

17. LE MALATTIE DI CUORE QUALE PERICOLO SOCIALE DAL PUNTO DI VISTA PEDIATRICO (*).

Il titolo di questa conferenza può sembrare a prima vista poco giustificato perchè non aderente alla realtà e ciò non solo pei profani ma, in via generale, anche pei medici.

Difatti affinchè un problema riguardante la salute possa considerarsi di indole sociale occorre non solo che si riferisca a molti individui, e quindi che presenti un elevata morbilità, ma anche che la mortalità o quanto meno le conseguenze della malattia siano veramente notevoli, durature e tali da procurare un danno sensibile ed un'invalidità più o meno permanente all'individuo, e per conseguenza all'intera società, la quale si vede privata del lavoro del singolo, mentre è costretta ad assisterlo.

Orbene che le malattie di cuore rappresentino un gruppo di malattie sociali per gli adulti non può esservi dubbio, basta a tale riguardo tenere presente le statistiche delle varie Nazioni, tutte concordi, sia pure in proporzioni diverse, nel dimostrarlo; ma che esse lo siano pei bambini e giovanetti, o che comunque abbiano un inizio od un addentellato qualsiasi a questa epoca della vita pochi veramente lo pensano, ed assai pochi lo credono.

Difatti tanto i profani quanto i medici riscontrano di rado le cardiopatie — escluse le congenite — nell'infanzia, le quali invero rappresentano una causa presso che trascurabile di mortalità in questo periodo della vita, come chiaramente dimostra la seguente tabella.

Per altro gli studi e le ricerche di questi ultimi anni hanno dimostrato che questi concetti sono errati; giacchè se è vero che le cardiopatie conclamate, e specialmente scompensate, e la conseguente mortalità siano un appannaggio dell'età adulta, ciò non è altrettanto corrispondente per quanto riguarda la morbilità o l'inizio della malattia.

(*) Lezione tenuta nell'Istituto il 6 maggio 1939-XVII.

TABELLA I.

MORTI PER MALATTIE DEL

A N N I	Di 1 mese	Da 1 mese a 1 anno	Di 1 anno	Di 2 anni	Di 3 anni	Di 4 anni	Da 5 a 9 anni	Da 10 a 14 anni	Da 15 a 19 anni	Da 20 a 24 anni	Da 25 a 29 anni
1934											
Apparato Circolatorio . .	29	119	83	64	62	52	395	571	479	690	737
Totale generale di tutte le cause	34564	63459	30982	9711	5728	3887	10482	7758	9103	14895	13660
1935											
Apparato Circolatorio . .	25	106	96	55	46	56	402	555	466	676	843
Totale generale di tutte le cause	36720	64156	31379	9495	5319	3924	10577	7895	8785	14833	14358
1936											
Apparato Circolatorio . .	24	144	91	64	64	64	351	546	473	656	849
Totale generale di tutte le cause	34511	62169	29439	9542	5141	3339	9816	7427	8570	13841	13633
1937											
Apparato Circolatorio . .	26	174	110	73	53	71	373	555	543	663	845
Totale generale di tutte le cause	37488	70389	33769	9983	5406	3673	10163	7490	9950	13112	14002

L'APPARATO CIRCOLATORIO

Da 30 a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 a 44 anni	Da 45 a 49 anni	Da 50 a 54 anni	Da 55 a 59 anni	Da 60 a 64 anni	Da 65 a 69 anni	Da 70 a 74 anni	Da 75 a 79 anni	Da 80 a 84 anni	Da 85 a 89 anni	Da 90 e più	Età ignota	Totale
896	1127	1405	1896	2692	4282	6654	10130	13677	14233	10232	4163	977	4	75648
12949	12970	13887	16842	19425	25602	32999	44180	54972	56684	43932	19874	5748	46	563339
921	1197	1501	2083	2885	4558	7076	10881	14496	15602	10938	4671	1200	1	81336
13168	13832	14558	17069	20492	27230	34654	47285	58866	62415	47395	22725	6802	23	593953
1001	1242	1573	2154	3100	4712	7546	11242	15865	16462	11785	5059	1274	7	86349
13083	13896	14566	16940	21043	26785	55656	46822	61190	62903	48710	23594	6959	61	589636
964	1277	1560	2211	3107	4610	7495	10947	15776	16534	11868	5520	1402	—	86751
13356	13945	15015	17648	21322	27225	36949	46966	62045	64107	49353	24799	7249	16	615420

Negli Stati Uniti di America ad esempio, ove l'argomento è stato già da alcuni anni ampiamente dibattuto e studiato nell'infanzia e nella giovinezza, si è giunti a risultati in gran parte inattesi e del massimo interesse anche dal punto di vista profilattico durante questo periodo della vita.

Difatti a New York si è trovato che oltre il 5 ‰ dell'enorme popolazione studentesca di quella metropoli è rappresentata da soggetti cardiopatici (vale a dire dai 16 ai 17 mila ragazzi), di cui circa la metà completamente ignorati.

