



PROF. CARLO ALBERTO CRISPOLTI

**Il segno angolo-scapolare del Baccelli nei
processi morbosi latenti del polmone
con particolare riguardo ai processi
specifici tubercolari.**



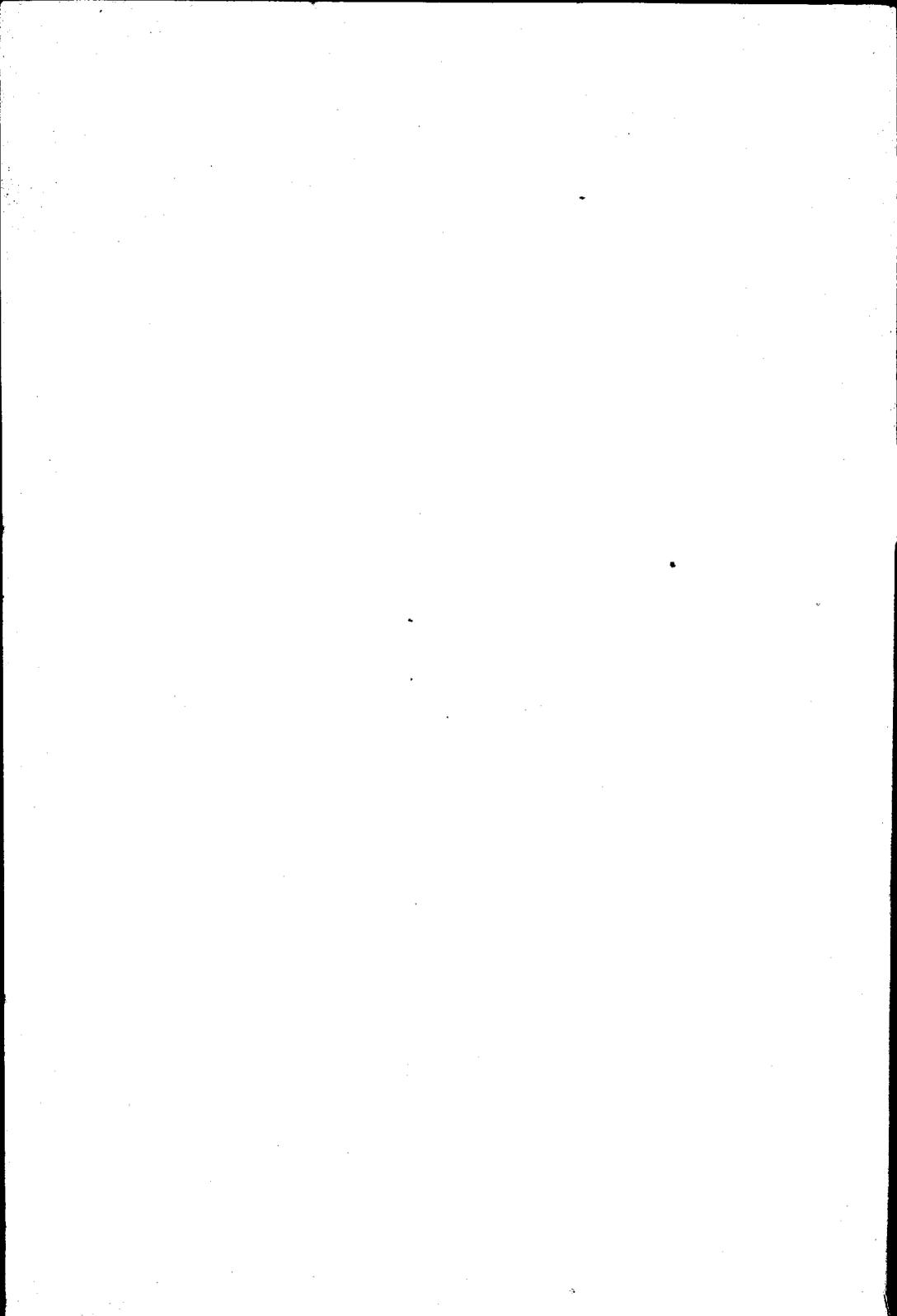
Estratto dal POLICLINICO, Vol. XIV-C., 1907

mi^{ta}
OS
65
69

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",
N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

1907



PROP. CARLO ALBERTO CRISPOLTI

**Il segno angolo-scapolare del Baccelli nei
processi morbosì latenti del polmone
con particolare riguardo ai processi
specifici tubercolari.**

Estratto dal POLICLINICO, Vol. XIV-C., 1907

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO"
N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

1907

Il segno angolo-scapolare del Baccelli nei processi morbosi latenti del polmone con particolare riguardo ai processi specifici tubercolari.

Nota di semeiologia clinica

del prof. CARLO ALBERTO CRISPOLTI, assistente nell' Istituto.

• Quod libet vel minutissimum additamentum ad
explendam Medicam artem adhuc plura desi-
derantem, poterit conferre. »

HILDEBRAND. — *Praeiz Medica.*

Se la diagnosi delle affezioni in genere dell' apparecchio respiratorio non infrequentemente presenta serie difficoltà, quella in specie dei processi specifici tubercolari del polmone, talune volte anche per un medico provetto può offrire difficoltà non sempre facili a superare.

Si comprende quindi l'importanza che deve darsi a tutti quei mezzi di semeiologia clinica i quali, tanto se considerati insieme ad altri, come, e tanto più se considerati separatamente, in certe speciali condizioni morbose degli organi respiratori, acquistano valore per la diagnosi.

Ed allora sembrerà giustificata la pubblicazione di questa mia breve nota di semeiologia clinica, con la quale pur non avendo la pretesa di dire cosa nuova, desidero unicamente rendere di pubblica cognizione un segno semeiologico, che si basa sul modo di comportarsi del movimento dell' angolo superiore-interno di ciascuna scapola durante le escursioni respiratorie negli individui affetti da processi morbosi latenti del polmone, ed in particolare modo da lesioni specifiche tubercolari, e che in omaggio al sommo clinico di Roma che per il primo lo ha messo in evidenza, dimostrandone con innumerevoli osservazioni cliniche la importanza diagnostica, deve essere chiamato: *segno angolo-scapolare del Baccelli.*

*
*
*

In che consiste il *segno angolo-scapolare del Baccelli*?

