

Capitolo VI. — Addome. (Tav. III, fig. 1 a 8) Pag. 36

Topogrammi dell'addome, 36. — Sigle cerebriate, 37. — Regioni nei topogrammi addominali, 37. — Spine iliache, 38. — Topogrammi coniugati, 38. — Area di Traube, 39. — Contrazione dei muscoli addominali, 40. — Topogrammi del perineo e dei genitali, 40. — Tabalae incisurae, 41. — Semiogrammi addominali, ispezione, 41. — Ascite, 42. — Caput Medusae, 42. — Umbilico, 42. — Iperperistalsi, 42. — Insufflazione, 42. — Palpazione, e sua linea, 43. — Resistenza, 43. — Fluttuazione, 44. — Dolorabilità, 44. — Rimbalzo dell'onda, 45. — Percussione dell'addome, 45.

Capitolo VII. — Vasi. (Tav. III, fig. 9 a 16) „ 46

Arterie e vene, 46.

Capitolo VIII. — Sistema nervoso. (Tav. IV: tav. V, fig. 1 a 24) „ 48

§ 1. Topogrammi, 48.

Topogrammi assili e a contorni, 48. — Estensione dei topogrammi, 49. — Caratteristica dei vari lati di una parte del corpo, 50. — Parti del viso, 51. — Arti, 51. — Limitazione del valore dei semiogrammi, 52. — Topogrammi a scala mista, topogrammi combinati, 53. — Maneggio del fantoccio, 54: testa, 54: colonna vertebrale, 56: arti, 57.

§ 2. Semiogrammi.

Tabella degli esami, 58. — Movimenti passivi, 58. — Movimenti attivi, 59: viso, 59: pose, 59: semipose, 60: pose negative, 61: semiogramma frecciato, 62. — Sensibilità, sensi specifici, riflessi, stato trofico, tremore, pupille, 63.

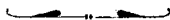
Capitolo IX. — Temperature. (Tav. V, fig. A ad F) „ 65

Temperature, 65. — Cifre dei gradi, 66. — Date delle temperature, 66. — Massimi e minimi, 66. — Sigle delle temperature, 67.

Capitolo X. — Sigle. (Tav. V) „ 67

Sigle, 67. — Uso del punto, 68. — Dittonghi, 68. — Gruppi di parole o espressioni, 68. — Uso della lineola in alto, 68. — Parole composte con preposizione, 68. — Uso dei due punti, 68. — Desinenze, 69. — Simboli, 69. — Tempo, 69. — Misure, 70. — Parole comuni, 70. — Storia clinica, 71.

Indice alfabetico „ 73





LA CLINOGRAFIA

NEI SUOI PUNTI PRINCIPALI

pel prof. V. PENSUTI

Medico Primario degli Ospedali, già primo Aiuto della Clinica Medica

Prof. paregg. di Patologia medica

I.

Idea generale della Clinografia.

Dopo che a Padova, nel Congresso medico, alla fine di ottobre 1903, e ripetutamente in Roma dinanzi ai Colleghi degli ospedali e delle cliniche, ebbi presentato il mio metodo di scrittura clinica, e più specialmente di rappresentazione grafica dei reperti dell'esame obbiettivo, da moltissime parti, in Italia ed all'estero, appresi che in modo separato e indipendente, e solo per singoli e limitatissimi campi della semiotica, molti tentativi si erano fatti nel medesimo senso. Un osservatore anche superficiale si avvede subito che non si tratta in questi casi che di «staccati segni convenzionali» di uso individuale, senza nesso tra di loro, e senza il benché menomo intento di formare un sistema. Oltre a questo, molte volte si chiamano in aiuto linee a più colori, figure da stamparsi in ogni singolo caso, ecc., in modo che oltre i difetti sopra accennati, risulta anche il difetto massimo della nessuna praticità nell'applicazione di questi segni.

Bisogno universale, sentito di *segni* per gli es. obbiettivi.

Clinografia,
diagrammi, to-
pogrammi, se-
miogrammi, se-
gni, sigle (De-
finizioni).

Il vedere però che in maniera così diffusa si era sentito nel mondo medico il bisogno di un sistema di scrittura universale, aumentò in me la convinzione che fosse il tempo di fare in questo senso qualche seria proposta. La « Clinografia, » quale io la denomino, si propone dunque la formazione di un sistema universale destinato a raccogliere e ad apprendere le storie cliniche dei malati; e particolarmente a rappresentare, mediante « diagrammi » quali siano i reperti obbiettivi dell'esame degli infermi. I diagrammi perciò sono il prodotto principale della Clinografia; e costano della rappresentazione grafica sui posti esaminati, dei segni obbiettivi ricavati alla ispezione, palpazione, percussione, ascoltazione degl'infermi: più dalla rappresentazione grafica dei dati obbiettivi ricavati esaminando il sistema nervoso. Il segno rappresentativo di un sintomo costituisce un « semiogramma » e i semiogrammi vanno inseriti in una figura che rappresenta in modo schematico ma chiaro la parte del corpo esaminata, figura che dicesi « topogramma » A completare le definizioni, dirò che col semplice nome di « segni, » io indico alcune rappresentazioni grafiche che corrispondono a modificazioni di semiogrammi, o in qualunque modo facilitano la comprensione di questi. Finalmente, per evitare una troppo complessa rappresentazione grafica dei topogrammi, e per non togliere quella semplicità alle figure che tanto giova a chi deve intenderle, molte volte, senza moltiplicare i segni, ci gioveremo di poche lettere desunte dall'idioma greco-latino, specie ad indicare i caratteri accidentali dei sistemi, ovvero anche a ricordare parole tecniche che ricorrono nella compilazione delle storie dei malati. Queste abbreviazioni di parole tecniche chiamansi « sigle » (« singulae literae. ») Di esse pure a suo tempo ci occuperemo, per dare una facile chiave che faccia scaturire dalla parola genuina la sigla corrispondente. Sui topogrammi, le sigle possono essere inserite al loro posto, dappresso ai semiogrammi ecc., oppure, a conservare l'estetica e la semplicità dei diagrammi, le sigle possono essere inserite in un canto, fuori della figura, richiamate con un segno annotativo qualunque, uno o più punti in parentesi, una lettera, un numero, ecc:

Quali sono i principii ai quali abbiamo informato il nostro metodo? Egli è chiaro che inventare un metodo di scrittura convenzionale, è questione facile o difficile a seconda dei criteri dai quali si parta. Nessuna ragione vi è per la quale un punto, un cerchio, debbano rappresentare piuttosto un suono ottuso di percussione, anzichè uno sfregamento pleuritico: non v'è, assolutamente parlando, una buona ragione perchè un soffio bronchiale abbia ad essere espresso con una linea obliqua o con una piccola croce; e così via via. Il vero però si è che l'unico fondamento solido e reale perchè si possa riconoscere che ad un sintomo spetta un segno piuttosto che un altro, è la qualità che deve avere questo segno di rappresentare le proprietà del *fatto* che raffigura: ad esempio le note « acustiche, » di quel sintomo, oppure (specialmente) le « condizioni fisiche » che generano il sintomo. Così facendo, si dà a tutto il sistema una base mnemonica; e ciò può spingersi a tal perfezione, che colui che era fino allora del tutto ignaro di questo genere di studi, può alla prima conoscenza che fa dei segni convenzionali appresi riceverne una impressione indelebile. A me pare di avere raggiunto questo intento, se debbo almeno giudicarlo dal fatto da me più volte constatato, che dopo un paio di conversazioni sull'argomento, e molte volte dopo una sola, il discente aveva compreso e ritenuto in maniera permanente la mia lezione. Ed invero se, ad es., io dirò che un breve tratto orizzontale mi rappresenta il « primo tono » del cuore, ed un semplice accento rappresenta il « secondo », e lo spazio tra i due il « piccolo silenzio », e l'intervallo tra il punto più alto dell'accento e l'inizio della linea orizzontale il grande silenzio, il discente avrà in un attimo appreso a mettere sulla carta la figura di un cerchio (« rivoluzione cardiaca »), dove sono tutti i fatti principali che in ordine cronologico si succedono ad ogni sistole del cuore. Inoltre, sapendo che il carattere acustico del primo tono è di essere grave, lungo, ottuso, in opposizione al carattere alto, breve, acuto del secondo tono, il discente troverà naturale e logica la rappresentazione che gli si propone del trattolino orizzontale e dell'accento, rispettivamente pel 1° e pel 2° tono cardiaco, e non la dimenticherà più. Così

Carattere
mnemonico
della Clinogra-
fia.

ancora, io ho utilizzato la brevità dei rumori ricavati dalla percussione in opposizione, ad esempio, alla lunghezza della percezione acustica di chi ascolta un torace respirante, per dare a tutto i segni percussori una configurazione piccola e limitata, che fa contrasto colla linea lunga, obliqua e ascendente, sulla quale si modellano i segni dell'ascoltazione polmonare. E, per seguitare negli esempi, i rantoli umidi, poichè sono prodotti dallo scoppiare di piccole bolle liquide, sono raffigurati con piccoli cerchi; un rantolo speciale quale il rantolo laënneciano, che, come si sa, origina negli alveoli polmonari (o quasi), trova la sua naturale rappresentazione in tanti infossamenti alveolari, raffigurati sopra una linea retta. Se si vuole indicare uno sfregamento di due sierose, rappresenteremo sopra una linea retta un'accidentalità, che ricorda le ineguaglianze flogistiche della sierosa affetta, e ciò nello stesso modo se si tratta di uno sfregamento pericarditico, od anche di uno articolare. Gli esempi in questo modo si potrebbero moltiplicare all'infinito; ma il lettore si contenterà di vederli man mano ch'esporrò i dati principali del mio sistema.

Carattere rappresentativo della Clinografia.

Quanto ho detto or ora, giova essenzialmente alla facilità di apprensione e ritenzione da parte del discente: giova ancora a semplificare e riunire in un sistema unico ed armonioso le varie parti della Clinografia, e conferisce a questa un carattere « rappresentativo, » assai utile a chi scrive e a chi rilegge un diagramma. Ma dove questo carattere rappresentativo raggiunge il suo massimo, è nel sistema nervoso. Qui, invero, le difficoltà ad edificare un sistema rappresentativo incominciano fin dai topogrammi, i quali per lo più si identificano con la figura intera del corpo umano. Trovare una rappresentazione di questo genere che potesse eseguirsi anche dalle mani più inesperte, ma che nei suoi tratti, ridotti alla più grande semplicità, mostrasse le « caratteristiche » delle varie parti del corpo: trovare un topogramma dell'intera persona che potesse valere per esprimere tanto l'intera superficie del medesimo coi più svariati segni di lesioni nelle varie sensibilità ecc, quanto, nel campo delle malattie toraciche o dominanti, a raccogliere i sintomi di questo genere di malattie,

così diverse da quelli del sistema nervoso: tutto ciò costituiva uno dei punti cardinali del sistema clinografico. Diamo, sin da ora, un'idea sommaria della configurazione generale del corpo umano nel nostro sistema di scrittura clinica.

Prendasi un soggetto di proporzioni normali, e si traccino due linee parallele tra loro sulla regione dell'apofisi spinose della colonna vertebrale. Questa doppia linea verticale rappresenta la colonna vertebrale: la sua estremità superiore chiusa da un piccolo arco con concavità volta in alto (a rappresentare che ivi poggia e si articola il cranio) corrisponde all'estremo superiore della colonna cervicale: il suo estremo inferiore, chiuso da un breve archetto a convessità inferiore, rappresenta l'estremità inferiore della colonna lombare, e perciò il sottoposto spazio non è che la superficie posteriore del sacro. Punto di ritrovo nella colonna vertebrale, oltre i due suddetti, sono la settima vertebra cervicale e la undecima toracica, che sono invero punti clinici non meno importanti dell'angolo del Louis sullo sterno, perchè danno la misura di quella parte della colonna vertebrale che va dall'altezza dell'apice dei polmoni alla base dei medesimi. Come siano caratterizzati questi due punti della colonna vertebrale, si vedrà quando presenteremo il topogramma del torace posteriore.

evidente nel
fantoccio.

Si tracci ora una linea retta che incrocia quella della colonna vertebrale interrompendosi solo su di essa, e vada da un acromion all'altro, disegnando il contorno superiore delle spalle.

Queste due linee semplicissime a croce, ci danno così l'ubicazione della superficie posteriore del cranio, della regione della nuca, della regione del dorso, della lombare, e della sacrale. Inutile il dire che in questa regione trovano il loro posto naturale le linee topografiche (ascellare media e posteriore, scapolare ecc.), e la cresta iliaca dell'uno e dell'altro lato (un arco di cerchio a breve distanza nello spazio da noi segnalato, come occupato dalla superficie sacro-coccigica).

Si disegni ora il margine superiore dello sterno, od incisiura giugulare, e gli estremi di questo piccolo semicerchio si prolunghino in due tratti rettilinei orizzontali che segnano il decorso delle clavicole. Questa semplice rappresentazione ci fa orientare sulla regione anteriore del petto, nella

sua porzione sopra e sottoclavicolare, sulla posizione che occupano la faccia e il collo.

Si disegni ora sopra il vivente l'andamento delle due arcate costali, mediante due linee che partono dall'angolo epigastrico, e si divaricano tra loro seguendo la base del torace. Con ciò sappiamo subito dove termina il torace anteriore e dove comincia l'addome. E questo ha il suo confine inferiore nelle due arcate inguinali, che parimenti si disegneranno sul vivente. A complemento dell'addome, si può anche disegnare con un piccolo cerchio, l'ombelico, nel mezzo di esso. Anche qui trovano facilmente luogo le linee topografiche ordinarie (ascellare media e anteriore, mammillare, parasternale, sternale; linea ombelicale trasversa, linea alba; donde i quattro quadranti dell'addome, ecc.).

Gli arti superiori ed inferiori non richiedono altra rappresentazione, se non una linea retta attraversata da due trattolini che ne distinguono i tre segmenti (braccio, avambraccio, mano; coscia, gamba, piede). Anche il collo ed il capo possono essere rappresentati da una lineola verticale che continua la direzione della colonna vertebrale, o sorge dal mezzo dell'incisura giugulare.

Questa rappresentazione del corpo umano in due figure che si completano, l'anteriore e la posteriore (« fantocci »), s'impone subito all'occhio, in modo che esso facilmente la riconosce, e si orizza sulla sue parti. Infatti la colonna vertebrale basta per dare la caratteristica della superficie posteriore del dorso, come le varie rappresentazioni dei suoi segmenti ci orientano sopra la porzione di questo che fu preso in considerazione. Ed egualmente l'incisura giugulare, l'arcata costale, l'ombelico, gl'inguini, ci caratterizzano in modo soddisfacente le parti anteriori del tronco.

e nelle pose del
fantoccio.

Questo facile carattere « rappresentativo » dei vari segni del nostro sistema, si ripete dovunque. Così, per restare ancora nel campo del sistema nervoso, se i tre segmenti dell'arto superiore sono contratti in flessione, noi presenteremo i tre corrispondenti tratti piegati tra di loro. Anche più evidenti e più utile riesce l'applicazione di questo principio nei così detti « artigli delle mani ». Prendiamo per e-

sempio l'artiglio cubitale. Sulla serie delle ossa del carpo, semplificata in una figura comprensiva, le linee rette rappresentanti i metacarpi staranno in posizione di forzata estensione, come sulle linee metacarpee saranno in forzata posizione di estensione le linee delle prime falangi: mentre le seconde falangi e le terze saranno forzatamente flesse. Anche qui gli esempi si potrebbero moltiplicare: un lagofthalmo, una ptosi palpebrale, una lingua deviata a destra o a sinistra nella sua protrusione, un occhio strabico, i tratti cadenti nella metà del viso affetta da paralisi del facciale, ecc ecc, il tutto trova una facile espressione figurata, per la quale un fantoccio di un neuropaziente, riesce come un ritratto (sia pure schematico) del medesimo. (1)

Il lettore ha già avuto un saggio dello studio che io ho posto a che le figure anche le più complesse siano ridotte a pochi e facili tratti, accessibili anche alla mano più negata alle arti del disegno. E ben vero che ad ovviare alla difficoltà del disegno da tempo sono state proposte delle figure semi-schematiche del corpo umano, e più precisamente del tronco, in cui sono rappresentati i contorni principali, sono disegnate tutte le costole ecc. Queste figure, come è ben noto, trovansi in esemplari già stampati, ovvero si ottengono istantaneamente da modelli disegnati su gomma. Ma oltre che artifici di questo genere non potranno mai (e non lo fecero realmente finora) entrare risolutamente nella pratica medica, perchè potranno essere di aiuto solo ai medici dei pubblici istituti, non potendo il praticante oltre il non lieve bagaglio comune portar seco di tali fogli colle figure impresse e poi scegliere tra le varie quella che fa pel suo caso; oltre a ciò, presentano un altro gravissimo inconveniente. Infatti il clinico che deve rappresentare sopra una parte del corpo i dati preziosi ricavati dall'esame obbiettivo, dovrà segnarli sopra un intreccio di linee di non lieve complicazione, troppo complesso in tutti i casi e forse parimente in tutti i casi insufficiente: e questi segni molto spesso saranno addeusati sopra un punto di piccola estensione, che pure risulta al medico di grande impor-

Carattere della semplicità delle figure nella Clinografia. Nessuna praticità degli schemi preparati.

(1) Daremo esempi di questo genere nella tav. IV.

tanza clinica. Nè basta: se il medico dovrà esprimere sopra una di queste figure semischematiche un ricordo del suo esame, dovrà inesorabilmente sempre e in tutte i casi determinare con una fatica per lo più inutile, se il segno da farsi appartiene a questa o a quella costola, a questo o a quello spazio intercostale. Questa « esigenza eccessiva » degli schemi preparati, diviene una tormentosa tirannia per l'osservatore, il quale non potrà sottrarsene, che chiudendo gli occhi alle linee figurate sullo schema, e mettendo i suoi segni qua e là dove capita: insomma « segnando il falso. »

Elasticità dei
topogrammi.

Noi abbiamo ovviato a questi inconvenienti. Primieramente del topogramma noi segniamo solo quei particolari topografici che ci servono: dirò meglio, quelli che l'osservazione fatta ci può suggerire: chè nella pratica spesso un esame obbiettivo si fa più vago da principio e si specializza poi. Un segno può esser messo sul torace posteriore, senza dire in qual parte di esso: e può, con eguale facilità, specificarsi fino ai più minuti particolari l'area in cui il segno fu percepito. In secondo luogo i nostri topogrammi godono di una grande estensività. Da un avrambraccio schematizzato in una linea può pendere una mano schematizzata anch'essa in una linea sola, come una mano molto più grande, e con tutti i suoi particolari. L'esame dei movimenti dei bulbi oculari, delle reazioni pupillari, della direzione della lingua protrusa, ecc., ecc. fanno parte dell'esame della testa: ora questa può nel fantoccio assumere proporzioni assai più grandi del resto, come mostreremo. (1) Eguale nel diagramma di un torace, posso a tutta la metà destra dare un estensione minima, e darne una grandissima alla metà sinistra, od anche ad un solo versante di questa.

Estensione
dei topogrammi.

Non basta ciò: il topogramma per massima deve rappresentare una superficie tanto grande, quanto è grande la parte esaminata. Con ciò noi possiamo con sicurezza ogni volta sapere se l'estensione data ad un esame antecedente è tale da soddisfare all'esigenze del domani, e se il non aver notato un fatto obbiettivo nell'esame di ieri vuol dire che il fatto

(1) Tav. IV.

era assente, ovvero che non fu ricercato. Questo vantaggio in pratica è tutt'altro che disprezzabile: e, naturalmente, non può aversi adottando le figure previamente disegnate od impresse, che sono ad estensione fissa.

Più volte, nelle nostre molteplici esposizioni di Clinografia, abbiamo dovuto insistere sopra l'obbiettivo che si propone il nostro sistema, quello cioè di rappresentare i dati ricavati dalla « storia clinica, » senza occuparci punto del « valore diagnostico » dei medesimi. Certamente, se sulla superficie del torace posteriore di sinistra, ad es., troverò una zona in basso, il cui confine superiore è rappresentato da una linea obliqua discendente verso l'esterno, e se in quest'area troverò rappresentata l'abolizione del fremito vocale tattile, la risonanza ottusa con resistenza, il murmure vescicolare diminuito, farò ben presto a leggere in questo diagramma l'esistenza di un versamento pleuritico. Che più? nello stesso diagramma potrò io trovare il suono skodico, il cuore spostato verso destra, ecc. Così pure il diagramma di un esame cardiaco potrà rilevarmi un soffio in primo tempo prevalente alla punta, uno sdoppiamento del tono della polmonare, ed un ictus dell'apice del cuore al quinto spazio intercostale, tre centimetri in fuori della mammillare: e l'area cardiaca porterà il segno della sua anormale sporgenza, e del vasto pulsare in essa del cuore. È facile con questi segni leggere l'esistenza di una insufficienza della valvola mitralica. Ma avanti 'ai pochi casi così facili e schematici, troppi ve ne sono in cui l'osservazione è monca e in parte fallace. Chi è abituato a esaminare più volte un malato, sa quanto spesso gli esami si modificano, si correggono, si completano. Chi è abituato a sezionare cadaveri, sa bene come il migliore esame obbiettivo praticato in vita, non riesce per lo più che a rilevare « una parte » delle lesioni esistenti. Infine, per un certo numero di sintomi obbiettivi di sicura interpretazione, ve ne è sempre un certo numero di interpretazione subbiettiva ed incerta: ed è precisamente in questo slivello tra il « constatato » e il « constatabile, » tra la lesione quale è, e i sintomi quali sono o quali vengono percepiti, che sta la ragione e lo scopo per cui i migliori clinici lottano di continuo anelando sempre più di avvicinarsi al vero. Quando,

La Clinografia registra fatti, e non diagnosi.

come spero, il mio sistema sarà diffuso generalmente, quando si potranno riscontrare i diagrammi di un malato ospitaliero ricoverato ed esaminato dieci anni prima, e potrà paragonarsi quel diagramma col diagramma dell'oggi, allora facilmente emergerà come un dato sintomo obbiettivo, prima incerto e discusso, sia poi assunto a sintomo principale, oppure si sia del tutto dileguato. Per parte nostra possiamo assicurare che lo studio del « fatto obbiettivo in sè, » e ancor prima di risalire alla diagnosi clinica, nel nostro riparto ospitaliero è un agone che eccita tanto i giovani quanto i provetti: che arrivati a raccogliere sei o sette diagrammi di un malato di forma acuta, il loro confronto ci mostra spesso le incertezze e i falsi apprezzamenti dei primi esami, e il più sicuro incesso del poi, e come la nozione del processo morboso man mano si sia rischiarata ed estesa: infine che quando dobbiamo sul cadavere constatare la giustezza del nostro operato, anche nei casi di diagnosi felice, giammai non manca l'insegnamento di quanto si è percepito « meno » del dovere, o si è « erroneamente » percepito, ed anche percepito « più del dovere. »

Per queste ragioni noi siamo convinti che un sistema clinografico deve essere una « fotografia dei fatti » e non una « tabella diagnostica »: a meno che, come purtroppo è successo, non si prenda per vera Clinografia un libro didattico abbastanza preciso e geniale, dove l'autore, per dare ad intendere al discente l'essenza delle malattie, si vale di ombre e penombre, di linee di tutti i colori, della presentazione di un canale ristretto, l'esofago, con due linee, che a un dato punto s'ingrossano. Ma come può rappresentarsi una stenosi dell'esofago con la figura di un canale che a un certo punto si stringe, senza rinunciare del tutto al concetto di mostrare i sintomi pei quali si arriva a questa diagnosi? Pubblicazioni di questo genere pertanto nulla hanno che fare con un sistema grafico che indichi lo stato obbiettivo dell'infermo, quale si presenta ai metodi dell'esame fisico. L'intento di queste pubblicazioni è solo di dare un'idea precisa del processo morboso a chi ne è del tutto ignaro: ed all'infuori dell'obbiettivo di fornire cognizioni di patologia fondamentali, non possono aspirare ad altro. L'autore evidentemente non ebbe lo scopo, ben diverso,

di fornire a chi già ha quelle cognizioni, i mezzi per discutere i casi clinici, e perfezionarsi sempre meglio nella pratica applicazione dell'esame di essi.