Ma la cosa più interessante sia dal punto di vista sanitario per la tutela della popolazione considerata come individuo (e quindi della razza) e sia dal punto di vista sociale pei riflessi cioè sulla società (e quindi sulla Nazione), è la constatazione scaturita dagli studi eseguiti, vale a dire che le affezioni cardiopatiche nel 75 % dei casi hanno origine durante i primi 10 anni di vita; non ostante esse nel maggior numero dei casi, almeno in un primo tempo, non diano segni clinici evidenti della loro esistenza; e quindi anche per questo, oltre che per la mancanza di esame medico, rimangono ignorate.

Difatti si è potuto stabilire, in seguito a minuziose indagini eseguite da vari ricercatori, che tra l'epoca probabile della constatazione della lesione cardiaca consecutiva ad una forma reumatica e la comparsa dei primi sintomi clinici bene evidenti intercorre di regola un lungo periodo di tempo, oscillante in media dai 4 ai 5 anni.

Constatazioni queste le quali portano alla conclusione che il massimo di morbidità per le cardiopatie si verifica nell'infanzia, mentre che, come è noto, il massimo di mortalità si appalesa tra i 40-60 anni.

Tenuto conto di tutti questi dati di fatto, è facile comprendere la grande importanza che in questo paese è stata attribuita a questo problema di così alto interesse sociale ed ai provvedimenti già adottati (istituzione di una speciale sezione sanitaria per la prevenzione ed il riconoscimento di tale malattia, di scuole speciali per bambini cardiopatici, di laboratori adatti per tali soggetti ecc.), nonchè il notevole impulso dato in questi ultimi anni agli studi di cardiologia, in specie dal punto di vista elettrocardiografico, con l'istituzione anche di numerosi centri di clinica cardiologica — oltre 250 —; e colle pubblicazioni e diffusioni (anche gratuite in specie ai sanitari), di libri ed opuscoli sull'argomento, è ciò

il più delle volte per opera delle varie compagnie di assicurazione. Esse, come è evidente, hanno difatti tutto l'interesse in prima linea di prevenire e di evitare la comparsa dei sintomi clinici delle cardiopatie, nonchè di diagnosticarle precocemente e curarle razionalmente, onde evitare di pagare il premio sia per una precoce inabilità al lavoro o peggio ancora per una rapida morte (si calcola che le malattie di cuore riducano a metà la durata della vita!).

E tutto questo basandosi sulle constatazioni cliniche oramai indiscusse e dimostrate specialmente nei bambini; vale a dire che è possibile non solo prevedere con l'ausilio delle ricerche elettro-cardiografiche se dopo un attacco reumatico (vedremo meglio in seguito quello che deve veramente intendersi per infezione reumatica) si andrà o no incontro alla istituzione di una cardiopatia e più particolarmente di una lesione a carico del miocardio; nel qual caso è spesso possibile non solo prevenirla, ma anche ottenerne nei bambini la guarigione, se diagnosticata fino dall'inizio e sapientemente curata, come è occorso talvolta di osservare.

Da noi, in Italia su di un problema di tanta importanza sanitaria non è stata fino ad ora richiamata tutta quella attenzione di cui esso è meritevole da parte dei competenti, salvo qualche rara eccezione (tra cui lodevolissime quelle di Ferranini, Barbara ed Agostini, Chini) nè è stato agitato presso l'opinione pubblica. E gli stessi pediatri — ai quali dovrebbe stare sommamente a cuore — debbono confessare di essersene ben poco occupati in specie per quanto si riferisce alla parte preventiva della cardiopatia, la quale indubbiamente è quella che dovrebbe invece avere un deciso predominio.

A ciò concorre, oltre il fatto che le cardiopatie sono in genere ritenute rare nell'infanzia anche la constatazione che il così detto reumatismo articolare acuto nella sua forma ordinaria (causa principalissima della istituzione di una cardiopatia) si riscontra di rado nell'infanzia, in specie poi prima dei 4-5 anni di vita; anzi è rarissimo in talune regioni di Italia. Ed invero anche l'esperienza personale nostra risultante dalle osservazioni eseguite in questo ultimo decennio presso la Clinica Pediatrica di Roma, ci dimostra che su 10.469 bambini ricoverati soltanto 108, presentavano affezioni cardiache acquisite, di cui 6 in seguito a denunciata tonsillite, e gli altri in seguito a forme reumatiche poù o meno vaghe ed indeterminate, ovvero a cause ignote.

Una percentuale come si vede piuttosto trascurabile, circa l'1 %. Ma a tale riguardo è doveroso tenere conto che in Clinica vengono di regola ricoverati bambini presso che quasi tutti in gravi condizioni e per lo più per affezioni acute.

Del resto anche tra quelli assai numerosi, oltre 48 mila, che in questo ultimo decennio hanno frequentato l'ambulatorio della Clinica, abbiamo constatato solo 283 cardiopatie acquisite (0,60 %) e 99 congenite (0,20 %).

Una simile concezione che trae la sua origine da cognizioni errate e da interpretazioni di fatti dimostratesi inesatte ed incomplete al lume di una critica razionale, merita evidentemente di essere chiarita; giacchè allora soltanto si renderà evidente come pur troppo anche presso di noi tale affezione morbosa rappresenti un pericolo sociale gravissimo per la salute fisica della razza italiana, anzi si può dire il più grave; e da qui anche l'assoluta necessità che su di esso debba oramai polarizzarsi l'attenzione dei dirigenti, dei competenti e del pubblico, onde rapidamente tradurre in pratica quello che di buono e di utile si può fare per evitarlo, o quanto meno ridurlo nelle sue perniciose conseguenze.