Fino dai primissimi tempi del suo insegnamento clinico, il Baccelli aveva richiamato l'attenzione sopra il fatto che negli individui affetti da processi morbosi latenti del polmone, e singolarmente nelle forme di tubercolosi apicale, nei casi nei quali la lesione è unilaterale, ovvero in quelli nei quali pur essendo bilaterale predomina da un lato, se si fa tenere agl'infermi una posizione conveniente e si esaminano dal tergo, durante le escursioni respiratorie, si nota una differenza sempre manifesta ed in taluni casi veramente singolare, nel movimento degli angoli superiore-interno delle omoplate; nel senso che l'angolo, dal lato del processo specifico tubercolare del polmone, o dal lato in cui predomina l'alterazione anatomica dell'organo, non solo si muove meno dell'omonimo dell'altro lato, ma confrontando tra di loro le escursioni dei due angoli superiore-interno delle scapole, si nota che quello dal lato malato o prevalentemente malato, si porta ad una altezza inferiore a quella del lato sano.

Il Baccelli aveva anche osservato che questo singolare modo di comportarsi del movimento degli angoli superiore-interno delle scapole, durante gli atti della respirazione, evidente in tutte le forme di tubercolosi polmonare, si verifica anche in quelle forme inicialissime nelle quali possono eziandio mancare od essere per lo meno incerti i segni obiettivi clinici, palpatori, plessimetrici ed acustici della malattia; come pure nei così detti candidati alla tubercolosi, nei quali ad un certo momento della osservazione, possono far difetto i segni obiettivi del terribile morbo ed essere anche poco evidenti i fenomeni subiettivi

Questo mezzo d'indagine semeiotica, benchè molte volte ricordato dal Baccelli nelle sue lezioni cliniche, non si trova tuttavia riferito in nessuno anche dei più comuni trattati di patologia e semeiologia.

Da ciò la ragione, per cui il segno angolo-scapolare del Baccelli non è mai entrato nel dominio del pubblico medico.

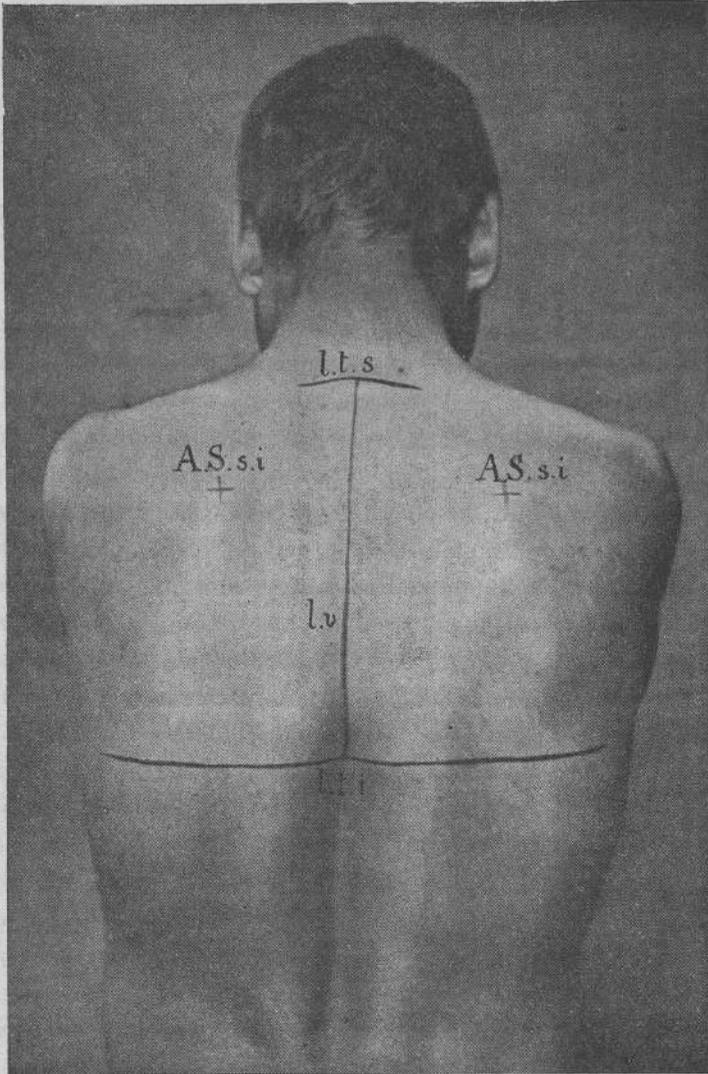
*
*
*

Vediamo di studiare più da vicino il fenomeno, di descriverlo quanto più esattamente è possibile, e di fissare le speciali norme che si debbono seguire per bene metterlo in evidenza durante l'esame obiettivo degli infermi.

Se noi prendiamo ad esaminare un individuo sano e normale, che non abbia quindi alcun processo morboso a carico dell'apparecchio respiratorio, e lo invitiamo a stare seduto sul letto di osservazione, con il capo leggermente flesso in avanti, le braccia addotte, le avambraccia conserte, in modo che venga rilasciata quanto più è possibile la muscolatura delle spalle, mentre l'occhio osservatore si pone a tergo dell'individuo; nell'istante in cui questi compie escursioni respiratorie di media ampiezza, noi osserviamo che le due metà

toraciche si espandono simmetricamente e che gli angoli superiore-interno delle scapole, tanto il destro che il sinistro, si muovono sincronamente e si portano ad una stessa altezza, sollevandosi appunto ad un eguale livello.

Questo livello sarà tanto più alto, quanto più profonde ed ampie saranno le escursioni respiratorie.