I vantaggi che offre l'adozione di un sistema rappresentativo di facile esecuzione, e perciò possibile a diffondersi tra tutti, sono tanto grandi, quanto facili a comprendere. Già negli studi elementari di semiotica, l'additare allo studente il « segno materiale » che corrisponde ad ogni nuovo sintomo fisico che impara, rappresenta il modo più semplice e più spedito, perchè queste nozioni che sono destinate a rimanere per lui come armi potenti e indivisibili nell'esercizio pratico dell'intera sua vita, rimangano possessioni sicure e definitive. Nulla di meglio che un segno materiale, perchè il discate ricordi in perpetuo una cognizione nuova. Noi vorremmo che in tutti i manuali di semiotica fosse espresso a lato al sintomo il suo semiogramma, e siamo sicuri che le venture generazioni mediche ci benedirebbero! Le brevi nozioni di semiotica fisica che si possono tramandare in un corso universitario sono sempre, per quanto poche, così importanti e fondamentali, che rappresentano per i bisogni quotidiani dell'esercente la parte più grande della suppellettile di cognizioni utilizzabili.

Disgraziatamente (ed io che sono stato per lunghi anni tra gl'insegnamenti delle cliniche lo posso affermare), questi fondamentali insegnamenti di semiotica sono come la buona semenza del Vangelo: un seme fruttifica, e mille periscono. Ciò avviene perchè alla maggior parte dei laureati, o manca l'occasione ed il materiale per l'esercizio e le applicazioni delle recenti cognizioni sotto la guida di un pratico, ovvero perchè essi si danno specialmente all'esercizio della chirurgia: nella quale, salvo poche e lodevoli eccezioni, le nozioni di semiotica medica primamente acquisite divengono man mano un'eco lontana e poco meno che una leggenda. Da queste considerazioni emerge tanto più evidente la necessità di giovare di quei mezzi che valgono, nell'insegnamento della semiotica, ad imprimere in maniera indelebile i preziosi acquisti che lo studente va facendo: tanto più, quando questi mezzi sono precisamente quei medesimi che gli serviranno facil-

La Clinografia nell'insegnam. della Semiotica.

mente per esercitarsi e perfezionarsi nelle cognizioni rudimentali acquistate. (1)

La Clinografia perfeziona nell'es. obbiettivo.

Un vantaggio non meno sicuro che verrà dall'adozione della Clinografia, sarà quello di padroneggiare i rapporti delle parti esaminande, in quel modo che pochi sanno od hanno abitudine di fare. Colui che si costringe subito dopo un esame a rappresentare le cose esaminate sulla carta, si sforza necessariamente a fare i suoi esami con metodo, con sicurezza e possibilmente completi: e questo in lui diviene in breve una seconda natura. Quanti sono coloro che esaminando un polmonite si rendono ragione della posizione del blocco epatizzato in questo o in quel lobo? E non sentiamo tante volte medici provetti che trovano una polmonite del lobo medio nel versante posteriore destro del petto?

Finalmente negli Istituti medici la collezione di storie e di archivi, dove il lavoro degli altri può essere utilizzato da tutti senza le lungaggini di una descrizione clinica ordinaria, senza l'interpretazione, spesso ardua e spinosa, dei caratteri altrui, potrà costituire un tesoro di una grande utilità per l'avanzamento della medicina clinica; ed, in un campo più vasto, l'adozione di un sistema che prescinde dalle difficoltà delle varie lingue, varrà, senza fatica per parte di alcuno, a costituire una lingua clinica universale.

II.

Segni di uso generale nella Clinografia (tav. I. fig. 1 a 12).

Limiti nella estensione del valore di un semiogramma.

Quando sopra un topogramma si applica un semiogramma, dobbiamo anzi tutto intenderci sopra l'estensione che vogliamo dare a quel sintomo: in altre parole, occorre risolvere la quistione se quel dato fatto obbiettivo si deve applicare a tutto il topogramma, o ad una parte di esso e quale.

Se un segno indicante un sintomo è posto al di fuori di un topogramma, e precisamente al disotto di esso, intendiamo

(1) Parecchi insegnanti di Patologia fin da ora mi hanno chiesto di far figurare a lato ai loro manuali di Patologia o di Semiologia, i segni fondamentali della Clinografia, e in particolare il mio amico Prof. F. Mariani, di Genova, a cui rendo pubbliche grazie.

che il sintomo fu percepito per tutta l'estensione del topogramma stesso. Se, ad esempio, al disotto della figura 13. tav. I. io porrò il segno indicante « suono polmonare, » intenderò che questo suono fu percepito dalla base all'apice dei due polmoni, dall'ascellare anteriore di un lato a quella dell'altro. Se invece un semiogramma sarà posto infuori del topogramma, a destra di esso, s'intende che quel sintomo fu percepito nell'intera metà destra del topogramma: e lo stesso vale per la sinistra. Così se nel topogramma indicato dalla figura 19 tav. I., il quale rappresenta il versante posteriore dei due polmoni, io metto a destra della figura e fuori del tutto di essa il segno che indica « aumento del fremito vocale tattile » (vedi fig. 11. tav. II.) s'intende che fu percepito il fremito vocale tattile aumentato in tutto l'ambito del torace posteriore destro, dall'una all'altra linea ascellare posteriore.

Ordinariamente però, come è naturale, i semiogrammi s'inscrivono dentro i topogrammi, ed allora l'estensione del valore del semiogramma è per tutto il campo di questo che lo circonda, e che è limitato dalle linee più prossime. Così un semiogramma qualunque messo sul lato destro della fig. 17, tav. I. rappresentante l'estensione del dorso dalla prima vertebra cervicale all'ultima lombare, vale per tutta la rispettiva metà del dorso e della stessa nuca, fra queste due altezze. Se invece quel segno medesimo sarà posto nella fig. 28. tav. I., rappresentante il torace di destra e quello di sinistra, ognuno dei quali si estende fino alla linea mediana anteriore, e se quel semiogramma si colloca precisamente tra la colonna vertebrale e l'ascellare posteriore di destra (*a. p.*), s'intende che quel segno fu percepito soltanto nel versante posteriore del torace destro. Se finalmente il medesimo segno si colloca sulla figura 27. tav. I. che rappresenta il topogramma di tutto il torace di destra e di quello di sinistra, estesi dalla linea mediana anteriore fino alla colonna vertebrale, e più precisamente si colloca in quello spazio del torace di sinistra che sta tra la colonna vertebrale, l'ascellare posteriore, la base del polmone e la scissura interlobare, quel segno ha appunto l'estensione del versante posteriore del lobo inferiore di sinistra.

Ma se le linee dei topogrammi (linee che sono sempre

Limitante artificiale.



«intere e continue») e le linee e della anatomia topografica (anch'esse intere e continue ma per di più caratterizzate dalla sigla che indica la loro qualità, come *a. p.* indicante «ascellare posteriore»), bastano molte volte per circoscrivere uno spazio, spesso invece dovremo giovare di linee arbitrarie, che chiameremo «limitanti artificiali» (fig. 1. tav. I.), linee che si distinguono per essere fatte di tratti e punti. Siffatte linee limitanti artificiali possono avere la direzione di una linea retta o di una curva, possono dividere una zona topografica in maniera indefinita in una parte superiore ed una inferiore, una interna ed una esterna, e possono anche, con opportune misure, con cifre indicanti distanze in centimetri, prendere un posto assai preciso sul topogramma. Vedremo in prosieguo ed in casi pratici l'applicazione di questa linea.

Certezza, intensità di un sintomo.

Un'altra serie di segni di uso comune nella Clinografia, e di grande comodità e precisione, è riassunto nella figura 6 tav. I. Ivi vedesi un punto intersecato da una linea orizzontale e da una verticale. Il punto ponesi dappresso a un dato sintomo, per modificarne il significato («segno modificatore»). Questo punto, se porta una lineetta in alto indica «assoluta certezza,» nel fatto segnalato (fig. 2. tav. I.), se in basso, incertezza (fig. 3. tav. I.), se a destra «intensità grande» (fig. 4.) se a sinistra, «debole intensità» (fig. 5.). Il lettore facilmente indovinerà la mnemonica che ci ha guidato in queste figure.

Ben distinto dalla incertezza nella interpretazione di un fatto fisico da noi riscontrato con tutta l'esattezza o l'attenzione nel praticare un esame, incertezza che, lo ripetiamo, ha il suo rappresentante nella fig. 2. tav. I., è il caso nel quale non fu la natura difficile della interpretazione del fatto «bene esaminato,» ma fu l'esame stesso fatto in condizioni disagiati e perciò incompleto, che ci rese incerto il sintomo raccolto. Se nell'esame di un bambino, di un agitato, se nell'esame toracico di un emottoico, ricaviamo dati incerti, ciò non rappresenta il caso stesso di un soffio endocardico, ad es., che, pur lungamente ascoltato, ne lascia incerti: o di un stregamento pericardico o pleuritico che ci «pare» di sentire, ma non si rileva, per la sua natura, e malgrado l'esame più prolungato ed attento, in modo sicuro.

È quindi naturale che, mentre un semiogramma portante il segno della fig. 2. tav. I. si legga come sintomo di difficile ed incerta interpretazione, un esame incerto perchè fatto superficialmente, abbia un altro segno: il punto interrogativo.

Segni parimenti di interesse generale nella Clinografia, sono quelli che indicano « aumento o diminuzione di volume » alla ispezione di una data regione. Distinguiamo l'aumento o la diminuzione di volume, a seconda che si considerano nella direzione della lunghezza del corpo, o trasversalmente ad essa. Le fig. 7 e 8. tav. I. indicano appunto, la prima aumento la seconda diminuzione di volume: e più precisamente il segno al disotto della linea orizzontale nella fig. 7. indica aumento di volume nel senso trasversale, mentre le due figure al lato della verticale della stessa figura indicano aumento di volume in senso verticale, rispettivamente per la metà destra e per la sinistra del topogramma. I tre segni corrispondenti nella fig. 8 indicano diminuzione di volume. La semplice ispezione di queste due figure, mostrandoci i rapporti dei tre segni colla linea verticale ed orizzontale, ce ne rende facile e mnemonico il ricordo. Infatti i tre segni indicanti aumento « racchiudono spazio » colla linea retta corrispondente, mentre i tre segni indicanti diminuzione di volume, « tolgono spazio » dappresso alla corrispondente retta.

Supponiamo ora che sia proprio la linea mediana, ad esempio del torace, nella quale vogliamo segnalare un aumento di volume. Allora ci servirà uno qualunque dei due segni al lato della verticale della fig. 7, facendo in modo che i due punti di uno di questi segni cadano sulla mediana stessa. Una figura di questo genere messa sulla colonna vertebrale nella fig. 19 (le due parallele verticali), può bene indicare un ingrossamento delle vertebre per un dato tratto della rachide. — Se invece vogliamo indicare che la linea mediana è depressa nel senso verticale, ci serviremo di uno qualunque dei due segni a lato della verticale nella fig. 8, in modo che la linea mediana tocchi la convessità del segno, anzi, perchè il punto di contatto sia più evidente, metteremo su questo una piccola crocetta uguale a quella indicante « moltiplicazione » in aritmetica.

Aumento e
dimin. di volume.

Notazione
delle distanze.

La fig. 9. della tav. I. è una linea indicante la misura di una distanza tra due dati punti, e spesso potrà contenere una cifra nel mezzo della sua lunghezza, esprimente in centimetri la misura di tal distanza. La cifra, però, se invece di esprimere centimetri deve esprimere dita trasverse, sarà preceduta da una *d.*: mentre per indicare che una data distanza fu divisa in parti aliquote, la rispettiva frazione sarà preceduta da una *D.* (1)

Resistenza e
dolorabilità.

Le fig. 11. e 12. tav. I. sono qui poste perchè hanno anch'esse interesse generale, indicando il risultato della palpazione, in qualunque parte e per qualunque esame si pratici. Appunto perchè indicano segni ricavati dalla palpazione, queste figure ricordano il dito che palpa. La fig. 11. in cui l'estremità è rotonda, indica « resistenza o durezza » alla palpazione, la fig. 12. in cui l'estremità del dito è aguzza, indica « dolore » alla palpazione. Il segno modificatore (fig. 2 a 5 tav. I.), può facilmente applicarsi a queste figure: ma se si vuole indicare l'intensità della « durezza » o del « dolore », si porrà all'apice della figura, se l'intensità della « pressione operata », alla base o su una delle rette verticali.

III.

Topogrammi del torace (tav. I. fig. 13. a 29) (2)

Topogrammi
anter. del to-
race.

Le fig. 13 a 16 della tav. I. indicano la superficie anteriore del torace. Le sigle *a. a.*, *m.*, indicano rispettivamente l'ascellare anteriore e la mediana anteriore. Nelle prime due di queste figure i margini anteriori del polmone sono raffigurati nella loro forma naturale: uniti per un tratto in una

(1) Le misure vedrannosi applicate ad es. nella fig. 9. tav. III.

(2) Stimo opportuno qui ricordare i punti topografici più importanti nel decorso dei margini polmonari, sopra i quali sono basati i nostri topogrammi polmonari.

Anteriormente:

Altezza dell'apice circa quattro centimetri sopra la clavicola.

Margine anteriore dei polmoni presso a poco riuniti fino alla quarta costola: indi il margine sinistro forma un semicerchio a concavità interna (incisura cardiaca) che parte dal margine superiore della inserzione della quarta cartilagine costale di sinistra nello sterno, e comprende di questa cartilagine i due terzi, mentre in basso lascia scoperto solo il terzo interno della sesta cartilagine costale. Il margine anteriore di destra si

linea comune verticale, divergono poscia: formando il margine anteriore di sinistra la così detta incisura cardiaca e poscia il processo linguiforme, dopo di che passa ad essere base polmonare, mentre il margine anteriore di destra passa a base polmonare dopo una semplice curva. La differenza delle due figure 13 e 14 è semplicemente in ciò, che mentre l'incisura giugulare e le clavicole figurano in ambedue i casi nella fig. 13 è rappresentato anche lo sternocleidomastoideo che è il limite anteriore del triangolo sopraclavicolare.

Una considerazione degna di nota è questa: che assumendo noi il decorso dei margini del polmone e della base come rappresentanti topogrammi, essi servono semplicemente a raffigurare qual parte abbiamo esaminato, ma non affermano affatto la constatata esistenza della regolarità di detti margini. Se sentiremo il bisogno di esaminare se realmente quel margine corrisponde ai punti topografici normali, e se avremo constatato che in verità i confini topogrammi rispondono al caso speciale, trovandosi nel confine normale il suono polmonare, dovremo sulla linea topogrammica inserire dei punti (indicando il punto l'esistenza del suono polmonare): come all'opposto, se constatiamo che una linea marginale del polmone ha cambiato posto, ad esempio che la base del polmone rappresentata nella fig. 29. tav. I. dalla orizzontale si è rialzata o si è abbassata, traceremo con una linea finalmente punteggiata la linea topogrammica che più non risponde al vero (« linea d'abbandono »), e metteremo nel posto che si conviene, ad esempio più alta o più bassa della punteggiata, la linea (continua) rappresentante il nuovo margine polmonare.

Abbiamo detto che anche le fig. 15. e 16. rappresentano topogrammi anteriori del torace. Nella fig. 15. notasi la stessa linea clavicolo-giugulare delle fig. 13 e 14: e la orizzontale

Topogr. in
funzione di se-
miogrammi.

Scelta dei
topogrammi.

mantiene presso a poco nella linea mediana, e passa con un angolo smussato a formare la base.

Inferiormente, la base polmonare in ambedue i lati comincia al margine inferiore della sesta costola, dove questa incrocia la mammillare (Weil) e decorre quasi orizzontale in tutti i 3 versanti polmonari; e prolungando le due basi, s'incrocia la colonna vertebrale immediatamente sotto l'apofisi spinosa della 11^a vertebra dorsale (Eichhorst).

Posteriormente: l'apice del polmone arriva a livello dell'apofisi spinosa della 7. vert. cervicale (prominente).

tangente al semicerchio giugulare rappresenta la seconda costola, tanto di destra quanto di sinistra, e da essa si deve partire per la numerazione delle costole successive. Questo punto importante di ritrovo, che è l'angolo del Louis, vedesi ancor meglio nella fig. 16, dove i due trattolini in alto, tra loro convergenti, rappresentano il manubrio dello sterno.

Il semiologo si gioverà dell'uno o dell'altro di questi quattro topogrammi, o della combinazione di più di essi, regolandosi in tal modo, che il topogramma contenga quei punti topografici che fanno al suo scopo. Ad esempio, se io debbo esprimere un tumore aneurismatico che ha rapporto con la tale o tal costola, che rigonfia il tale o tale spazio intercostale ecc., mi valgo dei topogrammi per costole, mentre l'esame degli apici del polmone, delle porzioni sopra o sottoclavicolari di essi, trovano il loro naturale topogramma nelle fig. 13 o 14. Un esame del cuore, che parimente si suol fare per spazi intercostali e per costole, si gioverà naturalmente delle fig. 15 o 16, ecc.

Questa possibilità di scelta, che noi abbiamo reso praticabile in tutti i topogrammi, è preziosa per il clinico. Ma anche più prezioso è il potere nei topogrammi, variando ad arbitrio le distanze, fare, ad esempio, uno spazio intercostale più grande se deve ricevere un maggior numero di semiogrammi. E può egualmente la semplice linea che rappresenta una costola essere sdoppiata, in modo che vi sia il margine costale superiore ed inferiore. Potrebbe anche sulla fig. 16, tra i due margini del manubrio dello sterno, trovar posto il semicerchio giugulare, nel caso ad esempio, di una ottusità sottosternale, che ha riscontro con una pulsazione giugulare da segnarsi al disopra del giugulo ecc. (1)

Topogr. dorsali.

Le fig. 17 a 23 rappresentano topogrammi della nuca e del dorso. La fig. 17. rappresenta la colonna vertebrale indivisa, e conseguentemente stabilisce uno spazio per il lato destro ed il sinistro della nuca e del dorso. La fig. 18. rappresenta la medesima colonna vertebrale, nella quale il segmento compreso tra la linea trasversale che la incrocia e il piccolo cerchio

(1) Lo si vedrà nella fig. 14 della tav. III, ad es.

a convessità in alto, non fanno che ripetere la fig. 19; e siccome questa rappresenta il topogramma del torace posteriore d'ambo i lati, comprendente cioè l'altezza della colonna vertebrale dalla settima cervicale (altezza dell'apice), alla undecima vertebra toracica (inclusa questa; tale essendo il punto in cui la base dei polmoni incrocia la colonna vertebrale; «Ecihorst, »), quindi nella fig. 18 si vengono a stabilire quattro punti di ritrovo, la prima vertebra cervicale (cerchietto a convessità in basso), la settima cervicale (cerchietto a convessità in alto), il limite tra la undecima e dodicesima toracica (linea trasversa incrociante la colonna vertebrale), e l'estremità inferiore della sezione lombare della colonna vertebrale (cerchietto a concavità in alto). Come vedesi, può ognuno dei tratti della colonna vertebrale, ed anche le due rispettive superficie laterali del dorso e della nuca, essere rappresentato separatamente, conservando la propria fisionomia.

La fig. 19 rappresenta il topogramma del torace posteriore: e se l'esame fu esteso solo alla porzione inferiore di questo versante, si adotterà la fig. 20. Ciò in omaggio al principio già da noi enunciato, di non segnare un topogramma più esteso di quanto fu esteso l'esame praticato. Come pel torace anteriore le sigle «*a. a.*» ne indicano il confine (ascellare anteriore), così pel torace posteriore le sigle *a. p.* (ascellare posteriore).

Topogrammi
post. del petto.

La fig. 21. indica un tratto della colonna vertebrale non caratterizzato, lo si può caratterizzare con una sigla (*th.*, torace, ad es.): le superficie esaminate sono tanto quella a destra quanto quella a sinistra della colonna vertebrale; laddove nella figura 22. e nella 23 la parte esaminata è sola la destra, e rispettivamente la sinistra.

Le fig. 24 a 26 rappresentano la superficie laterale del torace, e perciò sono limitate dalla base del polmone, dall'apice della piramide ascellare, e dalle linee ascellare anteriore e ascellare posteriore. Senza divisione di lobi, il lato destro ha l'identica figura del sinistro, ed è perciò che la fig. 24 porta la sigla *dex.* (destro). Invece la fig. 25. non può essere che la superficie laterale del torace di destra, e la 26 non può essere che quella di sinistra, perchè la prima è divisa

Topogrammi
lat. del petto.

in tre lobi e la seconda in due. A questo proposito si noti che è precisamente nella intersezione della scissura interlobare che limita superiormente il lobo inferiore di destra, colla ascellare posteriore, che ha origine l'altra scissura interlobare (di andamento orizzontale). Notisi ancora come l'ascellare anteriore è divisa dalla scissura interlobare del lobo inferiore in due parti, giacchè questa scissura termina al piede della mammillare.

