

### LA STORIA DEL CASTELLO DI ARZIGNANO 21 (secondo episodio)



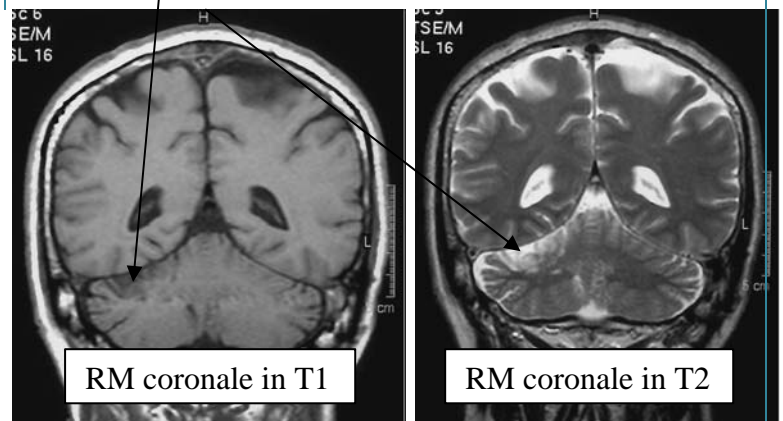
Anche nel Principato di Arzignano arrivarono quindi 3 nuovi gabellieri fedelissimi all'Imperatore Galletto di Venezia. Venivano direttamente dalla Scuola dei Prodi Gabellieri di Venezia. I tempi stavano cambiando per cui a questo lavoro prettamente maschile da qualche anno accadevano per la benevolenza dell'Imperatore Galletto anche le donne. Anzi l'Imperatore aveva capito che le donne erano meno corruttibili: viveva infatti l'abitudine anche nel medioevo di corrompere i funzionari con offerte di

denaro e avvenenti prostitute. Le donne erano meno assetate di denaro e soprattutto non erano corruttibili come si dice oggi con le "escort". Per un evento casuale nel Principato di Arzignano su tre gabellieri due erano donne. Nell'ufficio della Agenzia Imperiale del Gabello si fece subito pesante per il divario di comportamento: i cinque vecchi funzionari erano allegri, accomodanti, raramente in ufficio, impegnati in tornei di carte da gioco alla Bettola del Re o a tifare alle partite di palla di pollo della locale squadra finanziata dal più estroverso contadino-faccendiere del Principato. Non esisteva praticamente contabilità, vi erano solo dei contratti in cui si fissavano bonariamente le tasse che ogni singolo contadino-imprenditore versava all'Imperatore. I nuovi gabellieri erano seri e preparati oltre che fedeli all'Imperatore. Rimasero allibiti dall'andazzo, ad un certo punto anche si spaventarono, poiché sapevano delle gravissime conseguenze che avrebbe avuto un evasore trattato come un ladro con il taglio delle mani in piazza. Si chiedevano infatti quante mani di contadini-imprenditori di Arzignano dovessero essere tagliate. (continua)

### NON SOLO VERTIGINI

Recentemente visitai un **impiegato di 58 anni**. In agosto, durante la pausa per il pranzo sul lavoro, ebbe delle **improvvisi vertigini oggettive (vedeva ruotare la stanza) con rumori nell'orecchio sinistro (acufeni)**, aveva anche nausea e vomito. Aveva anche una difficoltà nel controllo dei movimenti con la mano destra (*sintomo non rilevato*). Venne portato al Pronto Soccorso. La **PA era 160/100**. Fece una TAC cerebrale (normale). In una visita ORL risultò un nistagmo di 3° a destra con Romberg positivo a sinistra. Gli vennero somministrate 2 fl di Levopraid® in 250 cc di soluzione fisiologica e fu ricoverato in ambiente ORL. Venne trattato con 1 fl di Plasil® in fleboclisi, cui seguì del glicerolo. Dopo due ore cessarono gli acufeni e dopo 3 ore le vertigini. L'impaccio motoria alla mano destra cessò dopo una settimana. Agli accertamenti ematologici risultò un colesterolo LDL di 168 mg/dL (v.n. 0-130). All'ECG evidenziava una ipertrofia ventricolare sinistra. Un esame audiometrico alla dimissione risultò normale. In 5° giornata venne dimesso con diagnosi di "**Sindrome vertiginosa in accertamento**" e terapia con Levopraid® 10 gtt tre volte al dì per 15 giorni. Dopo 8 giorni esegui in regime di post-ricovero una consulenza internistica, nella quale venne rilevata una PA di 210/100. Vennero quindi consigliati una serie di accertamenti. Dopo una ventina di giorni in regime di post-ricovero esegui **Rx torace (normale)**, **Eco Addome completo (quadro di epatomegalia steatosica)**, **Ecodoppler dei vasi epiaortici (...diffuso e marcato ispessimento**

*intimale. A destra al terzo inferiore della carotide comune, placca mista con stenosi del 20%.. si segnala in lobo tiroideo destro la presenza di due formazioni nodulari con ecostruttura disomogenea...si consiglia di proseguire nel controllo dei fattori di rischio, terapia antiaggregante piastrinica e, se indicato, l'impiego di statine e ace-inibitori..), Ecocardiogramma (non patologico), visita neurologica (sindrome di Meniere. Riferisce anche un impaccio motorio nei fini movimenti della mano destra...consiglio RM encefalo con gadolinio..). Il paziente venne trattato dopo un mese dal suo medico di famiglia con Enapren® 10 mg/die. Dopo 5 mesi, pagando di tasca propria, eseguì una **RM cerebrale** (l'emisfero cerebellare di destra ...compatibile in parte con atrofia e in parte con esiti ischemici antichi, aspetto simile controlateralmente e meno*



*marcato...).* Il paziente era in buone condizioni. La PA era 210/110 bilateralmente. L'esame neurologico era nella norma. Consigliai di aumentare l'Enapren® a 20 mg/die, prescissi una Aspirinetta® ad di e di ritornare dopo un mese con i valori della pressione.

**Commento:** 1) Si tratta di un caso di vertigini centrali da ischemia nel territorio vertebro-basilar con lesioni emboliche multiple (cerebellari destra e, solo alla RM, sinistra, arteria uditiva interna sinistra); 2) alla valutazione in Pronto Soccorso non vengono considerati l'ipertensione arteriosa, la sindrome cerebellare destra, i limiti di una TAC per una ischemia in acuto e nello studio della fossa cranica posteriore, la possibile competenza neurologica, la pericolosità di una ischemia del circolo posteriore in acuto con la indicazione per una terapia fibrinolitica considerando anche l'ipotesi di una trombosi della arteria basilare; 3) nella gestione degli accertamenti in post-ricovero nessun Collega si è preso a carico il paziente, tanto che l'ipertensione arteriosa comincia ad essere trattata dopo circa 1 mese, non viene dato un antiaggregante e la RM viene eseguita dopo 5 mesi, pagandola il paziente di tasca propria; 4) la RM cerebrale era l'esame diagnostico da eseguire in acuto più indicato inoltre rispetto alla TAC per lo studio della fossa cranica posteriore; 5) nella visita specialistica neurologica nel momento in cui si consiglia una RM (che spesso legge un radiologo generale) deve essere scritto che si vuole vedere l'esame; 6) un approccio clinico simile viene descritto in un recente caso clinico del *New England Journal of Medicine* l'11 febbraio 2010 (Case 4-2010 — A 53-Year-Old Man with Arthralgias, Oral Ulcers, Vision Loss, and Vocal-Cord Paralysis) dove una serie di specialisti esprimono pareri diversi e praticano anche terapie impegnative senza pensare alla diagnosi più probabile; 6) Si tratta di evitare una medicina-spezziatino in cui non vi è per il paziente un punto di riferimento clinico.