Per meglio apprezzare il fenomeno, si può anche tirare una linea orizzontale trasversale che partendo dalla apofisi spinosa della 5^a o 6^a vertebra dorsale, si porti nella regione ascellare da un lato e dall'altro.

Si tracciano poi con *due segni a croce*, i punti corrispondenti tanto a destra che a sinistra all'*angolo superiore-interno delle omoplate* (Vedi figura).

Si innalza poscia, lungo la *linea mediana spinale posteriore*, una linea *verticale* che intersecando ad angolo retto la precedente, raggiunga l'apofisi spinosa della 7ª vertebra cervicale. In questo punto si tira una linea orizzontale trasversa parallela a quella tirata precedentemente, che potremo chiamare *linea trasversale superiore*, in modo però che non superi in larghezza i 5 o 6 centimetri.

Avremo così *i due punti di repere principali*, rappresentati dai segni a croce, *punti angolo-scapolari*: A. S. s. i. (Vedi figura).

Le due *linee trasversali superiore*: l. t. s. ed *inferiore*: l. t. i., con la *linea verticale mediana spinale posteriore* l. v., che le interseca ad angolo retto, rappresenteranno per l'occhio osservatore altrettanti *punti fissi di repere* che faranno meglio apprezzare il modo di comportarsi dello spostamento dell'angolo superiore-interno della scapola dell'un lato e dell'altro (*movimento angolo-scapolare*).

Intanto facciamo osservare che con la denominazione « *movimento angolare delle scapole* o *angolo-scapolare* », intendiamo alludere sempre al movimento dell'angolo superiore-interno delle omoplate.

In si fatta guisa, ci sarà dato apprezzare più agevolmente il movimento delle omoplate e la maniera di comportarsi del sollevamento dei due angoli scapolari di cui ragioniamo, nonchè le eventuali differenze, facendo il confronto tra il movimento dell'angolo scapolare di un lato e quello dell'altro lato e considerando il relativo livello cui si innalzano durante le escursioni respiratorie.

Ci piace far osservare che il fenomeno del movimento angolo-scapolare, si può studiare anche facendo tenere all'infermo che sta seduto sul letto di osservazione le braccia addotte, con le avambraccia estese, le mani in pronazione e leggermente incrociate; ovvero facendo tenere gli arti superiori estesi ed innalzati ai lati del capo; ed infine facendo tenere le mani dietro l'occipite, mentre le braccia sono leggermente addotte e le avambraccia in semiflessione.

Però la posizione da preferirsi, secondo noi, è quella descritta per la prima nella quale il paziente tiene le braccia conserte sul petto (Vedi figura).

E' sempre consigliabile, far sì che l'individuo da esaminare tenga la muscolatura di ambo le spalle rilasciata.

Il fenomeno seguendo tale cautela si apprezza infatti assai meglio.

* * *

Si comprende come il *fenomeno* del *movimento angolo-scapolare* (intendiamo alludere, per ora, alla ricerca eseguita in individui normali) vada soggetto a *variazioni individuali* non solo, ma nello stesso individuo possa e debba subire cambiamenti a *seconda* della *ampiezza* delle *escursioni respiratorie*.

Così nelle escursioni respiratorie di media ampiezza, il fenomeno sarà meno evidente che non in quelle di ampiezza maggiore.

Circa le *variazioni individuali*, possiamo dire che il fenomeno per riguardo al sesso si apprezza meglio nella donna che nell'uomo.

Ciò, dato il tipo di respirazione costale superiore nella donna, a differenza dell'uomo in cui il tipo di respirazione è costale inferiore o meglio misto, cioè costo-addominale, con prevalenza del movimento della parete addominale.

Per rapporto all'*età*, il fenomeno si apprezza assai meglio nei bambini e nei giovani, che negli adulti, in questi più che nei vecchi.

Ciò, in rapporto con la elasticità delle costole e della gabbia toracica in genere, che nei bambini e nei giovani è maggiore che negli adulti ed in questi ultimi maggiore che nei vecchi.

* * *

Esistono evidentemente anche variazioni legate alla *costituzione individuale fisiologica*, ed a speciali *condizioni patologiche*.

Così il fenomeno è meno appariscente negli individui nei quali esiste pinguetudine; negli individui pletorici; negli individui con abito apoplettico; in quelli nei quali, per le speciali occupazioni professionali, si ha un abnorme sviluppo della muscolatura delle spalle; negli individui in genere in cui le masse muscolari ed il pannicolo adiposo sono molto sviluppate ecc.

Mentre è più appariscente negli individui nei quali si verificano condizioni opposte; così in quelli meno nutriti; in quelli con apparente o reale gracilità; in coloro che hanno il torace di forma allungata, con gli spazi intercostali piuttosto ampi e visibili ecc.

Oltre le variazioni individuali fisiologiche testè descritte, conviene tenere conto delle *variazioni patologiche* tra le quali, per ora, non intendiamo comprendere le affezioni specifiche tubercolari del polmone.

Così il fenomeno del movimento angolare delle omoplate sarà meno evidente negli individui nei quali la elasticità della gabbia toracica, prescindendo dalla età, è diminuita; negli individui nei quali si verifica una ossificazione precoce delle cartillagini costali, così nei toraci rachitici; negli individui affetti da enfisema polmonare: negli individui nei quali esistono od hanno esistito precedenti affezioni pleuriche, che hanno determinato da un sol lato o da ambo i lati, aderenze parziali più o meno estese, o totali dei foglietti pleurici ecc.; negli individui che soffrono od hanno precedentemente sofferto malattie dell'apparecchio respiratorio, le quali hanno condotto ad una diminuzione più o meno rilevante della elasticità e della capacità polmonare ecc.; negli individui in genere nei quali esistono od hanno esistito processi morbosi latenti del polmone; negli individui nei quali la muscolatura della spalla di

un lato o di ambo i lati è meno sviluppata od è anche atrofica (così nelle ipotrofie ed atrofie dei muscoli della regione sopra e sotto spinosa, ecc.); infine in quegli individui nei quali per condizioni morbose diverse intra- od extra-toraciche, si verifica una diminuzione da un lato od anche da ambo i lati della ampiezza delle escursioni respiratorie.