Se anche il lato del torace rappresentato non fosse caratterizzato dalla trilobazione a destra (e realmente può darsi che al clinico non serva di rappresentare la scissura del lobo medio), le fig. 25 e 26 si distinguerebbero tra di loro, perchè l'andamento della scissura interlobare del lobo inferiore ha una direzione obliqua in basso ed a destra, mentre nella figura 26 l'andamento della scissura è un'obliqua che scende in basso verso sinistra. Si tengano presenti queste due direzioni, perchè sono applicabili anche ai topogrammi del torace posteriore e laterale « per costole e spazi intercostali. » Sappiamo infatti dall'anatomia che le costole nella superficie posteriore e laterale del torace decorrono obliquamente, discendendo verso il basso ed in avanti. La direzione quindi delle costole è, salvo il grado, quella delle scissure interlobari limitanti superiormente il lobo inferiore. Quindi è che una serie di linee parallele tra loro, oblique nella direzione della scissura interlobare del lobo superiore, come nella fig. 25, rappresenta il topogramma per costole e spazi intercostali della superficie laterale destra del torace: mentre una serie di parallele che seguono la direzione stessa della scissura interlobare della fig. 26, rappresentano il versante laterale sinistro del torace. Le stesse figure valgono pel versante posteriore, ma debbono portare la figura, della colonna vertebrale donde partono le costole. Per la superficie anteriore abbiamo veduto (fig. 15 e 16 Tav. I.) che ci servono linee parallele ed orizzontali.

Topogrammi
totali del petto.

Le fig. 27, 28, e 29 Tav. I. contengono tutte la colonna vertebrale e la linea mediana anteriore del torace o per lo meno la sigla *m.* che la rappresenta. Esse differiscono solo quanto ai particolari, essendovi o no rappresentate le linee

topografiche e le scissure interlobari. La più semplice è la fig. 29, dove possono mettersi nello spazio a destra i segni ricavati all'esame del torace di destra, ed a sinistra i segni del torace di sinistra. Saremo poi liberi, in questa figura, di fare delle limitanti artificiali. Se, per esempio, la parte inferiore del torace di sinistra sarà occupata da un essudato pleuritico libero, tracciamo il limite di questo essudato mediante una linea limitante artificiale (fig. 1. Tav. I.), che scenderà obliquamente partendo dalla colonna vertebrale, e che suddividerà nel torace di sinistra due zone, delle quali la superiore porterà i sintomi di un essudato pleuritico (abolizione del fremito vocale tattile, suono di percussione ottuso con resistenza, abolizione del murmure vescicolare, ecc., ecc.), mentre la zona superiore avrà i sintomi del polmone libero od anche *deleso* (suono skodico ecc.)

Queste tre figure si debbono immaginare originate come se il torace fosse un cilindro, e come se la superficie laterale di questo cilindro venisse svolta, o tagliando, per così dire, questa superficie sulla colonna vertebrale e spiegandola al lato della linea mediana anteriore (fig. 27), o tagliandola lungo la linea mediana anteriore e distendendola a lato della colonna vertebrale (fig. 28.)

IV.

Semiogrammi del polmone (Tav. II. fig. 1 a 30).

Per facilitare la memoria dei semiogrammi abbiamo avuto a cuore che i semiogrammi della stessa natura avessero una fisionomia propria e distinta da quella dei semiogrammi di natura diversa. Il lettore che dia uno sguardo alle fig. 1 a 9, indicanti suoni ricavati colla percussione, troverà che sono diversi nel loro insieme dalle fig. 15 a 30, indicanti suoni percepiti coll'ascoltazione del torace. I primi tendono a racchiudere e raffigurare un breve spazio che è quello messo in vibrazione dal colpo della percussione; quelli dell'altra serie or nominata si distendono lungo una linea obliqua ascendente da sinistra a destra, e ricordano la lunga percezione acustica di chi ascolta un respiro.

Motivo comune nei semiogr. affini.

Nella stessa Tav. II. le fig. 10 a 13 hanno in comune una linea orizzontale: e tutte hanno in comune d'indicare il fremito vocale tattile. Vedremo a proposito della palpazione dei vasi, come la stessa fisionomia abbia il segno indicante « fremito palpatorio » (1). Anche le fig. 38 a 45, riguardanti il cuore, e di cui parleremo in seguito, hanno una fisionomia propria o « motivo comune. »

Suono ottuso, timpanico, ridotto, polmonare.

La percussione, sia del torace, sia di una parte qualunque del corpo, se mette in vibrazione una zona priva di gas, dà un suono ottuso: se una cavità contenente gas dà suono timpanico. Questa è la ragione delle fig. 1 e 3., nella prima delle quali la linea obliqua sopprime l'aria contenuta nello spazio tra le due verticali, mentre nella seconda una vescicola contenente aria rappresenta la condizione fondamentale del suono timpanico. Il suono ridotto (fig. 2.) ed il polmonare (rappresentati da un punto, quale quello che notasi ad es. nel centro delle fig. 5 ed 8.), si ravvicinano rispettivamente all'ottuso ed al timpanico, dei quali perciò ricordano la forma. Una modalità dell'ottuso è l'ottuso con resistenza (fig. 4.), la cui obliqua rammenta la direzione del dito percussore.

Suoni di percussione combinati.

Le fig. 5 ad 8 sono suoni combinati; fig. 5 « polmonare tendente al timpanico », fig. 6 « suono ridotto tendente al timpanico », fig. 7 « ottuso timpanico », fig. 8 « polmonare leggermente ridotto ». Il piccolo arco della fig. 8. serve per dare unità ai due componenti del semiogramma.

Sul modello delle fig. 5 ad 8 potremo fare un'infinità di sfumature assai preziose nella pratica. Così se la fig. 5 è fuori ed a piedi di un topogramma del polmone serve ad indicare che questo presenta il suono di un enfisema: se vorremo segnalare che però un dato punto ha un suono polmonare anche più tendente al timpanico (sospettiamo ad esempio che ivi esista una bronchiectasia), questo punto potrà portare la stessa fig. 5 con due cerchietti concentrici. Così ancora se un punto rappresenta il suono polmonare e la fig. 1. un suono

(1) Nella tav. III fig. 12, indicheremo un fremito palpabile prodotto dalla aorta ateromatosa, fremito percepito sul manubrio dello sterno: segno che trovasi anche nel torace posteriore di destra, in caso di aneurisma, nella fig. 9 della stessa tavola.

ottuso, e se il ridotto (fig. 2) sia in mezzo al polmonare ed all'ottuso, una leggerissima riduzione sarà indicata dalla fig. 8, ecc.

Una applicazione praticamente utile del segno modificatore (tav. I fig. 2, 3, 4, 5) è appunto nei semiogrammi di suoni di percussione composti. Così se io metterò nella fig. 5 tav. II. la fig. 3. tav. I. col punto di questa sul cerchio di quella, indicherò che il suono polmonare « pare » che abbia del timpanico. Lo stesso segno d'incertezza col punto poggiante sulla obliqua della fig. 4. tav. II, mette in dubbio il carattere della resistenza alla percussione nel suono ottuso di cui si tratta. Lo stesso segno invece messo sotto e all'infuori delle fig. 4, 5, 6, 7 e 8 tav. II. mette in dubbio il suono in tutti i suoi elementi.

Importantissima nella percussione, specialmente del torace, è la distinzione tra un suono ricavato con la percussione debole o con quella forte. Pongasi il caso di una caverna polmonare di media grandezza, circondata da un tessuto polmonare sclerotico, quale si suole trovare nei fatti tubercolari di antica data. Il suono che si ottiene in questo caso è totalmente diverso, a seconda che si percuota debolmente o fortemente. È noto infatti che la percussione di un punto del corpo mette in vibrazione i tessuti compresi in una semisfera, il cui centro è il centro di percussione. Ora se il raggio di questa semisfera è piccolo (percussione debole), esso comprenderà nel caso suddetto i tessuti sclerotici, e perciò privi di aria (suono ottuso), o in parte privi di aria (suono ridotto); ma se allunghiamo il raggio della semisfera di percussione (percussione forte), questa farà che sia compreso nella zona vibrante lo spazio della caverna (suono timpanico). È noto che su questo principio si fonda la distinzione delle aree di ottusità « assoluta » o « relativa » del cuore, del fegato ecc. Ora il semiologo deve indicare, almeno in alcuni casi, se la sua percussione fu leggera o forte. Questo si può esprimere in due modi, o con sigle, ed allora la linea di percussione (limitante artificiale, fig. 1. tav. I.) porterà l'indicazione di percussione forte, percussione leggera, fortissima, leggerissima (*f. pe.*, *l. pe.*, *f. f. pe.*, *l. l. pe.*): ovvero mediante la rappresenta-

Percussione
forte, perc. de-
bole.

zione della fig. 9. tav. II, che veramente si presta molto, perchè assai figurativa, nel caso della caverna. Ed invero in essa si vede nel piano di sopra, che è separato dall'inferiore per mezzo di due trattolini orizzontali, il suono prodotto dal tessuto che è nella prima parte del raggio di percussione (suono ridotto, tessuto sclerotico), e nel piano di sotto il suono prodotto dal tessuto compreso nel tratto del raggio di percussione più lontano dal centro percussorio (suono timpanico, spazio della caverna).

Palpazione
del torace.

Le fig. 10 a 13, come abbiamo accennato, si riferiscono a segni ricavati dalla palpazione del torace: e precisamente al « fremito vocale tattile. » Questo nella sua condizione normale è rappresentato come in fig. 10: e ben s'intende che come normale lo designeremo, quando anche la sua intensità non fosse la stessa in tutti i punti del torace: come infatti non è, giusta i dettami della fisiologia e della semiotica. Le fig. 11 e 12 ci dicono rispettivamente che il fremito vocale tattile è aumentato e diminuito, e si comprende che potremo usare anche i noti segni modificatori apposti al segno del fremito vocale tattile per indicare fremito forte o debole.

(Distinzione
tra forte e
maggiore: do-
bole e minore)

E qui valga l'osservazione generale, che la opportunità di adoperare il segno aritmetico o il nostro segno modificatore, è dettata da semplice buon senso, e corrisponde al significato letterale del « comparativo » o « dell'assoluto ». E poichè la presente osservazione vale per tutte le parti della semiotica (1), insistiamo sulla opportunità di servirsi del segno comparativo quando trattasi di una osservazione addentellata ad altra precedente osservazione. Ad esempio il segno indicante aumento di volume in tutti i sensi, (quale si trova nella fig. 7. tav. I.) (2) può bensì portare il segno assoluto di forte o debole aumento di volume (segno modificatore), ma se nei vari diagrammi giornalieri noi segniamo l'aumento successivo di volume di un flemmone (3), metteremo uno, due, tre ecc., volte il segno di « maggiore » nei diagrammi succedentisi.

(1) Vedesi ad esempio nella tav. IV. fig. 23, il segno di poca intensità nella evidenza delle rughe frontali a destra.

(2) E che abbreviato vedremo nelle fig. 5, 8, 9, della tav. III.

(3) Quale appunto vedremo nella tav. III. fig. 8, indicante un flemmone della parete addominale.

La fig. 13 portante il fremito vocale tattile in parentesi indica abolizione di esso, e non è che l'applicazione della parentesi come segno di abolizione. L'useremo per l'assenza del soffio vescicolare e dell'espriorio (fig. 19), per l'assenza dei toni cardiaci (fig. 44), ecc.

La fig. 14 rappresenta il topogramma del torace anteriore, cui sono sottoposti i segni indicanti il grado di escursione del torace, sia assolutamente parlando, sia confrontando un lato con l'altro: e precisamente il segno *a.* indica che l'escursione è eguale in ambo i lati, il segno *b.* che è maggiore a destra che a sinistra, i segni *c. d.* che l'escursione è minore del normale in ambedue i lati, il segno *e.* che essa è del tutto abolita a sinistra. Naturalmente l'escursione toracica si analizza con vari mezzi, quali l'ispezione, la sovrapposizione delle due mani nei due toraci all'atto del respiro, il grado di escursione degli angoli inferiori delle scapole ecc.; ma questo non figura nella conclusione finale, che scrivesi come abbiamo detto. Invece del topogramma del torace anteriore, noi potremo rappresentare quello del posteriore, nel caso, come s'intende, nel quale il giudizio sia stato emesso osservando quest'ultimo; e finalmente potrebbe figurare il topogramma dell'intero torace, se l'osservazione fu condotta su questo: nel quale ultimo caso potremo servirci della fig. 29. tav. I.

Escursione
toracica.

È superfluo osservare che l'escursione toracica nulla ha da vedere colla periferia toracica, perchè quella può essere grande quando questa è piccola, e più spesso questa è grande e piccola quella. Tale sarebbe il caso del enfisema polmonare.

Le fig. 15 a 30, come abbiamo accennato, rappresentano i semiogrammi dell'ascoltazione polmonare. La fig. 15, ossia un'obliqua « sottile », indica « respiro normale », senza distinguere i due atti. Questi sono invece distinti dalla doppia trasversale nella fig. 16, la quale quindi indica la normalità del soffio vescicolare e dello espriorio. La fig. 17. indica la stessa cosa, ma aggiunge che in ambedue gli atti il respiro è soffiante. Nella fig. 18. l'inspirazione non ha dato il soffio vescicolare normale, come nella fig. 16, ma un soffio inspiratorio « interciso » (« saccadé »), e perciò qui l'inspirazione non è rappresentata da una sottile linea continua,

Ascoltaz. pol-
monare: soffi,
stregam., ran-
toli.

ma da una linea a tratti: l'inspirazione poi è prolungata. Un prolungamento nella inspirazione si farebbe in modo analogo, ma la curva, colla quale deve cominciare il tratto inspiratorio dovrebbe essere rivolta a sinistra, sicchè nel caso del prolungamento di tutti e due gli atti, l'intera figura assumerebbe la forma di una lunga S. Qui cade in acconcio di osservare come il segno modificatore, indicante ad esempio forza o debolezza, se si riferisce al fatto del prolungamento, va posto, come del resto è naturale, sul trattolino estremo della espirazione, quello insomma che è « in più » sulla figura normale 16: ed il medesimo vale per la inspirazione. Nella stessa guisa, se, ad esempio, si trattasse dell'osservazione comparata di due esami fatti sull'istesso asmatico che va migliorando, e se si volesse indicare nel 2° diagramma il « minor » prolungamento della espirazione, il noto segno aritmetico andrebbe messo sul medesimo posto.

La fig. 19 indica l'abolizione della sensazione acustica dei due atti del respiro. La parentesi abbraccia i due trattolini trasversi, e con ciò affetta ambedue gli atti: se i due tratti della parentesi fossero uno a destra l'altro a sinistra della linea inspiratoria, sarebbe il solo soffio vescicolare che è abolito, ecc.

(Graduatoria
dell'intensità).

L'abolizione completa del rumore respiratorio è l'ultimo grado del crescente indebolimento, il cui segno, se riferentesi ad ambedue gli atti, avrebbe il suo punto su quel tratto della obliqua che è compreso tra le due trasversali, mentre avrebbe luogo nella porzione inspiratoria o espiratoria, se dovesse riferirsi alla sola inspirazione od espirazione. Ed è qui il caso di notare come le figure indicanti aumento o diminuzione (e lo stesso vale per quelle di dubbio o di certezza), possono portare, allineati col loro punto normale e colla loro normale lineola, un altro punto o due, rinvigorendone così il valore (massima intensità, massima debolezza, massima certezza, massima incertezza). Vedesi quindi, per tornare al caso dell'ascoltazione del respiro, con quale ricchezza di mezzi si possa esprimere qualunque grado d'intensità del respiro ascoltato, dal massimo rinforzo al più grande indebolimento ed alla completa abolizione.

Quando in luogo dei rumori prodotti dai due atti respiratori normali si verifica il soffio bronchiale, il segno rispettivo s'ingrossa, e per maggior garanzia del riconoscimento del soffio bronchiale, i trattolini trasversali che eran due nella fig. 16 divengono uno solo. Tale è la espirazione nella fig. 20 (soffio bronchiale espiratorio). Che se il soffio bronchiale è velato, usiamo la linea bensì ingrossata, ma vuota nel suo interno, in altri termini l'atto respiratorio rispettivo assume doppio contorno: tale il caso della inspirazione nella fig. 20.

La fig. 21 indica sfregamento pleurítico, e la sua mnemonica si poggia sopra il fatto anatomo-patologico della sovrapposizione di scabrezze flogistiche sopra una superficie respiratoria rappresentata dalla linea retta. Questa figura indica uno sfregamento pleurico, senza dire l'atto nel quale esso è stato notato, e per rappresentare uno sfregamento pleurico nella inspirazione, basterebbe porre la figura impiccolita parallelamente al tratto inspiratorio della fig. 16, a destra o a sinistra di esso: lo stesso per la espirazione. Vedesi quindi come la linea obliqua della fig. 21, non ha il significato di un soffio vescicolare coesistente collo sfregamento, e se il murmure esiste, deve essere espresso. Lo stesso dicasi per il soffio espiratorio, come si deve ripetere per tutte le figure successive fino alla 30, indicanti rantoli polmonari.

Le fig. 22 a 25 sono rantoli bollari od umidi: la 22 a grosse bolle, la 23 a piccole bolle, la 25 a bolle mezzane (e qui serve di mnemonica la « mezza » bolla), la fig. 24 a bolle mezzanelle (mezza bolla divisa in due). Le accidentalità delle bolle, quali la loro quantità, la loro risonanza, il loro carattere metallico, ecc., si esprimono con « sigle », da apporsi al semiogramma, o meglio da porsi in calce al medesimo, richiamatevi da segni annotativi, ad esempio uno o più puntini in parentesi (*ra. rari, mu. multi, res. resonantes, met. metallici*, ecc.). Al contrario il « tempo » nel quale essi hanno luogo, trova posto nel semiogramma stesso, nel seguente modo. Se ad es. vorremo dire che esistono rantoli a medie bolle alla fine della espirazione, tracteremo la linea inspiratoria, e, parallela all'ultima parte della medesima, porremo la figura dei rantoli a medie bolle; e per meglio indicare

che esse accompagnano l'ultimo tratto della inspirazione, tracciamo un piccolo trattolino punteggiato che dall'inizio di detti rantoli si porti perpendicolarmente al tratto inspiratorio. Se ora il tratto inspiratorio iniziale, rimasto scompagnato da rantoli, si suddivide in due mediante un analogo trattolino punteggiato, sul quale si mette la frazione $1/3$, allora il semiogramma così risultante ci dirà che rantoli bollari medi accompagnano l'ultimo terzo della inspirazione. Questo esempio vale per tutti casi e per tutti i rantoli, e, volendo, anche per collocare al suo preciso posto uno sfregamento pleuritico.

Quando trattasi di rantoli bollari misti, si metteranno rappresentanti di tutte le specie di bolle, le une parallele alle altre, e parallele al tratto respiratorio nel quale si trovano (tratto che può mancare se il soffio vescicolare o il respiro indeterminato della espirazione non si percepiscono; ad esempio, se sopraffatti dai rantoli stessi). E tutte queste rappresentazioni sono tutte allineate tra di loro parallelamente, e dipendenti da un unico trattolino (o doppio trattolino) trasversale, per indicare che questi vari rantoli furono sentiti simultaneamente e nello stesso posto.

Le fig. 26, 27 e 28 rappresentano tre specie di rantoli secchi; la 26 rammenta le vibrazioni di un « ronco », la 27, un rantolo secco composto di una serie di successivi scatti, come se si stringesse tra le mani la neve, la 28 rappresenta un « rantolo sibilante », e quest'ultima capovolta, vale a dire formata da tante virgole che si succedono, rappresenta un « rantolo gemente ».

(Disgiuntiva:
e sua applicaz.
allo sfregam.
pleurico).

Occorre spesso nella pratica che un rantolo secco ed uno sfregamento pleurico si confondano tra di loro. Si può allora ricorrere, come è noto, a tre artifici. 1°. Se ascoltando il rumore in questione esso odesi a grande distanza, il rumore è piuttosto un rantolo che uno sfregamento. Il risultato di questa indagine si rappresenta mediante una linea retta orizzontale terminata in ambedue gli estremi con una punta a freccia. Questo segno indica « udibilità a distanza: » e se il rumore è udibile a distanza, porterà il segno aritmetico *più* sopra di sé, se non lo è, il segno *meno*, se il risultato

fu incerto, il segno aritmetico d'infinito (una cifra otto coricata orizzontalmente). 2°. Se il rumore cresce con la pressione o se con una pressione eccessiva sparisce, il rumore è piuttosto sfregamento che rantolo, e questa ricerca si traduce, nello scritto con una lineola verticale terminata in basso con una punta a freccia, il quale segno indica la pressione esercitata dall'ascoltatore. Nel caso di aumento, di diminuzione, d'immutabilità o di abolizione del rumore, si scriverà sulla retta della freccia il segno aritmetico maggiore o minore o eguale oppure una parentesi vuota. 3°. Finalmente se la tosse o il ripetuto respiro non alterano il rumore in questione, si tratterà più probabilmente di uno sfregamento che di un rantolo. Ciò s'indicherà mediante sigle che dicano « non mutabile alla respirazione » (*n. mut. rs.*), o mutabile alla respirazione.

Le rappresentazioni grafiche rispondenti alla prima e alla seconda ricerca, si sovrapporranno al semiogramma del sintomo che si sta studiando, sfregamento o rantolo, scegliendo tra i due quello che è più verosimile. La ricerca contemplata nel terzo punto, e rappresentata dalla sigla sopra indicata, sarà al solito messa dappresso al semiogramma, ovvero richiamata a parte, fuori del diagramma.

Che se non vogliansi eseguire in singoli casi queste ricerche, e l'osservatore rimanga nel dubbio se il rumore studiato sia un rantolo secco od uno sfregamento, si potrà semplicemente scrivere l'un semiogramma appresso all'altro, mettere sotto ognuno di essi il segno di dubbio, e riunire con una linea retta trasversale i due puntini di questo segno. In generale questa maniera di scrivere indica che si lascia indecisa la questione sul modo d'interpretare un dato fatto fisico. Questa così detta « disgiuntiva », può essere fatta anche tra più di due segni, ad esempio capita spesso tra un rantolo secco, uno sfregamento, ed un rantolo umido risonante: nel qual caso i tre rispettivi semiogrammi son posti l'uno appresso all'altro, portanti ciascuno il segno di dubbio, e due trattolini orizzontali uniscono tra di loro i tre puntini. Diverso è il caso nel quale non si tratta di un segno fisico che l'ascoltatore non sa interpretare, ma bensì di due o più fatti, tutti

(Disgiuntiva)

sicuri che si alternano tra di loro. Pongasi per esempio che ascoltando il cuore si percepisca alcune volte un rumore nel primo tono col secondo normale, ed altre ambedue i toni normali. I due rispettivi semiogrammi che impareremo a conoscere tra poco, saranno allora posti uno sotto dell'altro, e da un lato saranno riuniti mediante una « grappa. »

Le fig. 29 e 30 rappresentano rispettivamente rantoli, Laennechiani e rantoli sottocrepitanti o di ritorno (polmonite): la seconda non differisce dalla prima se non per il puntino, che porta ogni infossamento della figura. Per la mnemonica diremo che i singoli infossamenti figurati sulla distesa di una linea obliqua ricordano gli alveoli polmonari, dove si ritiene che abbian luogo questi rantoli.