Difatti a prescindere dalle cifre statistiche riguardanti i casi di cardiopatie riscontrate nelle scuole in America 5 ‰, e di quelle molto più elevate in Inghilterra 38-40 ‰, risulta che ad es. su 2.200 alunni visitati nella scuola a Milano nel 1936-37 si è riscontrata (Guglielmini) la percentuale del 17 ‰ di cardiopatici.

Per altro dati statistici, di questo genere, sia pure incompleti, relativi alla popolazione studentesca, anche solamente delle principali città italiane, non si trovano a disposizione.

La conferma della gravità e dell'urgenza del problema risulta in modo assai chiaro dalla semplice lettura dei dati statistici ufficiali delle cause di morte nel Regno d'Italia.

Limitandosi sia pure ai dati dell'ultimo quadriennio si osserva che per la malattie di cuore e dell'apparato circolatorio in complesso:

nel	1934	sono	morti	75.648
»	1935	»	»	81.336
»	1936	»	»	86.349
»	1937	»	»	86.751

Invece sono morti per:

	Tubercolosi varie form.	Tumori maligni	Euteriti	Bronchiti e Polmoniti
nel 1935	38037	35045	55462	99281
„ 1936	37474	35924	46659	103719
„ 1937	36986	36847	57105	105561

E' evidente che le malattie di cuore fanno quasi il triplo delle vittime in confronto di quelle della tubercolosi e dei tumori maligni, le quale due affezioni, benchè sommate insieme, non arrivano a dare una così alta mortalità. Onde è che, tra tutte le varie cause di morte, le cardiopatie occupano il secondo posto come importanza, distanziandosi in questo in modo notevolissimo dalle altre; esse sono sorpassate solamente dalle malattie acute dell'albero respiratorio.

Non ostante ciò una lotta efficace contro un così grave pericolo sociale non è stata iniziata, (mentre invece tanto fervore di opere vi è contro la tubercolosi e molto si sta facendo contro i tumori maligni); benchè le statistiche ufficiali siano là con la loro cruda realtà a dimostrare come tale affezione morbosa sia più micidiale di tutte queste altre e vada ogni anno aumentando il numero delle vittime.

Ciò è conseguenza di una specie di fatalismo (pur troppo ancora dominante), sulla creduta impotenza da parte nostra sia a prevenire una cardiopatia e sia a condurla a guarigione; fatalismo oramai sorpassato dai risultati dei recenti studi.

Nè si deve ritenere che il maggior numero dei cardiopazienti sia un triste appannaggio della regione del Nord di Italia in relazione al clima più umido e più freddo, ed ove quindi si presentano più numerose le forme di reumatismo articolare acuto; giacchè le statistiche dimostrano che essi sono pure assai numerosi nelle Marche, nella Campania nella Sicilia.

Tutto questo trova, secondo noi, — indipendentemente dal clima — una plausibile spiegazione nella considerazione che le cardiopatie nel maggior numero dei casi hanno inizio nella fanciullezza, e comunque nella prima infanzia, per causa e con un quadro clinico che (come vedremo) nulla ha a che fare col classico reumatismo articolare acuto.

Che se, oltre il danno incalcolabile della mortalità, si volesse tenere conto, sia pure in modo assai approssimativo, di quello gravissimo della morbidità, si verrebbe alla conclusione, seguendo le regole comunemente in uso, che il numero di malati di cuore esistenti in Italia deve aggirarsi intorno al milione.

Difatti il Barbara, in un recente studio, calcola che in Italia esistano circa 800 mila cardiopazienti, che apporterebbero alla società un danno annuo complessivo di circa un miliardo!

Ed a tale proposito abbiamo espressamente detto malati di cuore, cioè soggetti nei quali la malattia è diagnosticabile clinicamente e quindi in atto; giacchè il numero di essi deve risultare indubbiamente maggiore se si tiene conto, come in realtà si dovrebbe, anche *dei cardiopatici in potenza*. Questi sono appunto rappresentati dai bambini tra i 4 ed i 10 anni, vale a dire in quel periodo della vita che, oltre ad essere considerato giustamente come il più vulnerabile per la facilità colla quale si può restare colpiti dalle malattie infettive, è anche quello di un notevolissimo sviluppo fisico e solo perciò di una minorata resistenza generale.

Difatti nei trattati di patologia medica ed in particolare in quelli di Pediatria a proposito dell'etiopatogenesi delle cardiopatie è ripetuto che le endocarditi (a parte quelle fetali, cause dei vizi congeniti e per lo più della sezione destra del cuore) sono dovute all'azione batterica e perciò sono secondarie a malattie infettive con questo ordine di frequenza; in prima linea reumatismo articolare acuto, (come nell'adulto) poi corea, infezioni settico piemiche, scarlattina, morbillo, difterite, polmonite, tifo, vaiolo, eritema nodoso, sifilide.

Si parla, come si vede, più che altro di processi di natura infettiva flogistica che possono con più o meno frequenza attaccare l'endocardio e quindi le valvole; di quei processi cioè che potendo in genere essere diagnosticati, dietro un attento esame con una certa facilità, sono ritenuti rappresentare praticamente la causa più comune delle cardiopatie.