Si comprende agevolmente come nelle varie contingenze morbose di cui abbiamo testè parlato il movimento angolare delle scapole subirà, da un lato o da ambo i lati, tutte quelle singolari modificazioni semeiotiche che caratterizzano il segno angolo-scapolare del Baccelli, a seconda che il processo morboso cui è subordinata la genesi del fenomeno sarà limitato ad un solo polmone, ovvero interesserà ambo i polmoni.

*
*
*

Dopo aver descritto il fenomeno del movimento angolare delle omoplate negli individui sani e quindi in condizioni fisiologiche, ed accennato alle molteplici variazioni in rapporto con il sesso, con l'età, ed avere anche passato in rivista le più comuni variazioni cui il fenomeno va soggetto a seconda delle diverse condizioni fisiologiche e patologiche individuali, queste ultime dipendenti tanto da affezioni organiche intra-toraciche, come da quelle extra-toraciche, veniamo a studiare da vicino il fenomeno *nelle affezioni specifiche tubercolari del polmone*.

La posizione che si deve far tenere agli infermi, onde meglio apprezzare il movimento angolare delle omoplate e mettere così in rilievo il *segno angolo-scapolare del Baccelli*, si deve scegliere tra quelle posizioni testè descritte parlando della ricerca del fenomeno negli individui normali.

Si tenga perciò sempre conto di tutte le diverse norme già stabilite.

Ricercando il fenomeno secondo tali norme, quando vedremo il movimento angolare delle scapole diverso da un lato, avremo una indicazione esattissima di funzionalità menomata.

Orbene, negli individui affetti da processo specifico tubercolare unilaterale del polmone, si vedrà che nelle escursioni respiratorie anche di media ampiezza, l'angolo superiore-interno della omoplata dal lato ammalato, si sposta meno e si solleva ad un livello inferiore che l'omonimo dell'altro lato.

Se ad esempio il fenomeno si apprezza a sinistra, diremo che il *segno angolo-scapolare del Baccelli è positivo a sinistra*.

Il fenomeno è tutt'altro che tardivo, come il Baccelli ha dimostrato, e lo si apprezza assai bene anche nelle *forme iniziali di tubercolosi polmonare*. Si sa infatti che il processo specifico si inizia generalmente dagli apici del polmone.

Il segno angolo-scapolare del Baccelli, come il grande clinico di Roma ha tante volte osservato, si apprezza anche con una certa frequenza in quegli

individui nei quali esiste il così detto abito tubercolare, in cui possono per un certo periodo di tempo fare difetto, o per lo meno essere incerti o incostanti, i segni obiettivi palpatori, plessimetrici ed acustici della terribile malattia.

Nei casi nei quali il processo specifico interessa ambo i polmoni, il fenomeno è più evidente dal lato che è più malato; nel senso cioè che l'angolo superiore-interno della omoplata dal lato del polmone più gravemente e più, intensamente colpito, durante le escursioni respiratorie si porta ad un livello leggermente più basso dell'angolo omonimo dell'altro lato.

Naturalmente, il segno angolo-scapolare del Baccelli che abbiamo detto esistere tanto nelle affezioni specifiche tubercolari apicali del polmone, come nelle forme non limitate esclusivamente agli apici ma più o meno diffuse, acquista la massima importanza fino ad assurgere al grado di vero criterio patognomonico semeiologico clinico, in certe forme iniziali in cui il giudizio diagnostico può essere dubbio, o perchè i fenomeni obiettivi sono poco o nulla evidenti, o perchè incerti e magari incostanti, o perchè il complesso quadro sintomatico può farci discostare dall'esatto giudizio e richiamare la nostra attenzione sopra un processo morboso di ben altra natura.

* * *

Mi sia permesso perciò ricordare brevemente tra gli altri un caso clinico occorsomi nella pratica privata, nel quale l'apprezzamento esatto del *segno angolo-scapolare del Baccelli* ci permise di risolvere il problema diagnostico, che a tutta prima sembrava insormontabile

L'osservazione si riferisce ad una signorina ventenne, la quale da circa due mesi avea cominciato ad accusare un malessere indefinibile, senso di stanchezza ad ogni più piccolo affaticamento, disappetenza, ripugnanza per alcuni cibi; nel contempo si era andato sviluppando un certo grado di dimagrimento e di anemia.

Fin dai primi giorni di questo stato anormale, fu notato un rialzo lieve della curva termica nelle ore della sera, la temperatura non raggiungendo però mai un valore superiore ai 37°.5.

Dopo una ventina di giorni dall'inizio dei fatti surriferiti, la febbre divenne continua, con remissioni mattutine; la temperatura massima non oltrepassò durante questo tempo i 38°.

Insieme comparvero i seguenti fatti degni di nota; sudore profuso durante la notte, più intenso al torace, meno spiccato nel corso della giornata; lingua mediocrementemente impatinata; lievi algie alle grandi articolazioni ed alle masse muscolari, specialmente ai polpacci; ventre un po' più tumido del solito, però trattabile ed indolente alla palpazione; lieve ma bene apprezzabile tumore di milza.

Persistevano intanto tutti quei fenomeni generali con i quali erasi iniziata la sindrome clinica, tra cui spiccava lo stato anemico, un lento ma progressivo dimagrimento, ed un facile senso di stanchezza nei più piccoli affaticamenti.

Nelle prime ore del mattino, però non costantemente, la paziente avea qualche colpo di tosse senza espettorazione.

In famiglia non esisteva alcuna eredità tubercolare. La giovinetta era stata sempre sana, nè aveva mai avuto veruna malattia di carattere.

Di fronte a tale quadro, si era pensato da altri ad una forma di febbre sudorale e precisamente ad una febbre melitense; tanto più che la famiglia della giovinetta, per qualche tempo aveva dimorato in luoghi ove la infezione melitense è endemica.