V.

Semiotica del cuore (Tav. II. fig. 31 a 45).

Topogrammi
del cuore.

I topogrammi del cuore non sono che quelli della parete anteriore del torace, e perciò rimandiamo il lettore alla trattazione di questi.

Abbiamo già accennato come molto spesso tra i vari topogrammi della parete anteriore del petto, quello semplicissimo per costole e spazi intercostali ci servirà all'uopo per il cuore: tale è il topogramma della fig. 15 tav. I, o il susseguente, o meglio ancora, una serie di linee indicanti le costole e comprendenti gli spazi intercostali. Qui non essendo però figurato l'angolo del Louis, che è invece rappresentato nelle suddette figure, deve mettersi l'indicazione di una delle costole; ad esempio presso il tratto orizzontale posto più in alto nella figura, si potrà scrivere la sigla 2. c. (seconda costola). Per le altre costole e spazi intercostali, quando non vi sono altre sigle consimili, s'intende che esse si succedono nella numerazione senza interruzione, anche nel caso nel quale, per comodità, i vari spazi intercostali siano rappresentati con misure diverse tra di loro.

Aia cardiaca.

In questo o in qualunque altro dei topogrammi della parete anteriore del torace potranno tracciarsi i confini del-

l'aia cardiaca, mediante le note linee limitanti artificiali (pag. 1. tav. I).

L'aia d'ottusità grande, che si ottiene mediante la percussione forte, potrà essere distinta dalla piccola ottusità, che si ricava colla percussione debole, colle sigle *f. pe.* (forte percussione), *l. pe.* (leggera percussione). Spesso queste linee, come è noto, hanno il loro estremo nell'urto della punta, vale a dire che terminano nel semiogramma di questo, che tra poco indicheremo.

Nella rappresentazione dell'aia del cuore ci occorrerà talora di dover distinguere il margine superiore dall'inferiore di una costola, e in questo caso alla semplice linea delle fig. 15 e 16 della tav. I. o di altre consimili figure, suppliremo con una linea a due contorni: e perchè le due linee non si confondano con due distinte costole, si potrà, quando è necessario, ricurvare gli estremi di queste linee l'un contro l'altro per un brevissimo tratto.

Spesso accadrà, tanto nel cuore quanto in altre parti, che la linea limitante cada sopra una linea continua (linea costale, margine costale, linea topografica). In questo caso i tratti e i punti della limitante debbono sovrapporsi, un po' ingrossati, sulla linea continua, resa assai sottile.

L'area cardiaca è, naturalmente, passibile dei segni che abbiamo indicato come comuni a tutto il sistema (capo II.), e specialmente del segno di aumento di volume o sporgenza. I noti segni (tav. I, fig. 7.), si porranno al lato sinistro del topogramma, perchè affettino la metà sinistra di quella parte della parete anteriore, che è rappresentata dal topogramma stesso: e volendo più precisamente indicare una sporgenza ben circoscritta, che dalla tal costola o dal tale spazio intercostale va alla tale altra costola o al tale altro spazio intercostale, si dovranno accuratamente porre i punti, nei quali termina il segno, a sinistra della verticale nella fig. 7 tav. I., nei punti indicati. Tanta precisione di rado accadrà di dovere adottare nel cuore, e più spesso potrà occorrere per altri casi, ad esempio per aneurisma. (Volendo sottrarsi alla necessità di porre i punti delle fig. 7 ed 8 della tav. I., in luoghi ben precisi e ben determinati, i punti stessi si possono omettere).

Pulsazioni.

Quanto abbiamo detto sulla sporgenza dell'ala cardiaca, appartiene alla « ispezione » della regione del cuore, a cui pure appartengono le fig. 31 a 37. La fig. 31 indica pulsazione vasale o cardiaca, e perciò trovasi anche nella semiotica dei vasi, che vedremo (tav. III). La fig. 32, indica un grado più intenso di questa pulsazione; essa trovasi ad esempio sotto il semiogramma della punta cardiaca della fig. 37, e sta perciò ad avvertire che l'urto della punta è molto vivace. La fig. 33 indica l'urto della punta. Siccome esso come si sa, può determinarsi tanto colla ispezione, quanto colla palpazione, colla percussione, coll'ascoltazione, potremo, volendo, indicare con sigle per quali mezzi esso fu determinato (nella fig. fu determinato colla ispezione e colla palpazione). Il punto nel quale capita l'angolo di questa figura è precisamente il punto nel quale « l'ictus » fu trovato. Esso potrà capitare nel tale o tale spazio intercostale, all'interno o all'esterno della mammillare o dell'ascellare anteriore, ecc., linee che allora si faranno figurare sul diagramma, all'interno o all'esterno del semiogramma della punta. Così pure tra questa e la linea topografica potranno figurare le cifre che ne misurano la rispettiva distanza. La fig. 34 significa rientramento sistolico della punta; fenomeno ben distinto, come è noto, dall'impulso alternato della punta e della base del cuore, che trovasi nelle forti ipertrofie cardiache, fenomeno che è noto sotto il nome di movimento a « bascule », e che ha il suo semiogramma nella piccola curva con le estremità a freccia, della fig. 35. La fig. 36 rappresenta l'urto della punta molto esteso.

Toni e rumori.

I toni cardiaci ed i rumori endocarditici e pericarditici sono rappresentati dalle fig. 38 a 45. Nella parte generale (cap. I. « Idea generale della Clinografia ») abbiamo accennato come il primo tono del cuore sia rappresentato con una lineola orizzontale, ed il secondo con un accento capovolto. Tale la fig. 38, dove, inoltre, il piccolo spazio tra i due segni rappresenta il piccolo silenzio, mentre il grande silenzio è rappresentato dallo spazio che intercede tra la coda del segno del secondo tono, e l'inizio del primo, spazio che è rappresentato da un arco di cerchio. Tracciando un cerchio sul

quale giacciano l'un dopo l'altro il segno del primo tono, lo spazio del piccolo silenzio, il segno del secondo tono e lo spazio del grande silenzio, si ha l'immagine più semplice e più vera della così detta rivoluzione cardiaca.

Con un semplice uncinetto all'estremità del segno indicante un tono, esso si trasforma in rumore endocardico, come con un segno analogo a quello che abbiamo conosciuto per lo sfregamento pleurico, il tono cardiaco si trasforma in uno sfregamento pericarditico. La fig. 39 rappresenta la sostituzione di due rumori endocarditici, e la 41 rappresenta la sostituzione di due rumori pericarditici, ai toni cardiaci. La lunghezza o brevità di un soffio, il suo carattere aspro o dolce ecc. si rappresentano con sigle, come abbiamo detto per le qualità accidentali dei rantoli (*lo.*, *br.*, « longus, brevis », lungo, breve: *dul.*, *asp.*, « dulcis, asper », dolce, aspro: *ser.*, « sericus », di seta: *cor.*, « coriaceus », di cuoio ecc.).

Come in tutte le parti della Clinografia, così nella semiotica del cuore il segno modificatore ha moltissime ed utili applicazioni. Così il rinforzo o l'indebolimento d'un tono cardiaco constatato all'ascoltazione del cuore, si esprimono facilmente coi segni già noti, applicati sul tono in questione. Ugualmente il segno d'incertezza riferibile all'esistenza di un rumore potrà facilmente applicarsi al semiogramma di questo. In tal caso il segno si metterà immediatamente al disotto del semiogramma per esprimere precisamente il concetto: « pare di sentire un soffio nel tal tempo ». Ma se il segno invece di essere in basso e fuori del semiogramma sarà messo sopra l'uncinetto di un rumore endocarditico, il significato del semiogramma corrisponderà a queste parole: « odesi un tono cardiaco che si avvicina pel suo timbro a un soffio endocardico » (così detti toni « impuri » ecc.). Al contrario mettendo il segno d'incertezza col punto sulla linea retta o sull'accento che si trovano nel semiogramma di un soffio endocardico in primo od in secondo tempo, si viene ad esprimere questo concetto alquanto diverso: « odesi nel tal tempo un rumore endocardico, che però si avvicina alla sensazione acustica di un tono normale »:

La simultaneità di due sensazioni nel tempo del primo

tono si esprimerà mediante due segni « sovrapposti » l'uno all'altro; mentre il medesimo fatto nel tempo del secondo tono si esprimerà mediante la « giustaposizione » dei due segni. Così nella fig. 40 è espressa la coesistenza di un rumore endocardico in primo tempo col primo tono cardiaco normale, e nella fig. 45 (dove la sigla *pu.* indica che l'ascoltazione fu praticata nel punto d'elezione della polmonare), rappresenta la coesistenza di due toni normali in secondo tempo, ossia il così detto sdoppiamento del 2° tono.

Successione
cronolog. dei
toni e rumori.

Quando non trattasi della simultaneità, ma della « successione » di due sensazioni in primo od in secondo, allora i due segni corrispettivi si seguono in senso orizzontale da sinistra verso destra, come nella scrittura ordinaria, per il primo tono; e si succedono dal basso all'alto, quasi a voler chiudere il noto cerchio della rivoluzione cardiaca, nel caso di sensazioni che si succedano l'una dopo l'altra, nel tempo del secondo tono. Se ad esempio io volessi esprimere un rumore pericardico od endocardico che precede il primo tono normale, premetterei alla rappresentazione di questo, e sullo stesso livello orizzontale, la rappresentazione del rumore in questione. Così ancora se io nella fig. 38, nella stessa direzione del segno del secondo tono, e più in alto di questo, rappresentassi un rumore pericarditico, formerei un diagramma che accennerebbe alla esistenza di un rumore pericarditico diastolico, consecutivo al secondo tono normale. Tutto ciò vale per sensazioni distinte, ma consecutive: per lo più, però, si tratta dei così detti prolungamenti dei rumori, nel senso che essi invadano il piccolo o il grande silenzio. Allora si rappresenta come d'ordinario il segno del rumore, e soltanto, mediante un trattolino verticale, se ne separa una piccola porzione, che è quella che invade il vicino silenzio. Così nelle fig. 42 e 43 un rumore endocarditico in primo invade rispettivamente il piccolo od il grande silenzio (in quest'ultimo caso invade l'ultima parte della diastole risultandone un rumore presistolico-sistolico). Notisi come il trattolino separatore nella fig. 42 prende anche l'uncinetto terminale del seniogramma, il che studiatamente si è evitato nella fig. 43, per distinguersela con sicurezza dalla fig. precedente. Il rumore

in secondo di quest'ultima figura invade il grande silenzio. Finalmente, a chiudere questa importantissima parte dell'ascoltazione cardiaca, diremo come si rappresenta il fatto che « tutto » il piccolo o il grande silenzio è invaso dal rumore. Basta a ciò riempire quel che rimane del piccolo silenzio o del grande, mediante due trattolini paralleli tra loro, che, vanno dal rumore prolungato all'inizio del tono (o soffio) dell'altro tempo.

È noto quanta importanza si dia ai risultati dell'ascoltazione del cuore, a seconda dei luoghi dove l'ascoltazione fu praticata. Abbiamo dato (fig. 45) l'esempio di un diagramma cardiaco, nel quale l'ascoltazione fu fatta sul punto di elezione della polmonare (estremità interna del secondo spazio intercostale di sinistra). Analogamente può indicarsi l'ascoltazione fatta alla punta mediante la sigla *pu.* (« cuore », punta del cuore), e quella fatta sulla sede della aorta (estremità interna del secondo spazio intercostale di destra) mediante la sigla *ao.* (aorta) ecc. È superfluo il dire come queste sigle sono inutili quando, ad esempio sul topogramma della fig. 15 o 16 della tav. I., i relativi semiogrammi dell'ascoltazione cardiaca si scrivono nei tre luoghi corrispondenti ai tre punti di elezione dell'ascoltazione. Quando poi tutti e tre i semiogrammi sono espressi, perchè l'ascoltazione fu praticata in tutti e tre i punti suddetti, essi non hanno bisogno nè di topogramma nè di sigla, perchè la loro reciproca posizione li determina.

Punti d'ascoltaz. del cuore.

Lo stesso vale per i semiogrammi scritti l'un dopo l'altro sulla stessa linea orizzontale, rispondenti all'ascoltazione della sede aortica e della polmonare.

Un altro punto importante nell'ascoltazione cardiaca è il determinare il luogo di massima intensità di un rumore ascoltato. Segnati i due rumori nelle due sedi dove l'ascoltazione fu fatta, basta riunire i due segni con una linea retta finalmente punteggiata, e sul decorso di questa mettere il noto segno aritmetico di « maggiore o minore » (od anche « eguale o indefinito ») colla apertura rivolta verso il rumore più forte.

Massima intensità dei rumori cardiaci.

Analogamente alla questione da noi fatta della differenziazione dei rumori di sfregamento pleurico da altri congeneri,

faremo la questione della differenziazione dei rumori endocardici dai pericardici: al qual proposito diremo solo che i segni allora indicati come esponenti l'udibilità a distanza e la variabilità con la pressione, sono anche qui applicabili, e pel resto sono sufficienti delle sigle (influenza della respirazione, della posizione del malato ecc.).

Soffio anemico.

Dobbiamo fare un segno speciale per un soffio anemico? La risposta è suggerita da quelle stesse considerazioni che ci hanno guidato nel capitolo primo di questo scritto: che cioè l'asserzione che un soffio è organico od inorganico è già una diagnosi vera e propria, importantissima sempre, difficilissima non di rado. Noi quindi dobbiamo semplicemente segnare gli elementi semiotici valevoli a siffatta diagnosi, vale a dire il timbro di questo soffio, la sua sede di massima intensità, la sua incostanza, infine la nessuna variazione importante nei diametri del cuore, ecc.

Sfregam. pericardico in tempo indeterminato.

Termineremo questo capitolo con un'osservazione molto semplice relativa ai rumori pericardici. Noi abbiamo la maniera d'indicare uno sfregamento pericarditico in una delle pause o in uno dei toni del cuore. Occorre potere esprimere la stessa cosa senza legarsi a questo determinismo: e ci serviremo in tal caso di due « brevi » parallele orizzontali, riunite « ambedue » dal noto *C* indicante sfregamento, ad indicare uno sfregamento pericarditico di cui non si determina il tempo.

VI.

Addome (Tav. III, fig. 1 a 8).

Topogrammi dell'addome.

I topogrammi dell'addome sono di già accennati nel primo capitolo di questo scritto. La parete anteriore dell'addome può indicarsi semplicemente mediante una lineola verticale (appendice ensiforme dello sterno) nell'angolo di due curve che rappresentano le due basi del torace. Tali sono le fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8. Vedesi però come l'ovoide addominale a volte si è creduto necessario aggiungerlo (fig. 1, 3, 4, 5, 8.) a volte no (fig. 2, 6.). In massima « non deve mettersi di un topogramma che l'estensione rispondente all'estensione esaminata » come altrove si è detto; così che le figure in cui sono tutti

i contorni della parete anteriore dell'addome, danno il concetto preciso che l'esame fu esteso a tutta questa regione, il che non può asserirsi degli altri topogrammi addominali. Anche il solo umbilico può rappresentare l'addome, ed i segni posti all'interno di esso si riferiscono alle varie parti della parete anteriore addominale: ma una rappresentazione di questo genere resta, quanto alla estensione dell'esame praticato, muta ed indefinita: si afferma infatti che furono esaminate le regioni intorno all'ombelico mentre può rimanere assai definita, quando, per esempio, per mezzo della linea mediana e della linea alba con l'ombelico nel loro incrocciamento, si circoscrive una parte limitata della regione anteriore del ventre.

La sigla *u.*, terminata in un cerchio che la comprende, rappresenta dunque l'ombelico: e rappresentazioni consimili sono la sigla *p.*, anch'essa terminante in un cerchio che ne circonda la metà superiore, ad indicare la papilla mammaria, la sigla *au.* per l'orecchio (foro auditivo esterno), e la sigla, *m.* per il malleolo.

Sigle cerciate.

La fig. 1. rappresenta il topogramma dell'addome con molti particolari topogrammi, giacchè non solo vi figura la linea trasversa ombelicale e la mediana, (1) ma eziandio la regione del fegato (linea portante la sigla *he.*), quella dello stomaco (linea con la sigla *st.*), e quella della milza (semplice ingrossamento dell'arcata costale, colla sigla *spl.*). Notisi bene però che le rispettive aree, così circoscritte da linee siglate, non hanno altro significato se non che i semiogrammi che accolgono « stanno nella regione del fegato, dello stomaco e della milza: » ma con ciò non si viene a dire che queste regioni siano normali o meno per estensione. E questo è perfettamente in analogia con quanto avviene per gli altri topogrammi, e con quanto abbiamo detto nei topogrammi del torace. Infatti sappiamo per quest'ultimi (vedi capitolo III.) che la rappresentazione, ad esempio delle linee dei margini anteriori polmonari che abbiano assunto per rappresentare la parete anteriore del torace, non affermano la « constatata regolarità » dei margini stessi. Nel caso poi dell'addome dovesi

Regioni nei topogram. addominali.

(1) Quest'ultima, per semplice omissione, non rappresentata nella figura.

notare che essendo la palpazione il metodo principe per l'esame dei visceri addominali, ed avendo noi accettato che un'area palpata debba rappresentarsi con una linea continua, ne segue che un fegato divenuto duro, e perciò palpabile, uno stomaco divenuto duro, ad es. per una infiltrazione diffusa cancerigna, debbono avere la loro rappresentazione in una linea continua, al pari delle linee rappresentate nella fig. 1, ma queste linee palpatorie non porteranno le rispettive sigle.

spine iliache.

Tra i particolari topogrammi della fig. 1. notinsi quattro cerchietti intercalati nel contorno inferiore dell'addome, indicanti le spine iliache anteriori, superiore ed inferiore: rappresentazioni che potrebbero trovare anche luogo nella fig. 7., nella cresta iliaca, per rappresentare le spine iliache posteriori. Quando figurano la inferiore e la superiore, non hanno bisogno di altre dichiarazioni, quando ne figura una sola, deve portare la sigla *s.* o *i.* (superiore, inferiore).

Topogrammi
coniugati.

A proposito della menzione da noi testè fatta delle arcate inguinali rappresentate nella fig. 1., e delle creste iliache rappresentate nella fig. 7. che è il topogramma della parete posteriore dell'addome (regione lombo-sacrale), vogliamo qui far risaltare l'opportunità di « coniugare » più topogrammi tra di loro. Appunto la fig. 1 si può coniugare con la fig. 7. prolungando la cresta iliaca di quest'ultima (curva portante la sigla *cr. il.*) in una linea curva uguale a quella che rappresenta il polo inferiore dei contorni addominali. Come è naturale, tutto il topogramma della parete anteriore dell'addome, con l'ombelico ecc., può così coniugarsi in un topogramma unico col topogramma della parete posteriore del medesimo.

La fig. 7 non richiede spiegazioni, avendone noi fatto menzione nelle linee generali della Clinografia (Cap. 1). In questa figura notansi l'estremità inferiore della colonna vertebrale, lo spazio sacrale, le creste iliache, le linee scapulari. Due curve poste in basso alle due curve delle creste iliache, ma aventi la concavità volta in alto, rappresenterebbero la linea delle natiche, che limita in alto la regione femorale posteriore. I due semicerchi delle natiche debbono incontrarsi nella linea mediana del topogramma, per ricordare

il coccige. Questo topogramma della parte posteriore dell'addome, che testè abbiamo veduto potersi coniugare con quello della parete anteriore, che anche potrebbe coniugarsi, con due rette verticali per lato partenti dalla linea delle natiche testè accennata, col topogramma delle regioni femorali posteriori, potrebbe ugualmente coniugarsi col topogramma del torace posteriore, come già risulta da quanto abbiamo detto nel capitolo III (vedasi fig. 18 tav. I). Come poi il topogramma della parete posteriore del torace possa a sua volta coniugarsi con quello delle regioni anteriori e laterali del medesimo, è cosa facile a comprendersi, e basta dare uno sguardo alla fig. 28. tav. I., o alla semplicissima fig. 29, tav. I.

Molto utile e perciò degna di speciale menzione è la coniugazione del topogramma della parete addominale anteriore (fig. I tav. III), con quella del torace anteriore (fig. 13 tav. I). Naturalmente tra le basi dei polmoni e le arcate costali deve rimanere un'area che risponde ai così detti spazi complementari pleurici. Con questo topogramma coniugato formato dalla fig. 13 tav. I. colle due arcate costali, noi potremo esprimere un esame obbiettivo di visceri, che si estendano in ambedue le massime cavità del corpo: e specialmente poi potremo formare un topogramma combinato corrispondente nella sua parte superiore alla parete anteriore toracica, e nella superiore alla addominale. La fig. 5. tav. III. è un topogramma coniugato di tal genere, fatto in servizio dell'esame della milza: solo qui l'ovoide addominale è completo, mentre del torace anteriore non è raffigurata che la parte più bassa. Cadrà così sotto l'esame la così detta area del Traube, nota ed importante regione topografica rispondente ad una parte della parete anteriore dello stomaco, nonchè alla estremità anteriore dello spazio complementare pleurico di sinistra.

Come si rappresenta l'area di Traube?

Arcadi Traube.

Noi abbiamo di già tutti gli elementi per comporre questo piccolo ma importante topogramma. Basta ricordarne i confini. Questi sono, a destra il margine ascendente del fegato, prolungato più in là di quel che non sia nella fig. 1 della tav. III., ed in modo da invadere la parete anteriore

del torace di sinistra: a destra l'ascellare anteriore: in alto la base polmonare del torace anteriore, quale ad es. può vedersi nella fig. 13. della tav. I: in basso l'arcata toracica di sinistra. Vedesi così assai chiaro che la così detta area semilunare di Traube è un quadrilatero irregolare, la cui figura complessa ed i cui complessissimi rapporti costituiscono tanto pel discente quanto per l'insegnante della semiotica fisica uno dei punti più difficili: e che colla Clinografia si renderà chiaro e semplice. Come per tutti gli altri topogrammi, anche l'area di Traube potrà semplificarsi, anzi in generale basteranno delle quattro linee le due rappresentanti il confine superiore e il sinistro.

Contrazione
dei muscoli
addominali.