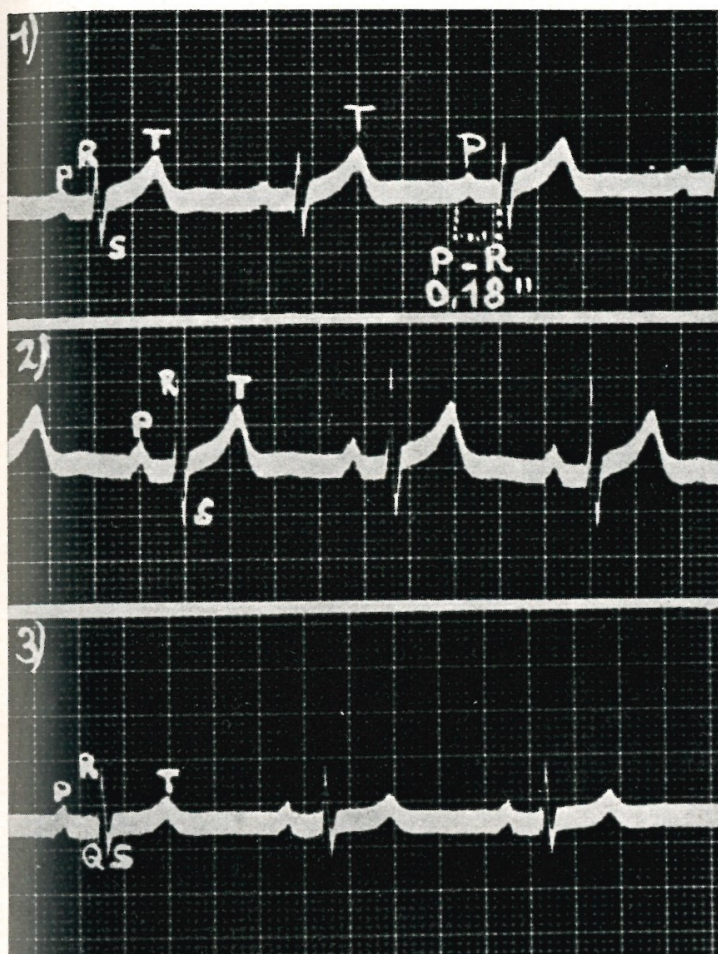
Soltanto da taluni, ed appena di sfuggita, viene fatto cenno, tra le varie cause etiologiche, anche delle affezioni influenzali e tonsillari.

Scarsa importanza d'altra parte è pure attribuita ai processi flogistici che si possono istituire sul muscolo cardiaco appunto perchè nell'infanzia sono raramente riscontrabili dal punto di vista clinico; concezione questa per altro che le ricerche recenti hanno notevolmente rettificato.

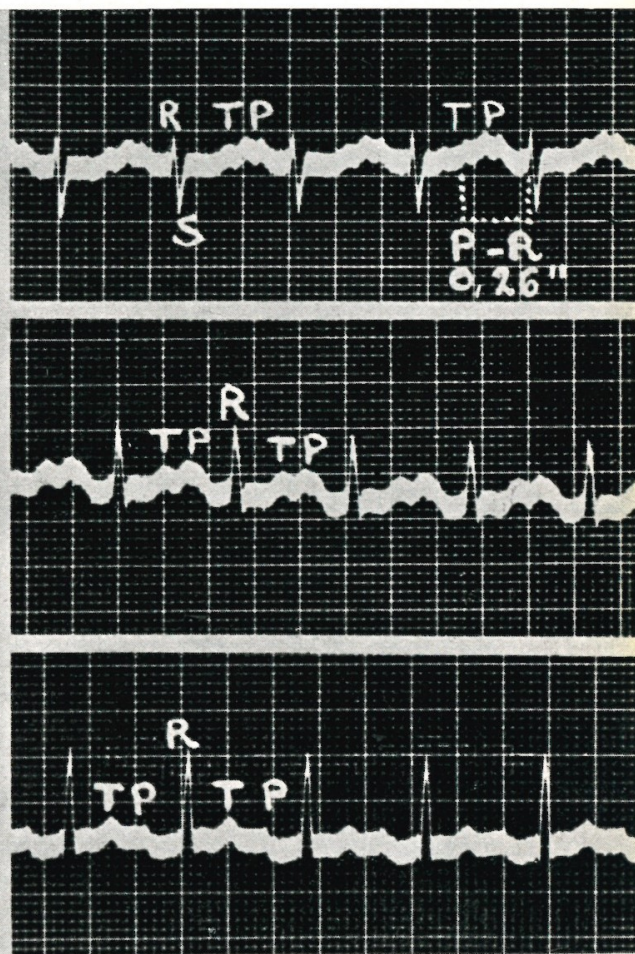
ELETTROCARDIOGRAMMI

Normale

Cardite reumatica



Frequenza : 68
 P-R : 0,18"
 (normale)