Ebbi l'opportunità di visitare l'inferma, verso il 45° giorno da che era stato avvertito l'inizio dei fenomeni generali surricordati.

* * *

Possiamo così riassumere i *fenomeni obiettivi* da noi messi in rilievo. Giovinetta di costituzione robusta. Sviluppo scheletrico regolare. Masse muscolari bene sviluppate: pannicolo adiposo discretamente conservato. Colorito mediocrementemente pallido della cute; più spiccato il pallore delle mucose visibili.

La cute è ricoperta da sudore, segnatamente quella del torace.

Nulla si rileva a carico dell'apparecchio ghiandolare linfatico.

Polso regolare, ritmico, abbastanza valido, un po' frequente: P. 80-90 a m'. R. 18-20 a m'. Temperatura ascellare 37.8°.

Nulla a carico del capo e del collo.

Torace bene conformato; sono appena appariscenti le fosse sopra e sotto-clavicolari; angolo del Louis poco visibile; angolo epigastrico quasi retto.

Le scapole sono bene aderenti alla parete toracica e si trovano ad una stessa altezza.

Alla *ispezione del torace*, i seguenti fatti degni di nota:

Tipo di respirazione costale superiore; le due metà toraciche si espandono simmetricamente nelle escursioni respiratorie; però esaminando la inferma dal tergo, mentre seduta sul letto tiene il capo leggermente flesso in avanti, le braccia addotte, le avambraccia conserte, nell'atto che compie escursioni respiratorie di media ampiezza, si nota che l'angolo superiore-interno della omoplata di destra si muove un po' meno dell'omonimo dell'altro lato, e si innalza ad un livello che è visibilmente più basso di quello raggiunto dall'angolo superiore-interno della scapola di sinistra.

La ricerca del *segno angolo-scapolare del Baccelli positiva a destra*, riesce più dimostrativa quando si invita la inferma a compiere escursioni respiratorie più ampie e profonde.

Alla palpazione tanto a destra che a sinistra, nessuna differenza anormale nella percezione del fremito vocale tattile. Non si provoca alcun dolore anche con la pressione esercitata sulle varie regioni toraciche.

Alla percussione per tutto l'ambito pulmonare, si ottiene suono chiaro; nè si riesce a mettere in rilievo la più piccola differenza con la percussione comparativa praticata nei vari segmenti del torace.

Alla ascoltazione, ovunque respiro vescicolare normale: anche dopo avere fatto tossire ripetute volte l'inferma, non si apprezza alcun fenomeno o rumore anormale, bronchiale o broncheolare.

Nulla a carico del cuore e dei vasi.

All'esame dell'addome, tranne un modico tumore di milza niente altro di notevole.

Esame delle urine, negativo.

Widal e diazo-reazione, negative.

* * *

L'esame obiettivo adunque praticato nella inferma, non ci aveva fatto rilevare che una frequenza del polso un po' superiore alla normale, una lieve temperatura febbrile, il *segno angolo-scapolare del Baccelli, positivo a destra*, ed un modico tumore di milza.

Di più avevamo la storia di sudori profusi, più intensi nel corso della notte e di una febbre dapprima serotina e poscia continua con remissioni mattutine: fatti questi che datavano per lo meno da oltre un mese e mezzo.

La presenza del segno angolo-scapolare del Baccelli sul destro lato era indice sicuro di menomata funzionalità dell'apice del polmone di destra.

Si affacciava quindi logicamente l'ipotesi di un processo morboso latente apicale a destra.

Ed allora, tenuto conto del singolare andamento della sindrome clinica, pur non esistendo alcuna eredità tubercolare in famiglia e benchè facessero eziandio difetto i segni clinici obiettivi, palpatori, plessimetrici ed acustici di una bronco-alveolite specifica incipiente del polmone, pensai se potesse essere in qualche modo, per lo meno giustificato il *dubbio di un processo specifico tubercolare iniziale all'apice del polmone destro*.

Questo mio sospetto trovava infatti per me un certo riscontro, sia nello stato generale della inferma che andava lentamente deperendo, come nella comparsa di uno stato anemico che si era fatto poi progressivo, e nella presenza di sudori notturni abbondanti, meno intensi nelle ore del giorno.

Il lieve tumore di milza che sappiamo potersi riscontrare in tutti i processi infettivi, poteva nel caso nostro spiegarsi con un processo specifico tubercolare che si fosse andato svolgendo a carico del polmone destro.

Anche il decorso della temperatura (lieve febbre continua remittente, con remissioni mattutine) si addiceva molto al quadro clinico di lesione specifica tubercolare del polmone, da noi fino a quel momento solo sospettata.

Pensai così di non sottoporre, per il momento, la *giovinetta* ad alcun regime terapeutico, per non modificare punto il decorso della malattia.

Consigliai solo una conveniente dieta corroborante.

La ricerca dei bacilli tubercolari negli sputi, riuscì negativa per tre volte alla distanza di vari giorni.

Dopo 15 giorni circa, rividi l'inferma nelle ore del mattino.

I fenomeni generali, i fatti subiettivi ed obbiettivi non avevano subito notevole cambiamento: però dopo aver fatto tossire ripetute volte la *giovinetta*, riuscimmo a percepire la presenza di *qualche finissimo rantolo risonante a piccole bolle, inspiratorio, in corrispondenza della regione sopra spinosa destra*.

Il segno angolo-scapolare del Baccelli, positivo a destra, era molto evidente.

Nessun altro fenomeno, nè palpatorio, nè plessimetrico, nè acustico.

Ripetemo la ricerca dei bacilli di Koch negli sputi, avendo sempre cura di esaminare gli escreti emessi nelle prime ore del mattino, con risultato negativo.

Di lì a qualche giorno per la 5^a volta fu ripetuta la indagine; l'esame accuratissimo di vari preparati microscopici, ci fece scorgere la *presenza dei tipici bacilli della tubercolosi, con un reperto però scarsissimo.*

Il nostro dubbio, cedeva così il posto ad una diagnosi certa di iniziale processo specifico tubercolare all'apice destro del polmone.