Nella fig. 2. tav. III. sono indicate le contrazioni dei muscoli addominali. I dati della palpazione del ventre, così importanti nell'esame di questi visceri, ricevono uno speciale significato dal vario comportamento di questi muscoli. Le trasversali con la sigla *r.* indicano l'esistenza di linee di durezza prodotte dalle così dette « iscrizioni tendinee » dei muscoli retti addominali. Una linea parallela alla linea mediana, quale è a destra della medesima nella figura, indicherebbe che la rispettiva metà dell'addome presenta tutti i muscoli contratti: mentre se all'interno della retta topografica portante la sigla *r.* e indicante il margine esterno del muscolo retto addominale si pone una parallela, questa indica la contrazione di quel retto addominale. A somiglianza di quello che abbiamo veduto per le iscrizioni tendinee dei retti addominali, anche queste linee dovrebbero portare una sigla rispettiva, ma vi sarà sufficiente chiarezza se la sigla *m. r.*, nei due casi testè segnalati, studiatamente si faranno abbracciare oltre la linea topogrammica anche quella di contrazione. Notiamo infine come una « leggera » contrazione è rappresentata da una linea non continua ma punteggiata, così nella fig. 2 esiste una leggera contrazione del retto addominale di sinistra.

Topogrammi
del perineo e
dei genitali.

A proposito dei topogrammi dell'addome, vogliamo fare una breve menzione di quelli del perineo e dei genitali, pei quali non possiamo aver luogo distinto in questo breve scritto. Nella maniera più completa il perineo s'indicherà con una superficie limitata in alto da un arco di cerchio a concavità

volta in basso, inferiormente dalle due curve delle natiche testò menzionate, ai due lati dall'impianto delle cosce, vale a dire da un arco di cerchio a convessità rivolta all'interno. Ed a proposito del topogramma del perineo, noi crediamo che la Clinografia possa assai bene prestare i suoi uffici per costruire molto più facilmente e precisamente che non si possa ora, delle « tabulae incisionum », quadri dove semplici linee messe sui topogrammi da noi dati indichino i vari processi operatori, ad es. per l'operazione della pietra in vescica. Sia in mezzo al perineo, sia separatamente, (e per i genitali maschili con una figura posta presso il contorno inferiore del ventre, e nella sua natural posizione) si possono indicare i genitali dell'uno e dell'altro sesso. L'aumento ad es. di una delle borse, o di uno dei grandi labbri, potranno indicarsi tracciando le dimensioni ordinarie con una linea punteggiata (linea d'abbandono) e la figura vera più grande si rappresenterà con linee continue. Un'ernia scesa nello scroto, ovvero un'ernia che esce dal canale inguinale o dal crurale, si rappresenteranno nella forma naturale, indicando con un anello siglato l'anello dal quale sporgono, oppure indicando nella debita posizione il fascio nerveo, muscolare ecc. Le stesse rappresentazioni valgono per una adenite inguinale suppurata, nella quale figureranno le note celsiane rappresentate dalle rispettive sigle: il tutto, nei campi chirurgici, colle stesse regole che abbiamo fin qui esposto e che esporremo in seguito per la Clinografia più strettamente medica.

A proposito del perineo e dei genitali vogliamo citare il caso di un uniforme ingrossamento di quest'ultimi per edema ad es. nella nefrite: il che si esprimerebbe con la stessa figura che vedesi a piedi della fig. 3 di questa tavola ecc.

Venendo ora ai semiogrammi dell'addome, parleremo dei principali sintomi che si ricavano dai quattro metodi di esame fisico. L'ispezione ci può rivelare l'aumento del volume in tutti i sensi, nel qual caso ci serviremo dei segni già noti, solo osserveremo come la figura risultante dal segno di aumento di volume in senso trasversale e longitudinale destro e sinistro, può farsi più semplicemente come è in fondo alla fig. 3, 4, 5, ecc. Conosciamo che questo segno messo in basso al

(tabulae incisionum).

Semiogrammi addominali. Ispezione.

ascite

*Caput Me-
dusae.*

umbilico.

iperperistalsi.

insuflazione.

topogramma lo affetta tutto: e quindi il ventre nelle fig. 3, 4, 5, è aumentato in volume tutto intero e in tutti i sensi. Ma nella fig. 5 si dice qualche cosa di più, sempre in ordine alla ispezione. Infatti il contorno della parete addominale a un certo punto è abbandonato (linea punteggiata, linea d'abbandono), e al suo posto subentra una linea retta che ricolma il vuoto dei fianchi. I semiologi conoscono questa forma comunissima di ventre col nome di ventre batracino (ascite). In questa stessa fig 5 l'ombilico è circondato da quattro rette che s'incrociano, e ai loro punti d'intersezione offrono un rigonfiamento, come quello che noteremo nel decorso di linee rappresentanti vene (fig. 13, 14, e 15, di questa tavola). Il graticciato venoso circondante l'ombilico della fig. 5, indica il così detto « caput Medusae ». Un altro dato fornitoci dalla ispezione è la forma dell'ombilico. Espresso con una semplice *u.* e un cerchio, se si vuole indicare appositamente che la sua forma è del tutto « normale » si farà doppio il contorno del cerchio: se si vorrà indicare che esso è « appianato », a destra e a sinistra del cerchio (semplice) si metteranno due trattolini paralleli, orizzontali: se si vorrà indicare che è « stirato » longitudinalmente o trasversalmente, alla figura ordinaria dell'ombilico si sovrapporrà un trattolino verticale o trasversale invadente l'area del cerchio, e di poco sorpassante la medesima ad ambo gli estremi. Finalmente l'ombilico « pro-cidente » porterà due linee rette che s'incontrano ad angolo, nascenti dalla periferia interna del cerchio, e incontrantisi poco fuori di esso. — Nella fig. 6 abbiamo ancora un segno, specie di curva serpentina, che c'indica un fatto assai importante ricavato dalla ispezione, vale a dire l'esistenza di onde peristaltiche visibili: segno che posto all'epigastrio, come qui, sarà riferibile allo stomaco; posto in altre regioni sarà riferibile all'intestino. Anche su questa diversità di sede qui è l'insieme di più dati di fatto che ci deve illuminare giacchè sotto una questione così semplice si cela una questione, di diagnosi. Notiamo di passaggio che la stessa fig. 6 porta la rappresentazione chimica della molecola dell'acido carbonico (CO^2). Ciò indica che l'area in questione (distante due cent. dall'ombilico) fu ricavata mediante la percussione

dopo l'insufflazione colle polveri carboniche. La sigla *n.* CO^2 . escluderebbe la pratica di questa insufflazione: come il simbolo CO^2 . *r.*, ricorderebbe la praticata insufflazione carbonica pel retto, e la ancor più comune pratica delle insufflazioni di aria per il retto a scopo di esame si esprimerebbe colla sigla *aer. r.*

La fig. 8 ci porge l'occasione di stabilire una regola importantissima per la Clinografia, il cui valore si sente tanto nel campo della ispezione, quanto in quello della palpazione. Tutte le volte che un'area è chiusa da una linea continua, si deve intendere che quell'area fu determinata colla palpazione. In altri termini, trattasi di un tumore a contorni più o meno precisi, a resistenza più o men grande, ecc. Figure di questo genere possono nascere tanto dalla palpazione dell'addome, quanto da quella di una natica, di una mammella ecc. Questa linea palpatoria diviene linea d'ispezione, coll'aggiunta della sigla *i*, e quindi è differentissimo il significato delle fig. 3, 4, 5, dove tumori addominali (3, 4) fegati o milze patologiche (5.) hanno la loro grafica rappresentazione in un area chiusa da una linea continua; e il significato della fig. 8 e 9, nelle quali l'area chiusa da una linea continua porta la sigla *i*. In questi due casi trattasi di una limitazione di una zona dell'addome o del torace posteriore di destra, limitazione fatta « dall'occhio » (notisi il segno corsivo di aumento di volume in tutti i sensi in ambedue queste aree). Infatti la fig. 8 ci dà le note celsiane di un flemmone della parete addominale, e nella fig. 9 l'area sporgente visibile all'occhio porta i segni di un aneurisma (pulsazione, fremito palpatorio, riduzione di suono, ascoltazione di un rumore in primo, ecc.).

Abbiamo dunque accennato al significato palpatorio della linea continua. Conosciamo poi (tav. I. fig. 11) il segno dell'aumentata resistenza, il quale potrà indicare una resistenza sempre più forte coi noti segni d'intensità messi sul semiogramma. Se la curva di questo semiogramma rimane rappresentata a singoli tratti, ciò vuol dire nessuna resistenza, e se la curva diviene concava invece di convessa, si ricorda la fossetta digitale lasciata sull'edema cutaneo dalla pressione del dito. Sullo stesso segno, indicante resistenza, entro l'area del medesimo, possono

Palpazione.

linea di palpazione.

resistenza.

mettersi varie linee incrociate a maniera di solchi, oppure una specie di piccola c., e più precisamente un cerchietto di quelli che fanno parte della rappresentazione del rantolo umido piccolo. Tutti questi segni s'interpretano così: la palpazione rivela aumento di resistenza di una data zona, sulla quale esistono solchi, o rispettivamente noduli. Così nella fig. 5. tav. III., si afferma che nella regione epatica esiste un tumore duro e nodulare. Ove sulla stessa area fossero segnati i noduli e i solchi, la dicitura non deve essere più vaga, perchè in tal caso il numero, la posizione reciproca dei solchi e dei noduli s'intendono approssimativamente rappresentati.

fluttuazione.

Quando nel segno di resistenza molle (dito a curva superiore tratteggiata) uno dei tratti porta ad ognuno dei due estremi la punta di una freccia, si indica resistenza molle con fluttuazione.

dolorabilità.

Conosciamo dalla tav. I. fig. 12 il segno di dolore alla palpazione (fig. digitata, a punta). Anche qui la punta tratteggiata indica assenza di dolore alla palpazione. Questa fig. può anche farsi *corsiva*, ed allora basterà servirsi di tre brevissimi tratti rettilinei riuniti in un punto comune. Tanto questo segno corsivo, quanto l'altro, o si estendono col loro valore in un'area limitata con i metodi ordinari; ovvero colla punta immediatamente (fig. 14 tav., III.,) o colla punta munita di un segno di riporto (tav. I. fig. 10), s'intendono riferiti ad una area, ad una linea, ad un punto.

I segni di resistenza e di dolorabilità portano, come dicemmo, i segni modificatori, od i segni aritmetici maggiore, minore ecc. sulla punta, se si modifica man mano il grado o la certezza della percepita resistenza o della dolorabilità; e li porta in basso sopra una delle rette laterali, o addirittura nello spazio tra i due tratti inferiori di esse, se si vuole indicare il grado di pressione esercitato a rivelare la consistenza o la dolorabilità. Così è ben facile il distinguere una *forte* dolorabilità alla *minima* pressione, e viceversa, ecc.

All'infuori di questo ed altri consimili casi, si troverà opportuno non di rado di riunire in un semiogramma solo il duplice risultato della palpazione, resistenza e dolore. A

tale scopo le due rette parallele potranno terminare da un lato a punta, dall'altro ad arco, ecc.

La linea di palpazione può in alcuni tratti risultare indecisa. Ciò corrisponde alla dizione comune: «pare di sentire un tumore di tale e tal forma»: se questa incertezza si riferisce a tutta la periferia del tumore, allora basta che in un punto qualunque della linea palpatoria figuri il segno d'incertezza; ma se si riferisce ad un sol tratto, adopereremo ad ambedue gli estremi di esso il medesimo segno. Nelle figure più accurate il tratto palpatorio incerto sarà più sottile che nel resto, nelle figure più corsive questo tratto porterà una piccola croce.

Alla palpazione dell'addome può aggiungersi un carattere importante consistente nella mobilità o meno che presenta un tumore agli abbassamenti inspiratori del diaframma. Basta a ciò la sigla *m. rs.*, quale si vede nella splenomegalia nella fig. 5.

Spetta anche alla palpazione dell'addome il così detto rimbalzo. fenomeno del rimbalzo dell'onda liquida, che notasi negli sbandimenti di liquidi liberi del ventre, e in modo tipico nell'ascite. Un piccolo arco di cerchio a concavità interna, dal cui mezzo, concavo parte una orizzontale verso la parte mediana della figura, orizzontale terminata con una punta di freccia, indica appunto l'onda prodotta dal piccolo colpo diretto sull'addome (orizzontale frecciata) e la palma della mano che riceve quell'urto (arco di cerchio). La figura, simmetrica, si ripete tanto a destra quanto a sinistra del diagramma.

La percussione del ventre, come è noto, dà per lo più suono timpanico, e di questo conosciamo il semiogramma (tav. II. fig. 3). Frequenti applicazioni hanno anche i suoni timpanici composti (ottuso-timpanico ecc.). La fig. 1. tav. III. ci presenta nei quattro quadranti quattro specie diverse di suono timpanico indicate da un intreccio di cerchi: essi rappresentano varie altezze di questo suono. Nel quadrante superiore di sinistra il suono timpanico è di altezza diversa da quello ordinario: ad esprimere diverse altezze di tonalità nel suono timpanico, senza dire quale più alto quale più basso, ci serviremo di queste catene a disposizioni oriz-

Percussione.

zontali. Al contrario un intreccio di cerchi formanti colonne via via più alte, indicherà tonalità sempre più alte di suono timpanico. Così nel quadrante inferiore di destra fig. 1 tav. III. il suono timpanico è più alto che non nel quadrante superiore di destra e più alto ancora è nell'inferiore di sinistra. Una applicazione delle varie tonalità del suono timpanico con altrettanti semiogrammi trovansi nella fig. 6 tav. III, dove nell'epigastrio, dopo l'insufflazione con acido carbonico, notasi un suono timpanico distinto dal suono timpanico ricavato dagli altri punti dell'addome. Infatti al disotto dello stomaco il suono timpanico, per una zona trasversale (colon trasverso) è più alto: mentre il pacco del tenue dà una tonalità di suono timpanico diversa dalle altre, ma non determinata per l'altezza.

Le fig. 3, 4, 5, tav. III. danno tutte una zona superiore a suono timpanico, ed una inferiore a suono ottuso, quest'ultimo dovuto in parte a tumori solidi e palpabili, in parte a liquidi effusi. Notasi però tra le figure 3 e 4 la diversa orientazione delle due zone, che s'interpreterà facilmente, quando avremo notato che sono due diagrammi dello stesso addome, dei quali il primo fu preso nel decubito dorsale del malato, l'altro nel laterale sinistro. Le due indicazioni *dec. dors.*, e *dec. l. sin.*, vanno poste sotto le rispettive figure, e sono la prova della fissità del tumore duro e dolorabile, in contrapposto alla mobilità del liquido. Nella figura 5 in cui sono dati tutti i sintomi di una cirrosi atrofica del fegato, ci potremo servire, oltrechè del semiogramma del suono ottuso sulla zona occupata dal liquido, anche di un cerchietto semplice di suono timpanico; posto all'uno dei lati della zona ottusa, cerchietto nel cui interno sarà la sigla *m*. Questo indicherà che nella zona ottusa si può bensì ricavare suono timpanico, dando all'infermo l'opportuna posizione. La sigla posta all'interno del cerchietto, indica questa *mobilità* del suono timpanico.

VII.

Vasi (Tavola III., fig. 9 a 15).

Arterie e
vene.

Una linea che ricordi l'andamento di un vaso, se così raffigurata senz'altro, è un'arteria: se porta intercalati dei

punti (quasi rigonfiamenti) indica vena. In generale occorrerà una sigla dichiarativa che trattisi di arteria, molto più quando vogliasi dire di « qual tronco arterioso » (o venoso) si tratta. Ugualmente facendo uso di linee indicanti cordoni nervosi o durezza di ossa fisiologiche, la sigla non mancherà mai.

Sigle di questo genere si compongono della indicazione generica di arteria, vena, nervo, osso (*a. v. n. o.*: trattandosi di un fascio nerveo-vascolare, da rappresentarsi in complesso useremo la sigla composta *n. v. a.*): l'altra sigla indicherà la specie del vaso, del nervo, dell'osso.

Ciò posto, è facile applicare la Clinografia ordinaria alla semiotica dei vasi, e di questo daremo tra poco più esempi.

Importa solo il ricordare come il segno già noto di pulsazione ricordato nella semiotica del cuore, accentuato come nella figura 10, indica polso *scoccante*, e come la pulsazione delle vene possa essere segnalata sopra di questo, come nella figura 15. Qui l'espansione venosa è indicata in due tratti (ana-dirotismo), ad indicare la doppia ondata diastolica sulla vena rispondente alla contrazione dell'orecchietta e del ventricolo destro.

La figura 9 ci riconduce al torace posteriore destro, dove alla ispezione rilevasi una zona rotondeggiante, i cui rapporti con le linee topografiche sono precisate da cifre in cm. e dalla indicazione dall'altezza delle rispettive vertebre toraciche (dalla 5^a alla 8^a). Questa zona è sporgente e rilevata in tutti i sensi, mostra una vivace pulsazione ed un fremito palpabile. Di più in essa il suono polmonare è sostituito da un suono ridotto. Finalmente l'ascoltazione di questa zona ci rivela un soffio sistolico. Trattasi dunque di un aneurisma.

Figura 10: veggonsi dal giugulo sorgere le due carotidi, dotate di pulsazione *scoccante*.

Figura 11: nell'epigastrio, dalla apofisi ensiforme all'ombelico, notasi alla palpazione una resistenza cilindrica, ed alla ispezione una forte pulsazione della stessa (aorta addominale pulsante).

Figura 12: all'insopra dell'incisura giugulare una pulsazione visibile e palpabile, all'insotto, sul manubrio dello sterno, un fremito palpatorio.

Figura 13: ingrossamento delle giugulari (stasi).

Figura 14: la vena femorale di sinistra è fortemente ingrossata, e dolente alla palpazione.

Figura 15: giugulari con stasi e pulsazioni ana-dicrotiche.

VIII.

Sistema nervoso (Tav. IV. intera e Tav. V. fig. 1 a 24).

§ 1. Topogrammi.

Topogrammi. Pel sistema nervoso, e più specialmente per le varie sensibilità, fin qui si sono adoperate dagli scrittori di cose mediche delle figure che rappresentano niente altro che il corpo umano nei suoi contorni, figure sempre assai complesse e non sempre necessarie. Ed in vero spesso si può raffigurare un dito, ad es., un segmento di un arto, un arto intero, anzi anche le parti del tronco, con una semplice linea che ne rappresenta l'asse. Perciò noi ammettiamo dei topogrammi « assili » che realmente nella maggior parte dei casi sono sufficienti allo scopo, e che sono assai semplici ad eseguirsi: e topogrammi a « contorni » nei quali si ritraggono i contorni della parte. In molti casi poi servono dei topogrammi che partecipano dell'una e dell'altra specie o topogrammi « misti ». Nella tav. IV esempi della prima specie sono la fig. 1. (lato palmare del corpo), fig. 2 (lato dorsale del medesimo), le fig. 5 e 6 (arto superiore ed inferiore veduti di lato: dove la doppia linea che indica rispettivamente la spina della scapola e la colonna lombare ci orientano sulla parte posteriore dell'arto, le linee semplici rispondenti alla clavicola e al contorno anteriore dell'addome corrispondono alla parte anteriore), le fig. 7 ed 8 (lato plantare e dorsale del piede), le fig. 22 e 24 (rappresentazione intera del corpo o « fantoccio » veduto dinanzi e di dietro; si confronti il cap. I.), la fig. 23 (fantoccio, anteriore con faccia a scala maggiore), le fig. 29 a, b, c, d (rappresentanti rispettivamente l'arto superiore dal lato anteriore, come ben si vede dal giugulo e dal segno rispondente alla fig. 1; il medesimo visto di lato, dove ricordando le fig. 1 e 2, si determina quale è il lato dorsale e quale è il lato palmare; l'ultima figura, la 29 d, rappresenta l'arto superiore visto posteriormente, come indica il segno del corpo e la co-

assili.

a contorni.

lonna vertebrale). Esempi della seconda specie, ossia topogrammi a contorni, sono la fig. 3 (lato dorsale delle quattro dita della mano: notisi il doppio contorno indicante il margine ungueale), la fig. 4 (pollice, col contorno della potenza tenar, ad indicare che è veduto dal lato palmare), le fig. 27 e 28, (mani il cui lato è caratterizzato secondo i dati delle fig. 4 e 3: si noti anche che il pollice nella fig. 28 per mezzo del prolungamento in basso del margine radiale del secondo dito rimane caratterizzato nella sua faccia dorsale). Finalmente topogrammi a contorno misto sono la fig. 25, (fantoccio anteriore), e la 26 (fantoccio posteriore): nei quali due esempi abbiamo richiamato molte linee topografiche ed altri segni topogrammatici spiegati nella semiotica generale: le fig. 37 e 38 (la prima porta la pianta del piede, la seconda il dorso), e poichè la posizione di queste due facce del piede è forzata, come lo indicano gl'ingrossamenti delle linee del topogramma nel loro incontro ad angolo, perciò le due figure rappresentano rispettivamente un piede valgo e varo.

Che sia un topogramma a contorni od assile, che sia rappresentato dinanzi o di dietro o di lato, si conviene che l'estensione della superficie raffigurata, e per conseguenza l'estensione dei semiogrammi inscrivibili, sia non più e non meno della metà della periferia intera. Così nella fig. 25 intendiamo raffigurata tutta la superficie del corpo posta all'innanzi di un piano frontale che divide il corpo stesso in due metà. Questo piano quindi passerebbe per le linee ascellari medie, per una linea che dividesse esattamente la superficie laterale della coscia in due parti uguali, ecc. Perciò la fig. 26 rappresenta colla 25 tutta la superficie del corpo, come la 27 e 28 si completano anche esse. Solo il perineo dovrebbe rappresentarsi separatamente, qualora se ne dovesse fare una menzione speciale. Tutte le volte che intendiamo dare ad un semiogramma un valore più limitato, si useranno come limitanti le topografiche, le linee limitanti artificiali ecc. Così se si volesse indicare una lesione di sensibilità che prendesse soltanto la superficie anteriore della coscia, e risparmiasse del tutto quella laterale, bisognerebbe nella fig. 9 limitare ai lati l'estensione del segno rappresentato da un graticciato, il quale

Estensione
dei topogram.

posto così come è posto, estende il suo valore anche nella metà anteriore della superficie laterale della coscia, sia all'interno, sia all'esterno.

Si deve ben notare che non sempre le superficie dei topogrammi assili corrispondono a quelle dei topogrammi a contorno. Se ad esempio una anestesia prende tutto il dorso della mano fino alla radice delle dita, sarei in errore limitando l'estensione di questa anestesia alle articolazioni metacarpo-falangee, e per essere nel vero dovrei sugli assi metacarpo-falangei delle singole dita della mano, divaricati come se le dita fossero tra loro allontanate, tracciare con piccole curve poste più in alto della linea articolare suddetta, lo scambievole passaggio dei due margini delle dita che rispettivamente si guardano.

Caratteristica dei vari lati di una parte del corpo.