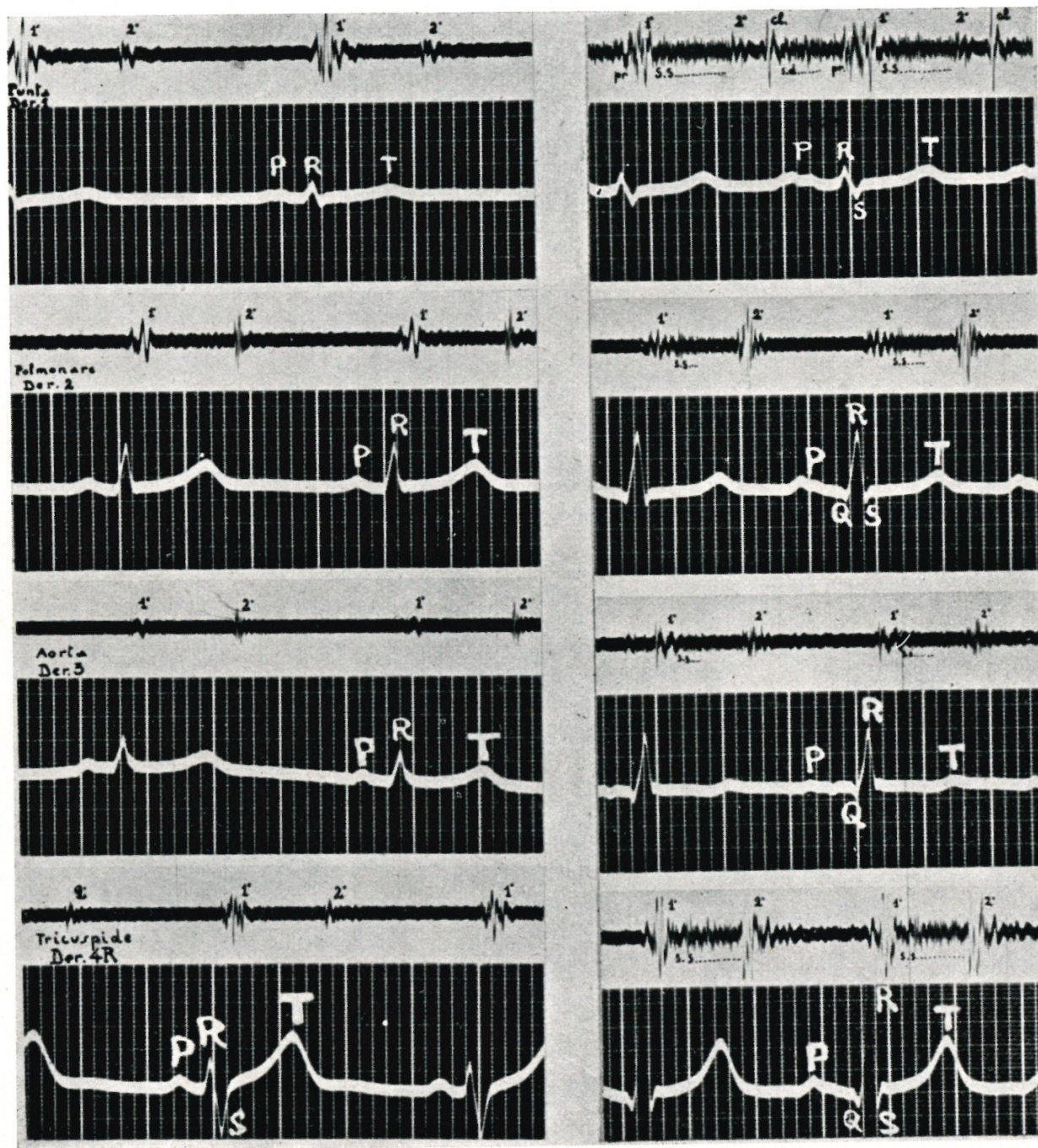
Frequenza : 125
 P-R : 0,26"
 (blocco parziale atrio-ventr.)

FONO ED ELETTROCARDIOGRAMMI

(eseguiti dal Dott. Giorgio Mattoli)

Normale

Stenosi ed insufficienza mitralica



Frequenza : 76

P-R = 6,14"

Q R S = 0,07

Frequenza : 71

P-R = 0,25" (cardite reumatica)

Q R S = 0,05

Invero, in base a questi dati etiopatogenetici, una volta ammesso, come sopra abbiamo detto, che il 75 % delle cardiopatie hanno inizio in genere durante il primo decennio di vita, la sindrome classica del reumatismo articolare acuto, (solito ad osservarsi nell'adulto) dovrebbe pure presentarsi assai frequente anche nell'infanzia, mentre in effetto la clinica dimostra che invece essa si osserva raramente.

Gli è che una simile infezione chiamata oggi più logicamente *febbre reumatica* o semplicemente *reumatismo* si manifesta in genere nel bambino con un quadro clinico assai diverso di quello solito dell'adulto; in quanto esso nella grandissima maggioranza dei casi è rappresentato dalle infezioni flogistiche naso-faringee, delle tonsille, dei seni, delle vie respiratorie alte e talora anche dei denti; forme queste tutte assai frequenti a verificarsi nell'infanzia ed in specie in quei soggetti — tutt'altro che rari — già predisposti o per la loro costituzione così detta essudativo linfatica o per alterazioni del tessuto tonsillare ed adenoideo.