Fatto cotesto che noi avevamo già da vari giorni sospettato se non unicamente, di certo precipuamente per la presenza del segno angolo-scapolare del Baccelli a destra, quando tutti gli altri fenomeni obiettivi della malattia in parola facevano ancora difetto, o per lo meno non si riusciva ad apprezzarli con i comuni mezzi di indagine semeiologica; mentre tutto il quadro clinico avrebbe potuto facilmente richiamare la nostra attenzione su di un processo morboso di ben altra natura ed altrove localizzato.

Ricorderemo per semplice curiosità che la giovinetta assoggettata subito ad una intensa e conveniente cura dietetico-terapeutica, per nostro consiglio, si condusse in una stazione climatica ove tuttora continua a soggiornare.

Orbene, è appena trascorso qualche mese da che la vedemmo l'ultima volta, che ella ci scrive di godere la migliore salute; di non soffrire più febbri serotine e sudori notturni, di avere riacquistato il suo colorito roseo, di avere appetito vivace, le funzioni gastro-intestinali normalissime, e di avere aumentato nello spazio di appena 3 mesi di circa 7 chilogrammi nel peso totale del corpo.

* * *

Abbiamo voluto riferire in breve questa osservazione, poichè ci sembrò di un certo interesse.

Dallo studio del nostro caso, appare infatti chiara la importanza che il segno angolo-scapolare del Baccelli può acquistare in certe speciali circostanze, per la diagnosi di processi iniziali specifici tubercolari del polmone, specialmente in quegli infermi nei quali, come nel nostro, possono per un certo periodo della malattia far difetto i segni clinici obiettivi caratteristici del terribile morbo.

La nostra osservazione, dimostra inoltre l'interesse che il segno angolo-scapolare del Baccelli ha in certi casi, non solo per poter giungere all'esatto giudizio diagnostico, ma anche per riguardo all'andamento della malattia ed al relativo giudizio prognostico.

Una forma specifica tubercolare del polmone diagnosticata in tempo e magari precocemente, può infatti con molta probabilità, in modo speciale quando si è in grado di intervenire energicamente e subito, risparmiare la esistenza di giovani vite e riuscire quindi del massimo utile per la società; giacchè si potrà solo in tale modo riparare in tempo ai danni inevitabili che

ne conseguono, quando la profilassi della tubercolosi polmonare nelle forme ignorate non può essere eseguita.

Da ciò l'indiscutibile utilità che la clinica, come giustamente ha sempre osservato e sostenuto il Baccelli, porta a contributo di quella che egli chiamò *medicina politica*.

* * *

Non crediamo doverci più a lungo intrattenere sull'argomento, riferendo altri casi di non troppo facile diagnosi nei quali la *presenza del segno angolo-scapolare del Baccelli* fu di sicura guida per l'esatto giudizio, poichè non solo sarebbe cosa non agevole riepilgarli in una breve nota come questa, date le molteplici osservazioni che dovremmo riassumere, ma anche perchè nostro unico intendimento fu quello di illustrare il fenomeno, a ciò possa anche da altri essere studiato, ed annoverarsi d'ora innanzi tra i diversi segni semeiologici clinici che meritano singolare considerazione, per la diagnosi di processi morbosi latenti del polmone ed in particolare modo di quelli specifici tubercolari, segnatamente in quei casi iniziali per i quali il giudizio diagnostico offre qualche difficoltà.

Ci limitiamo pertanto, in base agli ammaestramenti ricevuti dal nostro benemerito Maestro nelle sue lezioni cliniche ed alle osservazioni molteplici da noi fatte, a riassumere così le nostre

Conclusioni.

1° Il segno angolo-scapolare del Baccelli si riscontra generalmente in tutti i processi morbosi anche latenti che ledono il tessuto polmonare, segnatamente nella regione degli apici, e quindi anche nei processi specifici tubercolari del polmone. E' perciò un segno semeiologico clinico pressochè costante per queste forme morbose.

2° Questo segno è tutt'altro che tardivo, riscontrandosi anche nei processi morbosi iniziali del polmone, e quindi eziandio nelle forme di tubercolosi polmonare che sono al loro primo inizio.

3° In certe speciali contingenze morbose e singolarmente nei processi specifici iniziali tubercolari del polmone, può essere un criterio pregevole e di guida per la diagnosi; così nei casi dubbi quando siano poco evidenti o non troppo sicuri od anche incostanti; ovvero quando facciano magari difetto in un dato periodo della malattia, i fenomeni palpatori, plessimetrici ed acustici che si rinvencono abitualmente in tali affezioni.

4° Il segno angolo-scapolare del Baccelli, per rapporto al modo con cui può estrinsecarsi semeiologicamente ed alla evidenza maggiore o minore per