Il lettore ha già un'idea della rappresentazione delle parti del corpo, sia per assi sia per contorni ed in ogni caso semplicemente schematico. Abbiamo anche accennato, e non v'insisteremo, come un membro od un segmento di esso abbia spesso bisogno di un segno caratteristico che dica quale lato della parte noi intendiamo rappresentare. Ripeteremo dunque sommariamente che nel tronco il giugulo, l'ombelico, le arcate inguinali ecc., caratterizzano il lato anteriore (tav. IV, fig. 25); la colonna vertebrale, le creste iliache ecc., caratterizzano la posteriore (tav. IV, fig. 26); che per gli arti ci serviamo del contorno della clavicola e della spina della scapola (tav. IV fig. 5 e 29 b. c.), della colonna vertebrale e del profilo anteriore dell'addome (tav. IV, fig. 6, 37 e 38); del carpo e del tarso nel loro lato palmare (tav. IV fig. 1); plantare (tav. IV fig. 7.), dorsale (tav. IV, fig. 2 e 8). Per le mani e poi piedi nei topogrammi a contorni, facciamo uso di figure del tutto diverse nel caso dei piedi (tav. IV, fig. 3), o di figure con alcune linee diverse nel caso delle mani (tav. IV, fig. 3, 4, 27, 28), per le quali adunque valgono la plica della potenza tenar, o quella alla base del lato radiale dell'indice in proseguimento di tal lato, la linea delle unghie ecc.

Come il corpo umano in genere si presenti topograficamente è già detto nella parte generale (cap. I). Basta insomma una figura come la 22 ed una come la 24 (tav. IV) per rap-

presentare rispettivamente il lato anteriore e posteriore della persona. La fig. 23, topogramma « a scala mista » nella quale le parti del viso sono rappresentate assai ingrandite, ci porge l'occasione d'indicare quale è la rappresentazione topografica delle varie parti della faccia umana (per i fatti patologici che queste parti affettano, rimandiamo al susseguente paragrafo). In questa figura le rughe della fronte sono rappresentate dalle orizzontali in alto: sono divise in due parti perchè la diminuzione della loro evidenza, rappresentata dal segno modificatore posto a destra, non si estenda al di là della metà destra della fronte. Poco sotto sono le due rime palpebrali: la figura ellittica è fatta di due archi di cerchio, del quale il superiore rappresenta il margine ciliare della palpebra superiore, e l'inferiore il margine della inferiore. Nella figura in ambedue i lati è segnalato un fatto morboso (ptosi, lagofalmo), sempre partendo dal concetto che ognuno dei due archi rappresenti non una palpebra, ma il margine palpebrale. Il disco nero rappresenta la pupilla, e con opportune modificazioni rappresenterà l'ampiezza, l'irregolarità di contorno ecc. Le reazioni pupillari (alla luce e alla accomodazione) sono rappresentate da due cerchi intrecciati: il cerchio a sinistra di chi scrive indica (se intero e semplice) la normale reazione alla luce, l'altro quello alla accomodazione. Quando una sola delle reazioni si studiasse, si dovrebbe mettere un sol cerchio colla sigla *l*, o *a*. La piccola *a*, avvolta ad un cerchio è il forame auditivo esterno, e non è che un punto topografico; il naso è rappresentato da tre semplici archetti di cerchio, e ai suoi due lati esistono i due tratti naso-labiali, sotto del naso una lineola orizzontale rappresenta la bocca, e sotto di questa due linee ad angolo rappresentano la lingua.

Gli arti, tanto il superiore quanto l'inferiore, sono rappresentati da una semplice linea retta, la quale nei casi più semplici può anche essere indivisa (tav. IV, fig. 5), vale a dire senza le lineole trasversali articolari, che si notano nei cinque fantocci della tavola e in quasi tutte le altre figure. Ed è un principio generale nella Clinografia, che non debbasi segnare alcun particolare, se non è utile a qualche cosa. Appunto per questo l'avambraccio è rappresentato da una sola

Parti del viso.

Arti.

linea retta che ne indica l'asse, come la mano ed il piede nei fantocci della tavola ed in molte altre figure sono rappresentati dal loro asse, ma nulla vieta che si possa, quando occorre, sostituire all'asse dell'avambraccio una linea rappresentante il radio ed una rappresentante l'ulna. Ed in ossequio appunto a questo principio di adoperare occorrendo la massima specializzazione nelle parti, la mano ed il piede possono essere raffigurato in tutte le loro parti. Conosciamo il carpo tanto nel lato volare fig. 1, quanto nel lato dorsale fig. 2. Quattro linee rette parallele e ravvicinate tra loro, ed un'altra retta da quelle separata, rappresenterebbero gli assi delle dita (la retta separata è il pollice), ossia metacarpo e falangi. Le tre articolazioni poi che separano queste quattro ossa, metacarpo e falangi, possono essere distinte mediante linee trasversali: solo avvertendo che la lineetta sia doppia nella articolazione metacarpo falangea, e ciò allo scopo di dare all'occhio un punto di ritrovo in una serie di quattro articoli (sebbene per pollice, come si sa, gli articoli sono tre e le articolazioni due). La fig. 26 porta la mano sinistra particolareggiata, le fig. 29 a e 29, d, le 39 e 40, portano anch'esse tutti i particolari della mano. Per il piede valgono le stesse regole, e solo è da ricordare come il dito grosso non è distinto dagli altri, ma allineato con essi e ad essi parallelo (vedi fig. 7 e 8).

Ciò che abbiamo detto del topogramma particolareggiato della mano e del piede, non si riferisce veramente al solo topogramma assile, per quelli misti ed a contorni (fig. 25, 26, 27, 28, 37, 38), valgono le stesse regole, quanto alla distinzione delle articolazioni con lineola trasversale semplice o doppia. Ricordiamo solo che la linea articolare metacarpo-falangea da segnalare per esempio nelle fig. 27 e 28, dovrebbe trovar luogo sopra una orizzontale più vicina alla base della mano che non siano le basi delle quattro dita (punto sul quale poco fa abbiamo insistito).

Limitazione
del valore dei
semiogrammi.

Abbiamo accennato alla possibilità di limitare il valore dei semiogrammi del sistema nervoso mediante quelle stesse linee topografiche che conosciamo, o mediante le linee topografiche degli arti, ad esempio la mediana (sigla *m.*) e specialmente colle

distanze tra due punti topografici segnate con linee punteggiate, e divise in parti aliquote. Queste parti aliquote possono anche adoperarsi per le topografiche: ed insomma per la Clinografia del sistema nervoso noi ci riferiamo in tutto alla Clinografia dei rimanenti capitoli. Ma nel sistema nervoso una limitazione abbastanza speciale è quella delle linee articolari. Abbiamo visto che la distinzione tra un articolazione e l'altra, quando occorre di farla, si esprime con linee trasversali: ma per « limitare » l'estensione di un valore di un segno, oltre la lineola metteremo un punto pieno. Così nella fig. 9 tav. IV, abbiamo l'arto inferiore portante questo punto ad ognuna delle tre grandi articolazioni: ragione per la quale l'estensione del semiogramma posto sulla parete anteriore della coscia, nella stessa figura, non eccede l'ambito tra la radice della medesima e l'articolazione del ginocchio.

Il punto articolare vuoto (come ad esempio nella fig. 10 ed in altre) ha un significato bensì articolare, ma patologico di cui diremo. Esso è sempre compreso tra due tratti « ingrossati » dei due articoli corrispondenti.

La fig. 23, come dicemmo, presenta l'esempio di un fantoccio a scala mista. Notisi in essa come nel fantoccio la linea rappresentante la testa sia punteggiata, il che, come si comprende, indica che questa parte è espressa in una scala maggiore. In generale può un articolo o un intero membro, od una parte del tronco ecc., essere sostituita da una linea punteggiata (linea d'abbandono) quando quella parte è rappresentata nello stesso diagramma in una scala diversa. Può però nello stesso modo rimanere rappresentata colla linea normale e continua, quando su di essa si vuol segnare qualche fatto patologico: ed allora serve di complemento alla rappresentazione staccata di quella stessa parte.

Su questo stesso principio si basa il sistema di rappresentare la stessa parte nel medesimo diagramma più volte, in posizione diversa, come quando un fantoccio anteriore porta sulla sua destra gli arti di destra veluti di lato ecc. Questo caso, ad esempio, risolve molto semplicemente la questione di raffigurare una posizione anormale di un articolo del membro toracico, quando sul fantoccio anteriore questa posa richiedesse una rappresentazione complicata, ecc.

Topogrammi
a scala mista:
topogrammi
combinati.

Maneggio del
fantoccio.

Il lettore conosce già (fig. 22 e 24) quale sia la disposizione ordinaria che diamo alle membra nei topogrammi del sistema nervoso. Bisogna però ben ricordare questa massima, che cioè può il disegnatore dare ai vari articoli e alle varie parti del corpo le più svariate posizioni: e che le figure adottate d'ordinario, lo sono solo in quanto esse sono le più semplici ad eseguire. Così se è vero che nel fantoccio il piede è ordinariamente in posizione equina, gli arti superiori leggermente abdotti dal tronco, ecc., ciò non vuol dire che il malato conservi realmente quelle posizioni. Noi però dobbiamo segnalare una serie di regole semplici e naturali, fondate sulle regole più elementari della prospettiva, mercè le quali possiamo disporre in tal modo le varie parti di un fantoccio, che esso ci rappresenti tutte le possibili posizioni del corpo umano. Ognun vede quanto sia ciò opportuno per la patologia del sistema nervoso, potendosi con semplicissimi tratti ritrarre il portamento di un malato, senza altro aiuto che quello di poche linee semplicissime. Così un insegnante potrà mostrare ai suoi allievi quale è l'atteggiamento di un parkinsoniano, le varie posizioni che prende un bambino affetto da atrofia muscolare ereditaria quando si solleva dalla posizione carpone, le convulsioni isteriche ad arco di cerchio ecc. Anzi nella stessa patologia generale può essere utile il dimostrare, ad esempio, il decubito che tiene un infermo nel suo letto: nel qual caso la posizione dell'infermo « nel letto » è indicata da quattro linee rette che incorniciano la figura, o più semplicemente dai quattro angoli di queste, ecc. Quando si crederà necessario, la figura porterà la sigla « fig. ind. », figura indicativa a distinguerla da un fantoccio qualunque fatto senza l'intenzione d'indicare appositamente la posizione relativa delle parti.

Le norme principali per disporre « indicativamente » le parti di un fantoccio sono le seguenti.

testa.

TESTA. Mettendo al posto dell'asse della testa una linea punteggiata (linea d'abbandono), e rappresentando con una linea continua e ad angolo l'asse medesimo (tav. V, fig. 1.), indicheremo che la testa è allontanata verso destra o verso sinistra dalla colonna vertebrale (« adduzione, abduzione »).

La medesima rappresentazione senza l'asse punteggiato (tav. V, fig. 2), ha il significato di « flessione, » e più precisamente la testa è flessa verso sinistra o verso destra (adunque con un leggero movimento di rotazione verso sinistra o verso destra: insomma guardando la punta del piede sinistro o del destro), a seconda che l'asse della testa rappresentato è quello a sinistra o a destra della figura.

Se vogliamo indicare che l'asse della testa si avvicina a quello della colonna cervicale, « dietro » il piano della figura, vale a dire nel caso di una estensione della testa, con l'occipite guardante a sinistra o a destra, ci serviremo della fig. 3, tav. V.

La « flessione e l'estensione » della testa « perfettamente in avanti ed in dietro » (adunque in un piano sagittale) saranno rappresentati rispettivamente dall'asse della testa figurato in posizione normale, ma rispettivamente intero o punteggiato (tav. V, fig. 4 e 5), a secondo che la nuova posizione ci mette la testa dinanzi o dietro del piano della figura. Però un sottile triangolo isoscele col vertice volto verso l'articolazione, e la stretta base messa a varie altezze sulla linea in quistione, ci indicherà trattarsi di flessione o di estensione, e non della posizione normale. Volendo indicare poi il grado di questa, si tenga presente che l'angolo di 180° idealmente rappresentato dalla intera flessione ad estensione, corrisponde a tutta la lunghezza della linea su cui questo triangolo è posto, in maniera che se la base del triangolo isoscele corrisponde a mezzo la lunghezza, l'estensione o la flessione sono di un angolo retto, e quanto più va in alto la base del triangolo, tanto minore è la flessione e l'estensione. (1)

Finalmente (ma si noti che questa indicazione potrà essere spesso superflua) dobbiamo considerare « la rotazione » della testa intorno al proprio asse verticale. Ora rappresentando con una piccola orizzontale intersecata da tre brevi verticali un punto anteriore del viso (rima boccale e linee tra gli in-

(1) L'adozione del triangolo nonchè l'altezza variabile della base di questo, non sono affatto regole arbitrarie, come si vedrà pensando un momento alle più elementari regole prospettiche.

cisivi), e la protuberanza occipitale esterna con un cerchietto e tre linee (tav. V, fig. 6), e riunendo queste due figure per mezzo di una linea verticale, abbiamo l'indicazione della posizione del viso che guarda perfettamente in avanti, mentre disponendo i due punti di ritrovo suddetti perpendicolarmente alla linea suddetta (come nella figura stessa) il viso è volto perfettamente a destra di chi legge (« figura rotativa »).

Queste poche regole valgono per tutte le possibili posizioni da darsi a qualunque parte del fantoccio. Esse si generalizzano così:

1. L'allontanamento di un articolo della linea mediana richiede la linea d'abbandono punteggiata, rappresentante appunto la linea mediana stessa. (Linee d'abbandono « orizzontali » come nel caso della fig. 36 tav. IV, e fig. 16 tav. V, non hanno, naturalmente, un significato così speciale).

2. Senza linea d'abbandono si tratta di estensione o di flessione: le due parti che in quel movimento si avvicinano debbono formare angolo. L'angolo volto a sinistra indica che i due articoli flessi ed estesi sono in un piano a sinistra del sagittale, e così per la destra. (1)

3. Quando una parte colla nuova posizione va dietro il piano della figura, essa è punteggiata (un arto che senza andare dietro il piano della figura sia posto dietro questa, ad es. quando la mano è portata sulla natica, si farà a tratti).

Accenniamo brevemente all'applicazione di queste regole per le altre varie parti del corpo.

colonna vertebrale.

COLONNA VERTEBRALE. Tav. V, fig. 7: scoli destra o sinistra — fig. 8 lordoscoli destra — fig. 9 cifoscoli sinistra — fig. 10 (rotativa) giugulo ed estremità superiore della colonna dorsale: la figura « indica » che il soggetto ha il torace volto leggermente a destra. Fig. 11 umbilico (sigla *u.* con lineola: e estremo inferiore della colonna lombare con lineola) —

(1) Le posizioni miste, di adduzione o abduzione e di flessione ed estensione, si esprimano scegliendo la figura della posizione prevalente. Una sigla basterà a completare l'indicazione (*f.*, *ext.*, *abd.*, *add.*: e anche *l. f.*, leggera flessione, ecc.). — Così pure nel caso vogliasi indicare flessione, estensione ecc. *in genere*, senza specificarne il piano, si rappresenti la flessione od estensione in uno dei due piani obliqui, e si metta un segno aritmetico d'infinito presso all'articolazione (conservativamente, due puntini che si seguono in linea orizzontale).

L'ombelico è volto a destra dell'osservatore (posizione teorica!) — L'ingrossamento delle due rette al loro incrociamiento indica che la « posizione è invincibile » (v. poi).

ARTI. Fig. 12 adduzione e abduzione dell'arto superiore Art. destro — Fig. 13 flessione dell'articolazione del gomito in un piano volto indentro o all'infuori del piano sagittale dell'arto — Fig. 14 lo stesso per la flessione del piede destro — Fig. 15, la coscia è flessa sul bacino in un piano sagittale, e nello stesso piano sono flessi le gambe sulla coscia e il piede sulla gamba — (La fig. 16 indica la linea d'abbandono della spalla in un caso di paralisi del deltoide: non ha che vedere, naturalmente, colla linea d'abbandono della fig. 1 ecc.) — Fig. 17 dappresso all'arto superiore sinistro si « indica » (figura rotativa) che l'olecrano è volto all'esterno, e il processo coronoideo dell'ulna all'interno. Questa indicazione basta a precisare la posizione del braccio e della mano nella figura — Fig. 18, dappresso all'arto superiore destro è indicata la posizione della mano in supinazione (notinsi le due figure ricordanti le fig. 1 e 2 della tav. IV) e in pronazione (vedremo come precisamente la figura dica: « Impossibilità » alla mano supina di divenire prona) — Fig. 19, dappresso all'arto inferiore destro è indicata l'orientazione della rotula e dei condili del femore (rappresentanti la fossa poplitea) — Fig. 20 punta del piede e calcagno.

Qui cade in acconcio il notare che la flessione « completa » di due articoli si indica con due parallele rappresentanti gli articoli, e una piccola trasversale (originariamente linea articolare) che unisce, nell'estremo articolare, i due articoli, sorpassando di poco gli estremi stessi. (1)

(1) Due parole serviranno di guida al lettore pei fantocci *non anteriori*.

1. Al fantoccio posteriore (fig. 24 tav. IV.) si applicano tutte le regole esposte per l'anteriore. Però, naturalmente, le linee punteggiate (posteriori al piano della figura) qui divengono intere, e viceversa.

2. Il fantoccio laterale, per renderlo più completo, abbia la rappresentazione della *linea delle spalle* mediante una obliqua all'asse del tronco: più alta nell'estremità rispondente alla spalla nascosta al lettore, più bassa nella visibile. Questa linea delle spalle sia *atratti*: le linee degli arti superiori e inferiori, siano continue e non punteggiate. Il giugulo può esser pieno, come nella fig. 21 tav. V., ma evidentemente ciò non è necessario. In questo fantoccio le *adduzioni e abduzioni* non

§ 2. Semiogrammi.

Semiogrammi: tabella degli esami.

Premettiamo che ad ogni esame del sistema nervoso si dovrà, da un lato del diagramma, fare la così detta « Tabella », nella quale esporremo successivamente tutte le specie di esami fatti. E poichè, come vedremo, non abbiamo creduto di legare il lettore per le lesioni delle varie sensibilità all'una o all'altra delle fig. 16, 17, 18 (Tav. IV) e ad altre molte da idearsi ad arbitrio, in questa tabella si dirà anche quale figura è stata scelta per rappresentare la « sensibilità tattile », la « dolorifica », la « termica », ecc., ecc. Questa tabella ha la sua ragione di essere nella enorme differenza che si può dare alla estensione dell'esame del sistema nervoso: e basterebbe soltanto il numero stragrande delle varie sensibilità a provarlo. Resta così bene definito il campo delle ricerche fatte, e il lettore sa di sicuro se il non aver notato un sintomo morboso vuol dire che fu constatata la sua assenza, ovvero che quel sintomo non fu ricercato. L'avvenuto esame della « motilità » nella tabella si rappresenterà col semiogramma 14 a. (tav. IV), che non indica se non che « contrazione muscolare ».

Movimenti passivi.

A). *Esame dei movimenti.* I movimenti passivi (nella Tabella *mot. pass.*) si designeranno con sigle da porsi o da

possono aver luogo. Le flessioni ed estensioni che questo fantoccio porta non sono (se un'indicazione non ne avverte del contrario, ad esempio una figura rotativa) che in un piano sagittale, ossia corrispondono a quelle indicate col triangolo isoscele nel fantoccio anteriore.

3. Le posizioni del fantoccio di mezzo tra quella anteriore o posteriore e quella di fianco hanno la linea della spalla obliqua come sopra, ma continua: esse hanno le adduzioni ed abduzioni, le flessioni ed estensioni colle norme del fantoccio di faccia o di quello di dietro (secondochè ci volgono il petto o il dorso).

4. Le figure rotative in qualunque caso conservano sempre la stessa significazione, e si riferiscono alla persona che legge. Quindi costantemente in una linea verticale l'estremità anteriore porta ciò che guarda *direttamente* l'osservatore (vis-à-vis), e la posteriore il punto diametralmente opposto, e in una linea orizzontale l'estremità destra indica il lato destro del lettore, ecc.

5. L'arto superiore, se non porta indicazioni speciali (quali la figura dorsale o volare del carpo, o una figura rotativa), s'intende sempre nella sua naturale posizione, come pende dal tronco: ossia la mano è veduta di fianco, col pollice in avanti e il mignolo di dietro. Quindi l'articolazione del polso, senza speciali indizi, si muove, come nei fantocci laterali, solo in flessione ed estensione.

richiamarsi sull'articolazione in questione (si può usare il segno di « riporto »). Se vi è resistenza, si metterà *rig.* (« rigidus »), se non vi è, *lax.* (« laxis »). Se trattasi di singoli movimenti, adopereremo quei segni che s'indicheranno tra poco per esprimere la normalità (tav. IV, fig. 14 a.) la paralisi (14 b.), la contrattura (14 c.), i quali semiogrammi, con appostavi la sigla *pass.* ci rendono rispettivamente l'espressione di un movimento passivo normale, senza resistenza o con resistenza. Su l'uso di questi segni parleremo tra poco: allora faremo anche conoscere il significato della fig. 15 tav. IV., che, siglata, è anche qui applicabile.

I movimenti attivi, le paralisi, le paresi, le contratture ecc., si esprimono in vari modi, a seconda dei casi. Vi sono infatti alcune paralisi che trasformano i lineamenti del viso: in questo caso i tratti normali saranno suppliti da una linea d'abbandono, e al loro posto si metterà il tratto cascante. Tale il caso della fig. 23 tav. IV., pel tratto naso-labiale di destra. Ivi stesso vedesi la poca evidenza delle rughe frontali a destra e l'abbassamento dell'angolo boccale di destra. La bocca poi si potrebbe anche rappresentare nella sua apertura ineguale (paralisi del VII inferiore), disegnando appunto con due rette orizzontali ma unite ad angolo e chiuse da un terzo lato minore una rima boccale più larga da una parte e meno dall'altra. Anche la lingua nella stessa fig. 23 è deviata a destra, coll'avvertenza che a meglio indicare il lato più lungo della figura questo è ritorto nel suo estremo superiore.

Movimenti
attivi: viso.