Tali forme di febbre reumatica o reumatismo — battezzate per lo più come semplici attacchi influenzali — si presentano talora sotto forma di un'infezione acuta, (semplice tonsillite); ma assai spesso (e sono le forme più micidiali e nello stesso tempo più ingannatrici) ad andamento sub acuto e cronico con angina misconosciuta e senza dolori articolari, con particolare tendenza anzi a recidive a più o meno lunga scadenza, di durata più o meno breve a seconda delle diverse cause occasionali e della maggiore o minore predisposizione del soggetto.

In queste condizioni è chiaro che non ci si può aspettare di osservare a carico del paziente la sindrome tipica del così detto reumatismo articolare acuto tanto più che, non intervenendo complicazioni speciali, la malattia si esaurisce in 10-15 giorni. Giacchè se anche nell'infanzia il reumatismo (r.a.a.) si manifestasse con i sintomi classici di quello dell'adulto (e che gli fecero guadagnare appunto il nome di r.a.a.) non si verificherebbe il fatto frequentissimo di riscontrare in adulti, che non ricordano di averlo mai sofferto, dei vizi valvolari di non dubbia natura reumatica.

In pratica per altro, anche al presente, il medico non suole attribuire in genere soverchia importanza a questa sindrome morbosa, a queste forme di reumatismo, a queste così dette cioè forme influenzali (benchè comunemente chiamate reumatiche dallo stesso sanitario) tanto frequenti nella infanzia; tanto è vero che, appena cessato il periodo febbrile o comunque

più o meno acuto, al paziente viene senz'altro consigliato di lasciare il letto e riprendere rapidamente la vita normale; anche, se residuano piccole elevazioni di temperatura, in conseguenza dell'infezione ancora non spenta, e messa invece troppo semplicisticamente in relazione con uno stato un pò prolungato di convalescenza. Senza per nulla riflettere che il più delle volte è proprio in questo periodo — come hanno dimostrato le ricerche recenti — che il soggetto deve essere considerato come un *cardiopatico in potenza*, e quindi più che mai bisognevole di cure adatte sia per prevenire la costituzione della malattia, e sia per preservarlo dalle facili e pericolose ricadute.

Orbene sono caratteristiche proprio dell'infanzia queste forme larvate con scarsa obbiettività, che talora non vengono nemmeno sottoposte alla osservazione del medico, ovvero neppure da lui pensate, quelle che rappresentano l'inizio di una cardiopatia in un primo tempo ignorata.

Invero in questi ultimi anni di pari passo con lo sviluppo delle specializzazioni in malattie di cuore, questa sindrome morbosa ed in particolare modo il reumatismo è stato studiato in modo minuzioso; e l'uso dell'elettro cardiografo ha senza dubbio dato un contributo decisivo alla diagnosi della miocardite reumatica, in quanto esso rappresenta il mezzo più delicato per localizzare le lesioni miocardiche e per seguirne il decorso.

Col sussidio di quest'apparecchio è stato appunto possibile stabilire che simili lesioni, così dette reumatiche, in genere si manifestano per la prima volta nel primo decennio di vita e nella grandissima maggioranza dei casi dopo un periodo di apparente benessere (che dura circa due settimane) dalla fine di una comune flogosi delle tonsille, dei seni, o delle vie respiratorie.

Il Chini del resto nella sua recentissima monografia dal titolo « Di alcuni rapporti morbosi tra tonsillite e miocardio » dà la dimostrazione esatta, mercè appunto l'elettro cardiogramma, del patimento del muscolo cardiaco (miocardite) assai frequente a constatarsi durante le affezioni tonsillari. Di queste alterazioni elettro cardiografiche si erano già occupati in modo sistematico anche De Orchi (1935), Weicker e Nehrck (1936), Assmann (1937), Otto (1937), Weicher (1937), venendo tutti concordemente

alla conclusione che in casi di flogosi o di affezioni tonsillari con una certa frequenza è dato di riscontrare una sofferenza del miocardio.

Talvolta la *miocardite* può perfino essere l'unica manifestazione di queste forme reumatiche a carico dell'apparato circolatorio, e essere presente anche senza venire accompagnata da febbre o da altri fenomeni imponenti.

Il quadro clinico che in genere suole osservarsi in questi piccoli può secondo il Prof. Secondari così riassumersi: « Generalmente si nota pallore, cefalea, inappetenza, stanchezza, facile esauribilità, talora epistassi e febbre modica che non supera i 38°.

Possono osservarsi anche manifestazioni cutanee varie come l'eritema essudativo polimorfo, nonchè dolori toracici ed addominali e dolenzia vaga agli arti, in specie inferiori, generalmente chiamati questi ultimi di cre-scenza, perchè creduti in rapporto con l'accrescimento in lunghezza degli arti, data l'età del paziente. Il polso è aumentato di frequenza, in sproporzione colla temperatura, ed anche durante il sonno; talvolta è irregolare per extrasistoli, che sono seguite da pause compensatorie e da pause ventricolari che in realtà non sono tali, perchè rappresentano una vera e propria assenza di contrazione ventricolare. Altre volte il polso è raro ed aritmico indicando un blocco cardiaco.