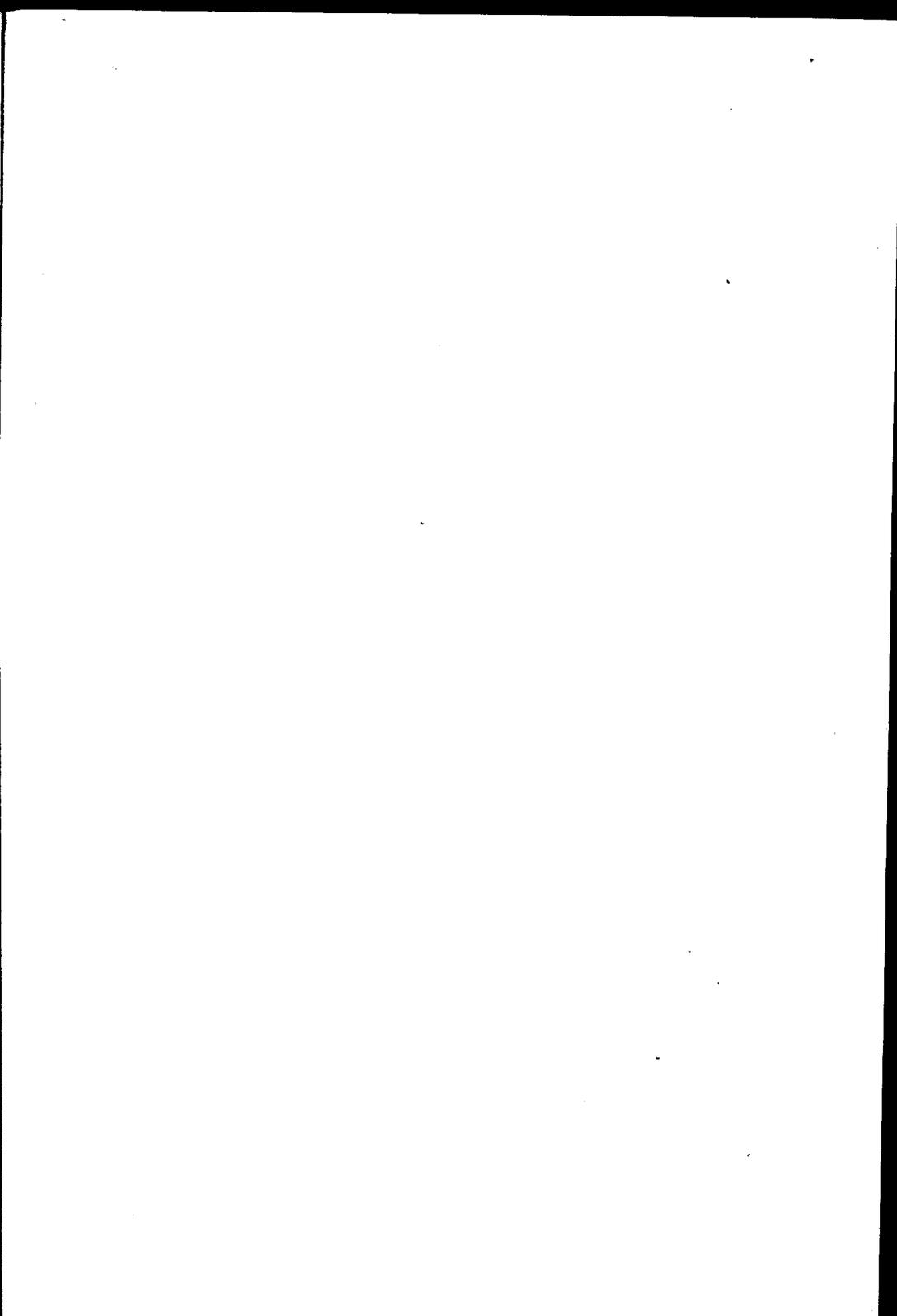


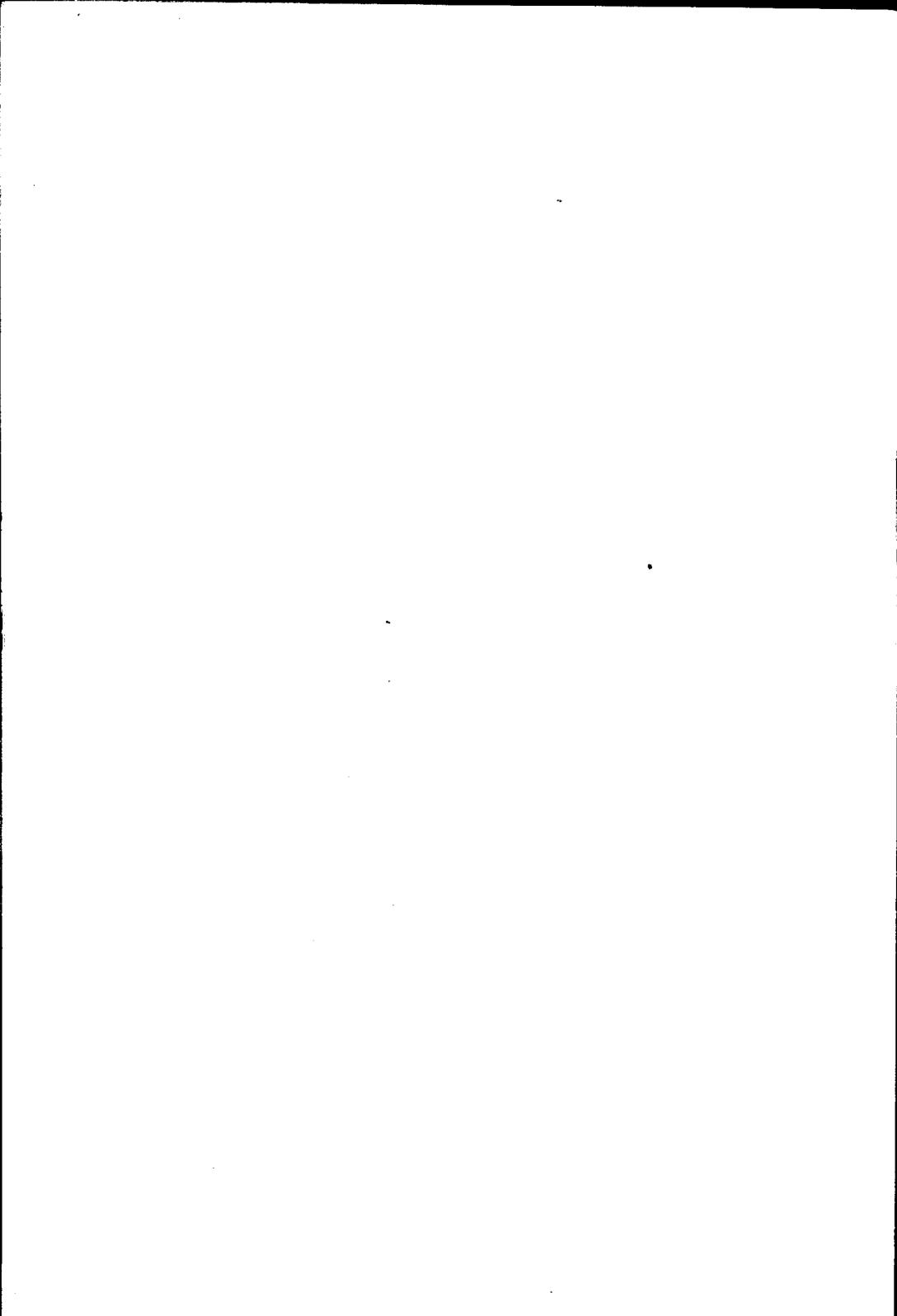
cui può essere messo in rilievo, va soggetto a speciali variazioni individuali in ordine a vari coefficienti, così l'età, il sesso, ecc. ecc.; ed a speciali leggi che sono subordinate a singolari condizioni fisiologiche e patologiche degli individui: queste ultime poi tanto se di pertinenza intra-toracica, come se di pertinenza extra-toracica.