Mentre questa specie di paralisi, toccando l'estetica, è ^{pose.} bene espressa nel modo suddetto, per le altre paralisi ci serviamo di altri mezzi di rappresentazione. Noi dobbiamo bene mettere come fondamento nel rappresentare una paralisi di servirci quanto più si può nel fantoccio o nelle sue parti di figure capaci di colpire l'occhio, cioè di rappresentare il movimento in questione. In primo luogo molti malati in seguito ad una lesione di motilità (sia per contrazione di gruppi muscolari, per es. i gruppi flessori dell'avambraccio sul braccio, sia per paralisi di altri gruppi per es. degli estensori del piede o della nuca, sia finalmente per cause meccaniche endoarticolari o periarticolari) presentano nella disposizione delle

loro parti un atteggiamento vizioso: una forzata flessione nell'articolazione del cubito, un piede equino, una ptosi palpebrale, un lagofthalmo ecc. Noi chiamiamo questo primo gruppo di lesioni di motilità, « con deformazione » col nome di « pose », e prescriviamo che per esprimere questi difetti si ricorra a quel che abbiamo chiamato rappresentazione « indicativa », vale a dire che si dispongano le parti del fantoccio in modo da esprimere la posizione in questione secondo le regole date or ora, avvertendo però di esprimere « l'obbligatorietà » di quella posizione mediante l'ingrossamento dei due tratti fra loro vicini dei due assi delle parti che sono in viziata posizione. Questa regola generale richiede pei singoli casi degli esempi illustrativi, e tali sono la fig. 23, tav. IV, arto inferiore destro: le fig. 10, 11, 12 e 13 tav. IV, gomito: la fig. 25 tav. IV, piede equino a sinistra: le fig. 30 e 31 tav. IV, mani addotte e abdotte: le fig. 32 e 33 tav. IV, mani flesse ed estese: la fig. 34, tav. IV, la fig. 35, tav. IV, e le 36, 37, 38, stessa tavola (piede talo, valgo, varo). Noto è la rappresentazione dell'artiglio cubitale e radiale della mano, fig. 39, 40, tav. IV. Per la ptosi ed il lagofthalmo vedasi la fig. 23, tav. IV. Anche nella tav. V, il lettore troverà (fig. 4, 8, 9,) esempi di posa. Notevoli ancora sono le applicazioni di questa regola ai movimenti a rotazione, di cui le fig. trovansi nella tav. V. Così la fig. 11 apposta ad un fantoccio anteriore ci mostrerebbe la « forzata » posizione che ha il tronco, che è costretto a stare coll'ombelico rivolto completamente a sinistra (teorica!). Così ancora la fig. 20 indica che il piede sinistro ha la punta forzosamente rivolta all'indietro.

In molti di questi esempi il lettore troverà la specificazione della natura di questa deviazione o posa: se la parte è deviata perchè esiste contrazione muscolare, il segno di posa porta vicino il segno *più*: se è deviata per paralisi, il segno *meno*: se la causa della deviazione è meccanica, sia entro o fuori l'articolazione, la posa è compresa in un cerchietto corrispondente alla articolazione in questione. Finalmente nella fig. 13, tav. IV, si dice che non si può determinare la natura della posa.

semipose.

Vi sono dei casi nei quali l'infermo tiene una posa, vale

a dire una posizione obbligata, solo sotto certe condizioni. Un occhio deviato può esserlo in modo assoluto e permanente, ed allora il segno di posa si applica sopra il tratto della periferia della cornea e il tratto dell'apertura palpebrale, che nella viziata posizione si toccano (posa): ma più spesso l'occhio destro, ad esempio, si mostrerà deviato all'interno solo quando s'invita il malato a guardare verso destra: invito che si traduce sulla figura col mettere l'occhio sinistro rivolto verso destra, senza segni di posa (figura semplicemente indicativa). In tal caso però l'occhio destro è veramente deviato, ma l'evidenza di questa deviazione è subordinata alle manovre fatte eseguire dall'infermo. Noi chiamiamo questa « semi-posa » e la distinguiamo graficamente dalla posa vera semplicemente evitando che i due ingrossamenti si tocchino.

Tolti i casi di pose e semipose, che si prestano evidentemente per una figura rappresentativa, l'impossibilità di un movimento si può rappresentare bene in due modi. Il primo rientra ancora nelle figure rappresentative, alle quali, lo ripeto, bisogna sempre dare la preferenza. Quando dunque si ordina ad un malato di eseguire un movimento e questo non può eseguirsi, si rappresenti il movimento ordinato colle norme già date, e per indicare che questa posizione non fu potuta prendere, si mettano gli stessi segni che abbiano indicato per le semipose, avvertendo soltanto di segnare con un punto gli estremi dei due ingrossamenti che non guardano l'articolazione (*pose negative*). Questo segno si può applicare a tutte le articolazioni, comprese nella figura indicativa corrispondente, ovvero ad una o ad alcune secondo i fatti constatati. Questa maniera di rappresentazione può associarsi ad una figura indicativa, per indicare che solo in quella posizione avviene il mancato movimento.

Per darne un esempio suppongasi la paralisi del lungo supinatore del braccio: sappiamo che essa si rende visibile facendo funzionare questo muscolo da flessore, quando all'arto sia data una posizione voluta (pronazione della mano e antibraccio semiflesso). Rappresentando adunque questa richiesta posizione come semplice figura indicativa, esprimeremo

l'impossibilità della flessione coll'ingrossamento dell'asse del braccio e dell'avambraccio nel tratto vicino all'articolazione del cubito (evitando che i due ingrossamenti si tocchino, ossia lasciando non ingrossati gli ultimi trattolini di questi assi là dove si toccano) e con un punto per ciascun estremo periferico di tale ingrossamento. In questo caso la figura deve portare la nota sigla *fig. ind.* - Un'applicazione di questa maniera di rappresentare le paralisi ai movimenti rotativi vedesi nella tav. V, fig. 18, dove trovansi anche 2 coppie di trattolini che evitano la confusione coi noti segni modificatori.

semiogramma
frecciato.

La seconda maniera di rappresentare una paralisi è quella d'indicare con un punto la parte che si muove, con un altro punto quello alla quale quella si avvicina (e se si avvicina ad un punto dello spazio, questo sarà fatto vuoto - fig. 14 c. tav. IV), e riunire mediante una linea colla punta a freccia, indicante la direzione del movimento, questi due punti. La fig. 14a, tav. IV, indicherebbe che quel movimento è normale, la 14b, che è paretico, la 14c, in quanto la freccia è interrotta, che è paralitico, la 14d, indica ipertonìa nel senso di quel movimento, la 14e, contrattura. La fig. 15 serve per indicare che la lesione motrice affetta tutti i movimenti di una parte. Essa trovasi ad esempio nella fig. 25 della stessa tav. IV, ad indicare (coi limiti segnati dalla limitante artificiale ed escludenti la partecipazione del faciale superiore) una volgare emiplegia a destra.

Esempi di questa seconda maniera di rappresentazione sono nella tav. V, fig. 21, (sollevazione del tronco nell'atrofia muscolare ereditaria), e fig. 22, (paralisi del movimento sollevante la spalla): nella prima di queste due figure si osservi l'importanza della sigla *fig. ind.* ad indicare che la paralisi di quel movimento è subordinata a quella posizione della persona. (1)

(1) Si noti pure in essa che lo giugulo è *pieno*, intendiamo dire che il torace non è volto anteriormente (anzi lo è di lato); e la forma *corsica* per rappresentare la colonna vertebrale: forma che, come quella ordinaria, può accoppiarsi alla figura rappresentante lo giugulo (pieno o vuoto); questo accoppiamento è molto utile quando il lettore vuol rappresentare un fantoccio anteriore coll'indicazione delle curvature del tronco (vedi anche fig. 7, 8, 9, tav. V).

La disposizione della linea retta di questi semiogrammi si fa mediante il confronto delle più volte ricordate figure indicative, vale a dire pensando alla figura indicativa che si otterrebbe volendo esprimere il movimento in questione. E più precisamente:

1. Le flessioni ed estensioni porteranno la linea retta del semiogramma di movimento incurvata ad arco corrispondente all'angolo della figura indicativa (fig. 23 tav. V, piede). Quando vi entra una linea punteggiata (fig. 3, tav. V), anche il semiogramma sarà punteggiato (fig. 14 tav. IV). Nel caso della flessione ed estensione in un piano sagittale (ad esempio fig. 4 e 5 della tav. V) il semiogramma sarà rettilineo, e disposto vicino all'asse rappresentato nella figura indicativa (ad esempio nella fig. 23 tav. V, ginocchio): sarà intero o punteggiato a seconda che quest'asse sarà intero o punteggiato.

2. Le rotazioni si esprimono col semiogramma incurvato ad arco di cerchio e disposto trasversalmente all'asse attorno a cui la parte ruota. Inoltre può adottarsi e la figura rotativa, come ad esempio nella fig. 19, tav. V (ivi appunto è espresso il semiogramma, che però può anche mettersi attorno all'articolazione del ginocchio).

3. Per le adduzioni e abduzioni il semiogramma (che porterà il punto vuoto come nella fig. 14c, tav. IV, se la direzione del movimento è verso lo spazio) sarà rettilineo (ad es. fig. 23, tav. V, coscia), e nella direzione del movimento cui si accenna.

Come rappresentare l'impedita adduzione e abduzione delle dita della mano? Nella tav. V, fig. 24 questo fatto è espresso con una figura che abbraccia con quattro punti le quattro dita, e porta il punto vuoto ai due estremi, ambedue i quali hanno due volte la freccia ad indicare il duplice movimento impedito.

B). *Esame della sensibilità, dei sensi specifici, dei riflessi, dello stato trofico - Tremore - Pupille.* Come altrove abbiamo accennato, le sensibilità sono di tante specie, che crediamo inopportuno, ed anche irrazionale (come infatti adottare una base mnemonica?) fissare un semiogramma per ciascuno di esse. Del resto questa stessa quantità indefinita di sensibilità

Sensibilità,
ecc. ecc.

obbliga il medico ad esprimere al lettore quali furono quelle saggiate. Sarà quindi di regola mettere nella tabella degli esami, della quale è parola al principio di questo paragrafo, l'enumerazione in lettere (sigle) delle varie sensibilità, tattile, dolorosa, ecc., con al lato i segni che volta a volta si adottano per rappresentarle. Un saggio di questi segni lo abbiamo dato nella tav. IV, fig. 16, 17, 18, e resta inteso che il semiogramma posto senza altro indica che quella sensibilità è normale (rappresentazione invero inutile), mentre il segno di maggiore, minore e parentesi indica iperestesia, ipoestesia, anestesia (1).

Poi sensi specifici il più semplice è esporre il risultato in un prospettino annesso alla figura, mediante sigle. Gli stessi segni aritmetici poc'anzi ricordati possono indicarci se, ad esempio, l'olfatto a destra per le varie specie di odori è normale, maggiore, minore del normale, o abolito.

I riflessi dei tendini, come gli altri riflessi profondi che si saggiano in vicinanza degli estremi articolari, si esprimeranno molto semplicemente col cerchio della fig. 19.

La fig. 20, la adottiamo per il trofismo muscolare.

La 21 indica il tremore in genere. La direzione, volendo indicarla, si esprimerà con una linea che si sovrappone al semiogramma, e lo sorpassa, terminante ai due estremi a freccia. Il tremore ritmico o aritmico si distingue con sigle. Il numero delle vibrazioni del tremore trova la sua naturale espressione nel numero delle oscillazioni che si compiono ad ogni minuto. Facendo che le vibrazioni intermedie nel semiogramma sorpassino in lunghezza notevolmente quelle agli estremi, s'indicherà che le oscillazioni sono ineguali. I semplici scatti si indicano colla stessa figura del tremore ineguale, ma le oscillazioni più lunghe saranno staccate da quelle più brevi poste ai due lati di queste. Con sigle s'indicherà l'intenzionalità o meno del tremore, la persistenza o meno nel sonno ecc.

Per l'ampiezza delle pupille vedasi la fig. 23 tav. IV., dove la pupilla destra è miotica: e per esprimere che è mi-

(1) Le fig. 9, 27, 28, Tav. IV devono portare i segni in parentesi per rappresentare anestesia.

driatica, il disco nero rappresentante la pupilla si rappresenterà in un solo segmento, concentrico al quale e con raggio minore di esso si metterà il cerchietto punteggiato. Un'ineguaglianza nel contorno pupillare (sinechia) è rappresentata nell'occhio destro della fig. 23. tav. IV. Un dischetto nero con una breve orizzontale che lo sorpassa ai due lati, rappresentata in puntini, corrisponde all'espressione « pupilla di media grandezza ». Se ambedue le pupille sono indicate come miotiche, ma si vuol dire che l'una è più grande dell'altra, sul cerchio punteggiato si metta da un lato un piccolo segno di « maggiore, » dall'altro uno di « minore ». (1)

La reazione pupillare si esprime con un cerchietto per quella alla luce e con un altro cerchietto che s'interseca col primo per quella alla accomodazione. La sigla *l.* e la *a.* che distingue queste due reazioni è, naturalmente, inutile se ambedue le reazioni sono espresse. Il cerchio intero indica reazione normale, quello a tratti abolita, quella con cerchio a contorno vuoto ossia a doppio contorno indica reazione torpida.

Terminiamo il capitolo sul sistema nervoso ricordando in linea generale al lettore che dia sempre la preferenza nella rappresentazione delle figure ai fatti più salienti, e per quanto possibile metta i fatti secondari in luce minore, giacchè — occorre sempre ricordarlo — in tutta la Clinografia, e specialmente in questa parte — il carattere « rappresentativo » deve sempre emergere.

IX.

Temperature. (Tav. V. fig. A-F).

Se l'uso di tabelle termiche in molti casi di malattie febbrili è necessario, esso riesce superfluo per la maggior parte dei casi. Ognuno però comprende quanto sarebbe importante

Temperature.

(1) Poichè il maggiore e il minore, qui come ovunque, può in certi casi rimanere oscuro, non sapendosi qual è l'altro termine di paragone, quindi nel vertice dei due angoletti in questione si mettano, occorrendo, piccoli segni eguali. Così se un punticino è nel vertice del maggiore di un semigramma, ed io voglio che il lettore intenda essere quel dato di fatto rilevato oggi maggiore che nella visita di ieri, metterò il punticino identico anche nel vertice del segno minore di ieri.

potersi fare di ogni malattia febbrile un concetto esatto sì, ma sintetico. A questo scopo noi adottiamo delle rappresentazioni grafiche di una grande semplicità, che fanno parte della Clinografia.

cifre dei gradi.

Le cifre termiche saranno rappresentate dalle unità, sicchè i numeri 4, 5, 6.... 0, 1, 2, 3, indicheranno rispettivamente le temperature 34, 35, 36.... 40, 41, 42, 43. Una lineetta orizzontale in alto e a destra del numero, od in luogo di questo trattolino delle cifre arabiche più piccole separate dalla cifra dell'unità mediante un puntino, o finalmente in luogo di queste piccole cifre una serie di tre o quattro puntini, ci indicheranno i decimi di grado e rispettivamente, «nessun decigrado, tanti decigradi», o un «numero indefinito» di decigradi.

date.

La data corrispondente ad una temperatura va indicata in ore, giorno, mese, anno con questo preciso ordine, e coll'avvertenza che le ore si contano dal 1 a 24, i mesi si esprimono coi numeri romani, l'anno con le due ultime cifre precedute da un'apostrofe. La cifra delle ore porta l'indicazione di una piccola *h* in alto. Può essere sostituita dalla indicazione più generica *ma.* (mattina), *vp.* (*vespere*, pomeriggio), *no.* (notte). I vari elementi di questa data saranno separati da un'obliqua; la data è riunita alla cifra termica con una breve verticale punteggiata (fig. A. tav. V).

massime,
minime.

L'indicazione di un lasso di tempo, per esempio ieri ed oggi (*he. ho.*), compresa tra due angoletti, e sottoposta ad una o più cifre termiche, indica che quelle furono le temperature osservate in quel lasso di tempo. Se invece di queste cifre se ne ha una sola che sormonta un angolo aperto in basso, (massimo) o aperto in alto (minimo), si indica che la cifra di temperatura massima o minima raggiunta in quel lasso di tempo fu appunto quella notata (fig. B. tav. V.). In un periodo di tempo rappresentato come abbiamo detto, può esservi tanto il massimo quanto il minimo, o i vari massimi e i vari minimi che furono raggiunti in quel periodo. Ogni angolo massimale o minimale è staccato, le varie indicazioni di massima e di minima si succedono nell'ordine cronologico, e se questo ordine cronologico non si vuole indicare, le varie curve

massimali o minimali si metteranno l'una sotto l'altra. Sopra una rappresentazione indicante il massimo o il minimo raggiunto in un dato lasso di tempo, possono trovar luogo cifre termiche e date disposte come in fig. A.

Due curve termiche possono paragonarsi mettendole una sotto l'altra e riunendo con una verticale punteggiata i punti sincroni. Questa verticale, naturalmente, porta l'indicazione di tempo comune a tutte e due le curve (fig. C.). Una serie di queste curve, per esempio, può indicare bene i vari accessi della malaria.

Se una linea di massimo o di minimo porta una serie di oscillazioni come nella fig. D, ciò indica che prima di quel massimo o di quel minimo si ebbero forti oscillazioni (volendo precisare, mettere le cifre).

Una rapida ascensione febbrile od una rapida discesa, sono rappresentate come sulla fig. E.

Terminiamo sottoponendo alcune sigle relative alle temperature:

Febbre (*febris*); una sigla ricordante la *f.* e la *b.* (*fig. F.*) intermittente, *intm.*; *rem.* remittente: forte, fortissima, *f. ff.*, leggera *l.*, media *m.*, sudore *sud.*, freddo *fr.*, orripilazione *horr.*, ecc.

sigle delle
temperature.

Per designare un periodo di tempo:

he. he. - *ho* dall'altro ieri a oggi.

i. m. - *nuc.*, *i. m.* - *ho.* dal principio della malattia a ora.

obs. durante l'osservazione.

deg. nel periodo della degenza (in ospedale).

X.

Sigle. (Tav. V).

La storia clinica di un malato non è tutta nel diagramma che rappresenta lo stato attuale dei suoi organi, poichè oltre a questo importa di sapere tutto ciò che, sia riguardo alla malattia presente, sia ai precedenti del malato, può interessare il clinico. Dando al nostro sistema il nome di « Clinografia », abbiamo espresso il nostro scopo, che è quello appunto di poter rappresentare con mezzi semplici ed accessi-

Sigle.

bili a tutte le lingue non solo lo stato attuale degli organi del malato, ma anche gli altri dati clinici più importanti, che ne completano la storia.

Servendosi di parole latine e delle molte parole tecniche greco-latine (delle quali ultime non poche, certamente, tutt'altro che classiche), e avendo l'avvertenza di non far dei periodi ma delle semplici annotazioni, è molto facile raggiungere questo scopo: il quale a sua volta può essere agevolato enormemente da abbreviazioni o « sigle », delle quali diamo qui un saggio.

uso del punto.

Le parole delle quali non si mettono che le « lettere iniziali », terminino con un punto. Per es. *tuss.*, tosse, *ur.*, urina, *dol.* o *do.*, dolore, ecc.

dittonghi.

« Il dittongo *ae* » dei latini (*ai* dei greci) si metta con una *e* portante la « cediglia » francese. Così tutte le parole derivate dal greco « *haema* », sangue sono abbreviate con una *h* portante la cediglia.

gruppi
di parole
(espressioni).

Un gruppo di « parole abbreviate » sia reso indipendente mettendo le singole parole riunite tra di loro: possiamo regolarci come nella fig. (a), dove si leggerà fossa iliaca destra, dolore toracico respiratorio sinistro, principio di malattia (« *initium morbi* »), puntura esplorativa, non albuminoglicosuria. E nello stesso modo si esprimeranno le dizioni « *pro die*, uso esterno, per iniezione, per os. » ecc. Naturalmente tutti gli aggettivi si uniranno così ai loro nomi.

uso della
lineola in alto.

Se si « sopprimono » delle lettere nel mezzo di una parola, si metta in alto una lineola o una curva come in (b) dove si leggerà endo, eso, para, peri, epi, ipo, iper, a (alfa privativo); ana, super, sub, emi, cata, ecc.

parole compo-
ste con prepo-
sizione.

Le « parole composte » di una preposizione e di una parola susseguente, siano scritte con i due elementi a diversa altezza, e sotto alle lettere scritte più in alto si metta la doppia virgola. Così in (c) si leggerà endocardio, paraplegia, perineurio, disenteria, diarrea, ipertonia, ecc.

uso dei due
punti.

Le « parole composte » di due altre parole, non contemplate nel punto precedente, vale a dire in cui non entra una preposizione, sieno scritte separando con due punti i due

componenti. Così in (d) leggasi glicosuria, ematuria, gastro-succorrea, ecc.

« Le desinenze » di una parola saranno scritte in modi speciali, così in (e) leggasi, neurosis, psychosis, chlorosis, ecc. Per la terminazione *ite* delle malattie (*itide* dei latini) ci regoleremo come nella stessa (e) dove leggesi pleurite, polmonite, esocardite, pericardite. La terminazione *ismo* si faccia con una *s*, terminante in una piccola *m* in alto, come per la parola reumatismo, alcoolismo, alcoolista (sostituendo una *t* alla *m*), mercurialismo, saturnismo. La terminazione *oide* si rappresenterà con un delta greco portante una iota sotto-scritta, come sarebbe in « emorroide ». L'aggettivazione di un nome si faccia come nella stessa tavola, dove alla stessa lettera leggesi pneumonitico, cianotico, purulento, febbrile, ansioso, ematico ecc. Ed ivi stesso vedesi come un piccolo intreccio nell'ultima lettera ci dà il plurale, ad es. « dolori ».

Alcune desinenze si possono rappresentare in modo speciale, ad esempio la desinenza in *ia*, mediante una *a* intrecciata con una *i*: tali le desinenze « uria, tomia, tonia, algia, ragia », che vedonsi in (f).

A questo proposito notisi che la greca *rho* equivale a ragia, (emorragia, blenorragia ecc.), parole tutte nelle quali si ricorda il *rheo* scorrere, come pure nella terminazione rea: spermatorrea, blenorrea, diarrea: mentre la *rho* stessa con l'accento greco circonflesso ricordante il dittongo *eu* nella parola greca *rheuma* intrecciato sull'asta della *rho*, indica reuma e le sue derivazioni: come pure tonia, tonia, sono fatte da un intreccio della *m* o della *n* con la *t* - vedi in (g).

« I simboli chimici » sono anch'essi utilizzati per le sigle, e ne abbiamo dati esempi per i simboli del cloro, del mercurio, del piombo, del cianogeno.

« Le indicazioni di tempo » le abbiamo indicate a proposito delle temperature nel capitolo precedente. Solo aggiungeremo che per indicare che un fatto succede da un dato tempo e tuttora si verifica, si farà seguire alla indicazione del tempo la sigla *u. h.* (*usque huc*, fino ad ora). Per indicare che un fatto ha durato per un certo tempo, sopra l'indicazione del tempo si metterà una orizzontale, così in (h) è espresso che

desinenze.

simboli.

tempo.

per tre mesi si ebbe dolore al torace; e non che si ebbero dolori al torace tre mesi fa soltanto. L'espressione che il tal fatto avvenne solo fino a un dato tempo fa, p. es. che Tizio fu alcoolista fino a due anni fa, si metterà con l'indicazione del tempo preceduta da un trattolino trasverso (quasi vi fosse anche l'altro membro che il trattolino orizzontale separa dalla data). L'espressione « tanto tempo dopo di ciò » si esprime colla cifra del tempo seguita dalla sigla *péa* (*postea*: ugualmente *aéa* dice « avanti a ciò »):

Le misure del tempo sono intese in *anni*: se si designa l'età del soggetto sulle « notae subiecti », di cui poi, basta questa cifra: se fuori delle notae subiecti, si farà seguire alla cifra degli anni la sigla *e* con cediglia — *aetatis*. Ma negli altri casi si metterà in alto alla cifra, a destra di chi scrive, la sigla *an*. Se l'età si vuole esprimere diversamente che in anni, si metta in alto e a destra della cifra, *di*. (giorni), *hbt* (settimane), *me* (mesi). Colla indicazione *Imo*. si legge primo giorno di malattia: colla indicazione *Iubd. mo.*, prima settimana ecc.

Per dire *più* (più di uno: più di una volta, parecchie volte ecc.) basta il segno aritmetico $\times$. Per dire 3, 4, 5 volte, basterà sottoporre alla cifra il segno $\times$: crocette simili succedentisi orizzontalmente indicano « molte volte »: moltissime volte risponde a tre crocette, ecc. Rare volte ha la sigla *ra*. che serve anche per aggettivo (scarsi, ossia rari: ad es. rari rantoli ecc.). « Giannai » può rappresentarsi con la crocetta moltiplicativa chiusa in parentesi: Oppure colla *n*. (non) premessa alla cosa di cui si parla, da non confondersi colla *ne*. (negat), *nes*. (non sa). In (*g*) sono le tre espressioni: « Non lues, negat luem, nescit luem ».

misure.

Le misure di lunghezza, capacità, peso ecc. sono espresse in centimetri, in centimetri cubici, in grammi, e basta la cifra: unità di misura diverse si debbono esprimere: così *d*. indica dita, *D*. una distanza qualunque, *gut.* gocce, *cochl.* cucchiaini, *par. coch.* piccoli cucchiaini.

parole
comuni.

Parole di uso comune sono *f.* forte, *l.* debole, *mu.* molto o molti, *pau.* poco o pochi. Con una *p*. intrecciata equivalente alla *per.* superlativa dei latini, esprimeremo ad

esempio il pochissimo, moltissimo, (vedi in i). La *c.*, che deve sempre premettersi alla cifra, indica circa; *cm.* indica con (compagnia), *sn. sine.* (senza). Citeremo poi le P. T. R. per le pulsazioni, la temperatura, il respiro. *Nato, morto* si esprimeranno con *n.*, con una crocetta.

Con queste parole siglate, ad anche con le parole non siglate per coloro che non hanno familiarità con la composizione delle parole e la loro etimologia, si esprimeranno le parti essenziali di una storia. Consigliamo però di dividere sempre una storia clinica in tre membri, e di mettere ogni dato al suo posto in uno di questi membri.

Ecco la storia clinica quale noi la proponiamo:

Storia clinica.

N. S. NOTAE SUBJECTI: comprende il nome del malato, l'età (espressa con cifra che senza altro, indica solo anni).

Il sesso: in (l) leggesi successivamente, maschio, femmina, vergine, maritata, multipara, bipara, ecc. Professione, abitudine, temperamento, eredità (*her.*) ecc.

H. S., HISTORIA SUBJECTI cioè tutte le malattie sofferte dal malato antecedentemente alla presente (*passus.....*)

H. M., HISTORIA MORBI, cioè la storia della presente malattia. Comprende i vari punti espressi in (m), cioè principio del male, causa (etiologia) vera o presunta, stato presente, diagramma, (rispondente all'esame obiettivo: oppure *e. o.*), diagnosi, prognosi, cura (l'ordinazione della cura fatta nella visita va compresa in lincole). Si possono anche aggiungere sotto il titolo di *analisi* gli esami di gabinetto.

Sarà spesso opportuno che i vari titoli ora enunciati come facenti parte della storia della malattia presente siano sottolineati, perchè abbiano un maggiore risalto.



INDICE ALFABETICO

Il numero avanti alla parentesi indica la pagina del testo: in parentesi è indicata la tavola (num. romano) e la figura (cifra arabica).

A.

- Addome, palpazione 43 (III, 2, 3, 4, 5).
Addome semiotica 36 (III, 1 a 8).
Addome topogrammi 36 (III, 1, 7).
Adduzione e abduzione delle dita della mano (63, V, 24).
Adduzione e abduzione; flessione ed estensione; rotazione sul proprio asse, V. Maneggio del fantoccio.
Aia cardiaca, suoi limiti ecc. 30.
Alternativa nel comparire di più segni fisici 29.
Anadicrotismo venoso 48 (III, 15).
Aneurisma 47 (III, 9).
Apnea (ascoltazione) 26 (II, 19).
Area di Traube 39.
Arterie 46 (III, 9, 10, 11, 12).
Arti 51 (IV, 5, 6, 7, 8, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 37, 38 ecc.).
Artiglio radiale e cubitale della mano V. Pose 59 (IV, 39 e 40).
Ascite 42 (III, 5).
Ascoltazione del cuore 32 (II, 38 a 45).
Ascoltazione del polmone 25 (II, 15 a 30).
Aumento di volume 15 (I, 7).

B.

- Bascule (a) — urto del cuore 32 (II, 35).
Bocca 51, 59 (IV, 23).
Bronchiale soffio 27 (II, 20).
Bronchiale (soffio) velato 27 (II, 20).

C.

Caput Medusae 42 (III, 5).

Caratteristica dei vari lati di una parte del corpo 50 (IV, 25, 26; 5, 29 b, c; 6, 37, 38; 1, 7, 2, 8; 3, 4, 27, 28).

Certezza e incertezza di un fatto 14 (I, 2, 3).

Clinografia, suo scopo 2.

Contrazione de' muscoli addominali 40 (III, 2).

Costole, tratto posteriore, laterale, anteriore 20.

Cuore, ascoltazione 32 (II, 38 a 45).

Cuore, semiotica 30 (II, 31 a 45).

D.

Data 66 (V — A, B, C.).

Debole o forte intensità di un fatto 14 (I, 4, 5).

Diagramma, definizione 2.

Diminuzione di volume 15 (I, 8).

Disgiuntiva: 28, 29.

Distanze 16 (I, 9).

Dita della mano: adduzione e abduzione 63 (V, 24).

Dolorabilità 16 (I, 12).

E.

Edema (Impronta digitale nell') 43.

Endocardici e pericardici (rumori): v. toni del cuore 32 (II, 38 a 45), e 36.

Escursione toracica 25 (II, 14).

Espirazione prolungata 26 (II, 18).

Estensione da dare ai topogrammi 8.

Estensione del valore di un semiogramma 12.

Estensione, flessione, ecc, v. Maneggio del fantoccio, (V, 1 a 20).

Estensione rappresentata dai topogrammi del sistema nervoso 49.

F.

Fantocci non anteriori e non posteriori 57, *nota*.

Fantoccio 48 (IV, 22 a 26).

Fantoccio a scala mista 51,53 (IV, 23).

Figura indicativa 54.

Flebite 47 (III, 14)

Flessione completa di due articoli, 57.

Fluttuazione 44.

Fremito palpatorio (cuore e vasi) 47 (III, 9, 12).

Fremito vocale tattile 24 (II, 10 a 13).

I.

Ictus cordis 32 (II, 33, 36, 37).

Incertezza di un fatto, perchè male appreso 14; perchè di difficile interpretazione 14 (I, 3).

Indicativa figura 54.

Insegnamento delle Semiotica, e utilità in esso della Clinografia 11.

Insufflazione dello stomaco e del colon 42 (III, 6).

Intensità di un sintomo 14 (I, 4, 5).

Intercisa respirazione 25 (II, 18).

Iperperistaltici (movimenti) visibili, 42 (III, 6).

L.

Laënnecchiani rantoli 30 (II, 29).

Lagoftalmo 51 e 60 (IV, 23).

Letto (malato nel), come si rappresenti 54.

Linea d'abbandono 17 e altrove.

Linea d'ispezione 43 (III, 8, 9).

Linea limitante artificiale 13 (I, 1).

Linea palpatoria 43 (III, 3, 4, 5).

Linee topografiche 13.

Lingua 51 e 59 (IV, 23).

Lombosacrale regione, topogramma 38 (III, 7).

Lordosi, scoliosi, cifosi della colonna vertebrale 56 (V, 7, 8, 9).

M.

Maneggio del fantoccio 54 (V, 1, a 20).

Mnemonica nella Clinografia 3.

Mobilità dei liquidi 46 (III, 3, 4) -

Modificatore, segno 14 (I, 2, 3, 4, 5, 6).

Motivi comuni nei semiogrammi affini 21 (II, 1 a 8, 10 a 13, 15 a 30, e 38 a 45).

Movimenti passivi, 58.

O.

Ottuso suono 22 (II, 1).

Ottuso (suono) con resistenza 22 (II, 4).

P.

Palpatoria linea 43 (III, 3, 4, 5).

Palpazione dell'addome 43 (III, 2, 3, 4, 5).

Palpazione del torace 24 (II, 10 a 13).

Palpazione dell'addome 43.

Paralisi che toccano l'estetica 59 (IV, 23, *viso*).

Percussione forte e debole 23 (II, 9).

Percussione, suoni 22 (II, 1 a 9).

Percussione, suoni combinati 22 (II, 5 a 8).

Perineo e genitali, topogrammi, 40.

Piedè equino, valgo, varo, talo: v. *Pose*, 59 (IV, 25, 35, 36, 37, 38).

Polmonare suono 22.

Polso scocante 47 (III, 10).

Pose negative 61 (V, 18).

Pose o posizioni obbligate 59 (IV, 23; 10, 11, 12, 13; 25; 30 e 31; 32, 33; 34; 35; 36, 37 e 38; 39 e 40 — V, 8, 9, 11, 20).

Ptosi palpebrale 51 e 60 (IV, 23).

Pulsazione del cuore o dei vasi (ispezione) 22 (II, 31, 32, 37).

Pulsazione dell'aorta addominale 47 (III, 11).

Pulsazione retrosternale 47 (III, 12).

Punta cardiaca 32 (II, 33, 36, 37).

Punti di elezione nell'ascoltazione del cuore 35.

Punti topografici dei polmoni 16, *nota*.

Punto articolare limitante 53, (IV, 9).

Pupille, reazioni 51 e 64 (IV, 23).

R.

Rantoli di ritorno 30 (II, 30).

Rantoli laënnecchiani 30 (II, 29).

Rantoli secchi 28 (II, 26 a 28).

Rantoli umidi 27 (II, 22 a 25).

Rappresentativo (carattere) nella Clinografia 4.

Resistenza alla palpazione 16 (I, 11): sue modalità 43, (III, 5).

Resistenza nel suono ottuso 22 (II, 4).

Respirazione ascoltata 25 (II, 15, 16, 17, 18 e 19).

Respirazione aspra 25 (II, 17).

Respirazione intercisa 25 (II, 18).

Ridotto suono 22 (II, 2).

Rientramento dell'urto della punta cardiaca 32 (II, 34).

Riflessi tendinei, periostei, ecc. 64 (IV, 19, 23).

Rimbalzo dell'onda 45.

Rivoluzione cardiaca 32.

Rotativa figura 55 (V, 6, 10, 11, 17, 18, 19 e 20).

Rotazione sul proprio asse: v. Maneggio del fantoccio 54 (V, 6, 10, 11, 17, 18, 19, 20).

Rughe frontali 51 (IV, 23).

Rumori e toni cardiaci 32 (II, 38 a 45).

S.

Scapola (III, 7).

Schemi topografici già stampati: loro inopportunità, 7.

Scissure interlobari del polmone 19 (I, 25, 26, 27).

Secchi rantoli 28 (II, 26 a 28).

Sede d'intensità massima nell'ascoltazione del cuore 35.

Segni, definizione 2.

Segno modificatore 14 (I, 2, 3, 4, 5, 6).

Semiogramma definizione 2.

Semiogramma frecciato per le lesioni di movimento 62 (IV, 14a, b, c, d, e, f; 15): casi pratici 62 (IV, 25; V, 19, 21, 22, 23, 24).

Semiogrammi del sistema nervoso 58 (IV e V).

Semiogrammi, estensione del loro valore 12.

Semipose o posizioni semi-obbligate 60.

Sensibilità, semiogrammi 63 (IV, 9, 16, 17, 18, 27, 28).

Sensi specifici 64.

Sesso del paziente 71 (V, 1).

Sfregamento pericardico v. in *toni e rumori cardiaci* 32 (II, 38 a 45) e 36.

Sfregamento pleuritico 27 (II, 21).

Sigle 67 (V, a *ad m*).

Sigle cerchiate: umbilico, 37 (III, 1 ecc.; IV, 23).

Sigle definizione 2.

Sistema nervoso 58 (IV e V).

Sistema nervoso, semiogrammi 58 (IV e V).

Sistema nervoso, topogrammi 48 (IV).

Soffi e toni cardiaci 32 (II, 38 a 45).

Soffio anemico 36.

Soffio bronchiale 27 (II, 20).

- Soffio bronchiale velato 27 (II, 20).
 Soffio inorganico 36.
 Sottocrepitanti rantoli, o di ritorno 30 (II, 30).
 Stasi venosa 47 (III, 13, 15).
 Stato trofico dei muscoli 64 (IV, 20, 23).
 Storia clinica 71.
 Suoni combinati di percussione 22 (II, 5 a 8).
 Suono ottuso 22 (II, 1).
 Suono ottuso con resistenza 22 (II, 4).
 Suono pomonare 22.
 Suono ridotto 22 (II, 2).
 Suono timpanico 22 (II, 3).

T.

- Tabella degli esami nel sistema nervoso 58.
 Tabulae incisionum 41.
 Temperature 65 (V, A ad F).
 Tempo 69 (V, h).
 Timpanico suono 22 (II, 3); altezze diverse del medesimo, ecc. 45 (III, 1, 6, ecc.).
 Toni e rumori cardiaci 32 (II, 38 a 45).
 Topogramma, definizione 2.
 Topogramma del perineo e dei genitali 40.
 Topogramma lombosacrale 38 (III, 7).
 Topogramma totale del corpo umano 4.
 Topogrammi anteriori del torace 16 (I, 13, 14, 15, 16, 27).
 Topogrammi assili, a contorno e misti, nel sistema nervoso 48 (IV).
 Topogrammi a scala mista 18 (IV, 23).
 Topogrammi combinati 53.
 Topogrammi coniugati 38.
 Topogrammi del petto 19 (I, 13 a 20).

Topogrammi dell'addome 36 (III, 1 a 7).

Topogrammi del sistema nervoso 48 (IV).

Topogrammi dorsali 18 (I, 17 a 23).

Topogrammi in funzione di semiogrammi 17.

Topogrammi laterali del torace 19 (I, 24, 25, 26).

Topogrammi, loro elasticità 8.

Topogrammi, loro estensione 8.

Topogrammi posteriori del torace 19 (I, 19, 20, 28, 29).

Topogrammi totali del torace 20 (I, 27, 28, 29).

Torace, topogrammi anteriori 16 (I, 13, 14, 15, 16, 27).

Torace, topogrammi laterali 19 (I, 24, 25, 26).

Torace, topogrammi posteriori, 19 (I, 19, 20, 28, 29).

Torace, topogrammi totali 20 (I, 27, 28, 29).

Tratti naso-labiali 51 e 59 (IV, 23).

Traube, area 39.

Tremore 64 (IV, 21, 23).

U.

Umbilico normale e deformato 42.

Umidi rantoli 27 (II, 22 a 25).

V.

Vasi, semiotica 46 (III, 9 a 15).

Vene 46 (III, 5, 13, 14, 15).

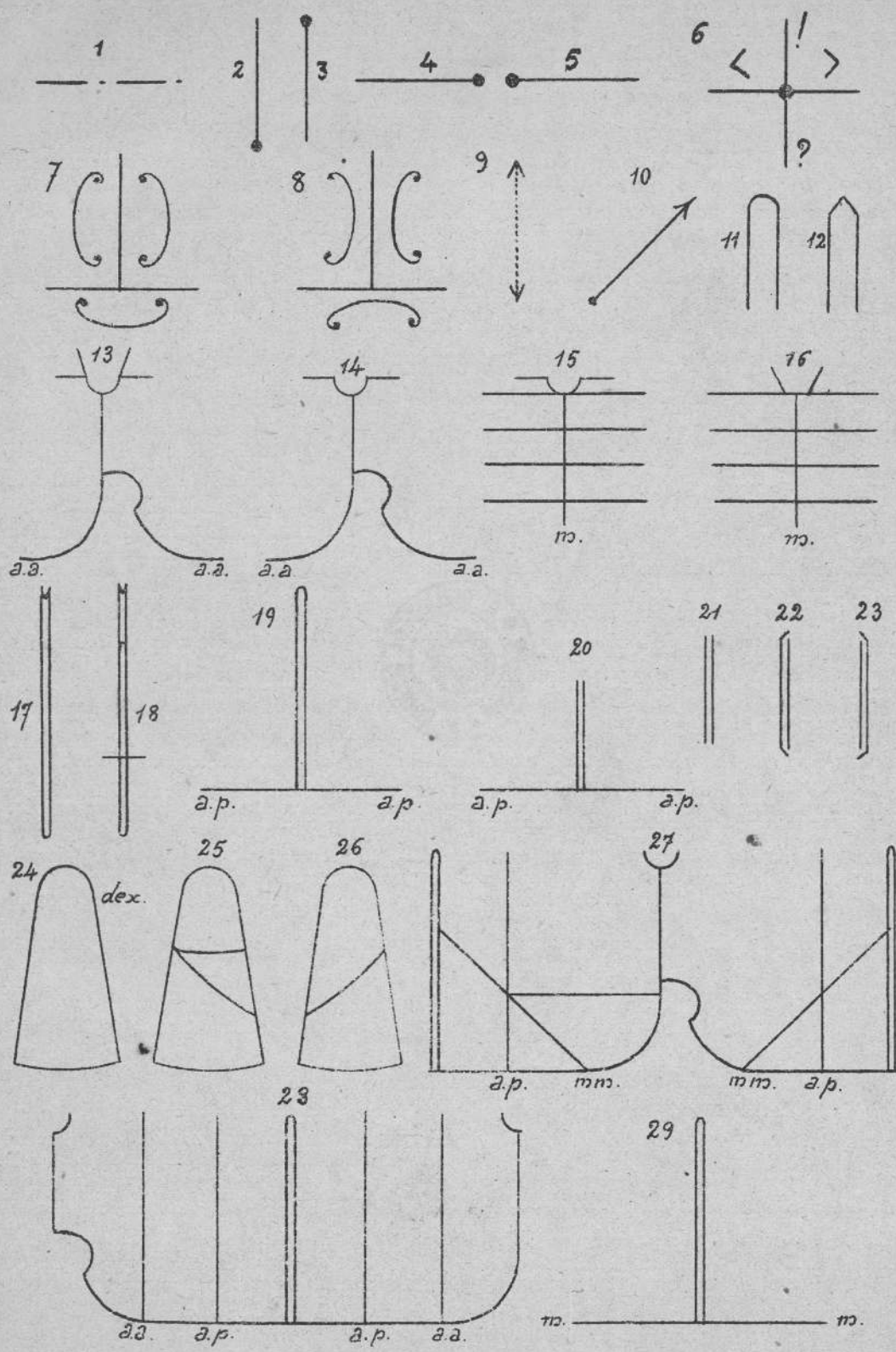
Viso e sue parti, come si rappresentino 51 (IV, 23).

Viso, paralisi delle sue parti 59 (IV, 23).



27818









2



3



4



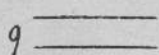
5



6



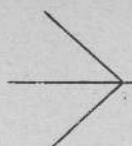
7



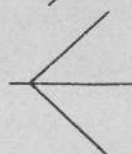
9



10 T.II



11



12

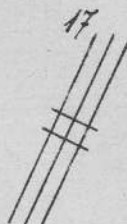
() 13



15



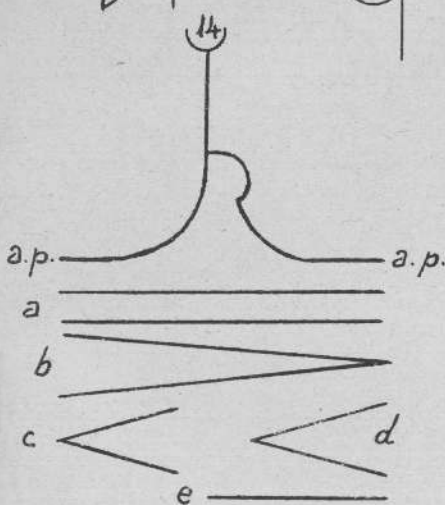
16



17



18



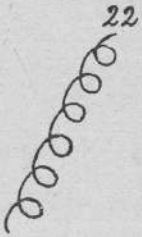
19



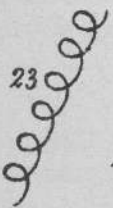
20



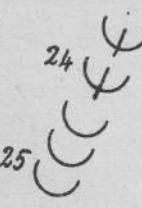
21



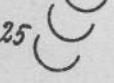
22



23



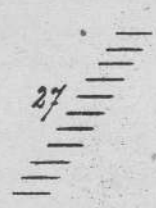
24



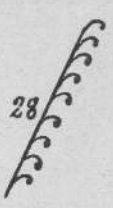
25



26



27



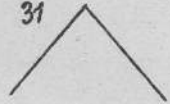
28



29



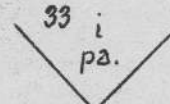
30



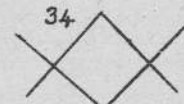
31



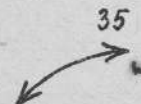
32



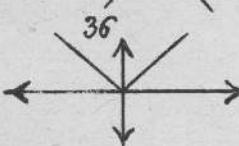
33 i pa.



34



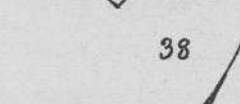
35



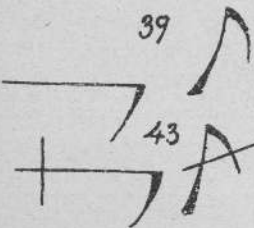
36



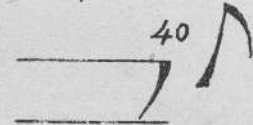
37



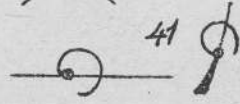
38



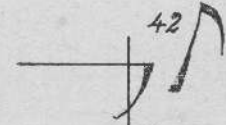
39



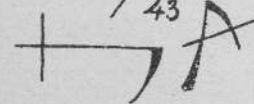
40



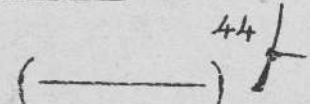
41



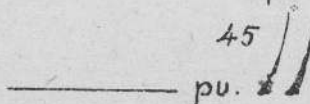
42



43



44



45

pu.