In tutti questi casi il cuore è colpito; noduli reumatici sono sparsi nel miocardio e le valvole stesse vanno soggette ad un processo di infiammazione. Orbene l'esperienza dimostra che abitualmente le lesioni più cospicue, specie nei casi di prima infezione, risiedono nel *miocardio auricolare*, e sono, almeno in un primo tempo, rilevabili soltanto coll'elettrocardiogramma (v. elettro-cardiogramma tav. I).

Tanto è vero che le alterazioni elettro cardiografiche da tonsillite rappresentano in genere una manifestazione isolata di localizzazione miocardica e quindi di sofferenza cardiaca, in quanto nessun altro segno clinico è possibile mettere in evidenza tranne nei casi di blocco.

A tale proposito sarà utile ricordare che la lesione patologica elementare del reumatismo è rappresentata dal nodulo di Aschoff, processo flogistico ad andamento cronico. Esso si riscontra più o meno numeroso

oltre che nelle sierose e nelle sinovie articolari anche nel miocardio; ove guarisce con sostituzione di tessuto connettivo giovane che in seguito diviene cicatriziale e che a forma di cuneo si approfonda tra le fibre muscolari sane, diminuendo l'efficienza funzionale del cuore e stabilendo sensibili centri di stimoli ectopici che potranno, in un momento più o meno remoto, disturbare il ritmo cardiaco.

Il cuore non appare aumentato nei suoi diametri, mentre invece alla ascoltazione il più delle volte i toni risultano alterati. Talvolta sono aumentati di intensità e variabili nell'intensità del tono stesso.

Non raramente si avverte un soffio sistolico prolungato di carattere organico accompagnato talora anche da uno diastolico. Questi soffi sono dovuti, oltre che a condizioni patologiche delle valvole, anche alla dilatazione dell'anello valvolare dovuta a debolezza del miocardio malato. v. fono ed elettro-cardiogramma tav. II).

Risulta pertanto che oltre alle abituali lesioni valvolari consecutive alla valvulite verrucosa, in seguito a r.a.a. ed a malattie infettive producenti i comuni vizi valvolari facilmente diagnosticabili, conviene durante la presenza delle febbri così dette reumatiche od influenzali, rappresentate in specie nell'infanzia nell'80 % circa dei casi da flogosi tonsillari. (Il Katz difatti, basandosi su di una statistica veramente imponente — 2000 cardiopatie acquisite —, attribuisce il 45 % alla grippe angina ed il 4,5 % soltanto alla poliartrite reumatica), tenere bene presente anche la possibilità di lesioni a carico del miocardio, tutt'altro che rare a costituirsi e rappresentanti anzi talvolta, come sopra si è detto, l'unica manifestazione dell'inizio di una cardiopatia.

E' evidente quindi non solo l'opportunità ma la necessità da parte del medico generico, oltre che del pediatra, il quale viene a contatto con questi malati, di bene orientarsi nel giudizio diagnostico in presenza di una tale sindrome morbosa in apparenza di scarsa importanza ma in realtà decisiva per la salute del paziente; in quanto un consiglio tempestivo ed una cura adatta possono sia prevenire la istituzione di una cardiopatia, che è ancora semplicemente in potenza, sia avviare il soggetto verso una guarigione definitiva, ovvero, per una errata diagnosi, provocarne invece la irremediabile comparsa.

Giacchè una volta costituitasi una lesione grave, e definitivamente stabilitasi, sia essa sul miocardio che sull'endocardio, (peggio poi se ignorata nel suo primo momento) nulla noi potremo fare per impedirne le gravi conseguenze funzionali; tutt'al più potremo ritardarle se più o meno precocemente verranno diagnosticate, e comunque attenuarle, quando si presenteranno.

Invece, fino a che la forma morbosa è ancora in potenza il riposo assoluto in letto per liberare il cuore malato da ogni lavoro eccessivo — fino a quando non sia scomparso il quadro clinico avanti descritto, e lo studio dell'elettrocardiogramma non abbia dimostrato essere ritornata normale la funzione cardiaca — è risultato, in base all'osservazione clinica fatta sui bambini, essere il mezzo più sicuro per scongiurare il pericolo dello stabilirsi di una cardiopatia, accorciando inoltre notevolmente il periodo tanto impropriamente detto di convalescenza; (mentre invece, come abbiamo visto, deve considerarsi ancora di malattia in atto).

Inoltre col ridurre al minimo fino dal primo momento il lavoro del cuore non solo si facilita al massimo la possibilità della guarigione di una lesione già costituitasi, attenuandone comunque fino dall'inizio le possibili conseguenze; ma si evitano anche le facili ricadute, ottenendo che l'agente causale possa spegnersi definitivamente.

A questo proposito risulta evidente l'importanza enorme che simili constatazioni acquistano dal punto di vista profilattico e preventivo non solo nei bambini, nell'organizzazione della Gil, avanguardisti; ma anche negli operai, nei lavoratori in genere, nei militari.

Noi abbiamo ritenuto opportuno di intrattenerci un pò diffusamente sopra questo momento etiopatogenetico delle cardiopatie, perchè mentre è quello che praticamente suole verificarsi nella grandissima maggioranza dei casi, e più particolarmente nell'infanzia, è d'altra parte proprio quello che pur troppo comunemente viene trascurato, perchè o ancora ignorato, o comunque non apprezzato al suo giusto valore.

Ma è chiaro che anche gli altri momenti etiologici, rappresentati dalle comuni malattie infettive dell'infanzia e sopra elencati a proposito dell'etiologia delle malattie di cuore, sebbene ricorrano nella pratica con molta

minor frequenza di quello fino ad ora descritto (flogosi faringo-tonsillari), pure vanno tenuti nella più grande considerazione in specie dal punto di vista potenziale di una possibile cardiopatia.

E gli studi anatomo patologici ce ne danno una evidente conferma. Difatti nella grandissima maggioranza di cuori dei bambini deceduti per malattie tossi-infettive è dato riscontrare (De Vecchi) a carico delle valvole dei processi flogistici più o meno gravi, riconoscibili per altro *solo microscopicamente*, taluni dei quali anche in via di guarigione anatomica.

Constatazione questa che non può arrecare meraviglia solo che si pensi che è più particolarmente nel primo decennio di vita che il cuore, mentre è obbligato ad un lavoro più intenso e più rapido per facilitare lo sviluppo fisico del giovane organismo, deve contemporaneamente sviluppare sè stesso; e quindi, seguendo le leggi naturali, deve per necessità trovarsi nel periodo di maggiore vulnerabilità.

E bensì vero che simili alterazioni anatomiche riconoscibili solo all'esame microscopico sono effettivamente incapaci di dare segni rilevabili ad un esame clinico anche il più accurato; ma questi sovente si presentano poi in un secondo tempo, e talora anche a lunga scadenza; vale a dire quando, verificatesi la guarigione anatomica della flogosi valvolare, ne sono residue le alterazioni più o meno accentuate del tessuto stesso (le quali rappresentano la base anatomica dei vizi valvolari) sovente passate inosservate e quindi non diagnosticate.

A questa categoria di pregresse ed ignorate affezioni tanto del miocardio che dell'endocardio debbono essere iscritti quei bambini e giovanetti i quali, pur non presentando all'esame clinico una ben definita e sicura sindrome di malattia di cuore, sono per altro dei soggetti che presentano disturbi cardiaci subbiettivi e funzionali come aritmie, tachicardia spontanea o facilmente provocabile, soffi per lo più dolci ed in genere ritenuti con troppa facilità — sinonimo di poca serietà — inorganici (anche perchè non rintracciabile anamnesticamente nè una pregressa endocardite, nè una plausibile causa della medesima) ovvero aumento di volume del cuore, senza segni patologici netti ascoltatori, diagnosticato come ipertrofia cardiaca di crescita.

Questi soggetti debbono invece essere considerati dei vari cardiopatici sia pure in uno stato più o meno potenziale o meglio iniziale anche nell'assenza di sintomi clinici tipici, ma che tali indubbiamente diventeranno con la classica sindrome anche funzionale in un periodo più o meno breve, se non precocemente e rettamente diagnosticati, e quindi a tempo profilassati, preservati dalle recidive, indirizzati e consigliati nel tenore più adatto di vita e del lavoro e sapientemente curati.

A questo scopo occorre non solo creare una mentalità medica adatta, ma sopra tutto diffonderne prima la conoscenza e poi la necessità e la convinzione nel pubblico, senza di che la semplice opera personale fatta dai sanitari risulterebbe insufficiente.

Occorre pertanto che gli Enti interessati ai problemi medico-sociali, ed in modo particolare quelli a cui è devoluto il miglioramento e la conservazione della sanità della razza svolgano da un lato una intensa opera di propaganda culturale, e dall'altro, una volta convinti del grave pericolo sociale che rappresentano le malattie di cuore nell'infanzia, si inducano a trattare questo problema per lo meno alla pari di quello della malaria, delle malattie veneree, e della tubercolosi.

Ambienti particolarmente adatti non solo per una utile, e sicura propaganda, ma anche per un rilevamento statistico-sanitario dei soggetti colpiti dall'affezione sono indubbiamente le scuole e la Gil.

Occorre che gli Enti assicurativi e la varie casse mutue di assistenza sanitaria (a titolo di lode dobbiamo ricordare che quella degli addetti al Commercio ha già preso un'iniziativa in questo senso per figli degli assicurati) nel loro stesso interesse, oltre che soprattutto per quello dei loro clienti, si convincano della necessità del riconoscimento precoce della malattia, della possibilità, in taluni casi, di prevenirla e curarla.

Occorre infine che anche da noi in Italia i mezzi di indagine i più moderni ed i più sicuri siano veramente alla portata di tutti e non soltanto di taluni privilegiati, e quel che più conta adoperati ed interpretati da personale veramente esperto nella materia: l'elettrocardiogramma ed il fono cardiogramma dovrebbe cioè avere la stessa possibilità di riproduzione e di esatta interpretazione che ha oramai raggiunto il radiogramma.

Giacchè soltanto conoscendo bene la causa della malattia e soprattutto prevenendo la sua comparsa, sapientemente curandola fin dall'inizio, e riducendo al minimo le sue conseguenze noi potremo scongiurare e comunque notevolmente ridurre le gravissime conseguenze ed i notevoli danni di ordine individuale e sociale che attualmente per questa sola causa sopporta la Nazione Italiana.