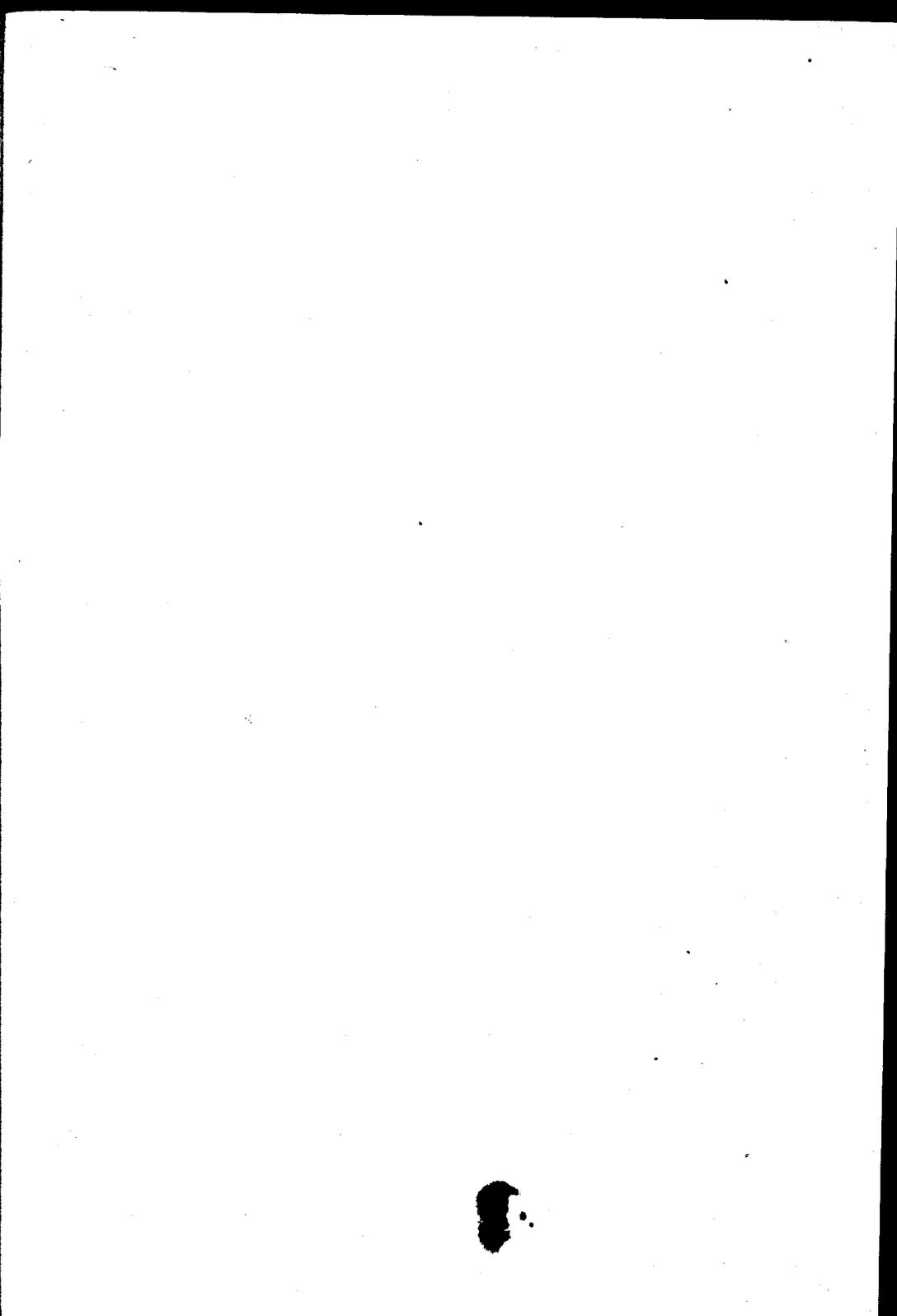
Roma, maggio 1907.



57207







IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI | FRANCESCO DURANTE

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA
DI ROMA

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO
DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

si pubblica in tre Sezioni distinte:

Medica — Chirurgica — Pratica

IL POLICLINICO

chirurgia e dell'igiene.

nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della

LA SEZIONE PRATICA

movimento delle scienze mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici, speciali corrispondenze

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc. ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, e una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotta vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgeranno al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

IL POLICLINICO

contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

adunque, per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia i più completi possibili e che meglio rispondono alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:

| | Italia | Unione postale |
|--|--------|----------------|
| 1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . . . L. | 15 | 20 |
| 2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica » | 15 | 20 |
| 3. Alle tre sezioni insieme » | 20 | 27 |
| 4. Alla sola sezione pratica » | 10 | 12,50 |

Un num. separato della sezione medica o chirurgica Lire UNA

Un num. separato della sezione pratica cent. 50



Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio di ogni anno.

Il *Policlinico* si pubblica sei volte il mese.

La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli illustrati di 48 pagine, che in fine d'anno formeranno due distinti volumi.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine.