PROF. I. ROMANELLI

La prognosi dei vizi valvolari del cuore

nel periodo di eusistolia

Estratto da « *Le Malattie del cuore* » anno III (1919)

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14
—
1919

Istituto Nazionale delle Assicurazioni

DIREZIONE GENERALE - ROMA

L'assicurazione sulla vita dev'essere considerata come una necessità che s'impone a tutti senza distinzione di classe.

Le somme assicurate presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ascendono a 2 miliardi. — Sono garantite dal Tesoro dello Stato, sono insequestrabili e non soggette a tasse.

Premi di Assicurazioni sulla vita per l'esercizio 1918: oltre 88 milioni. — Attività al 31 dicembre 1918: oltre 353 milioni.

Riassicurazioni rischi di guerra in navigazione: capitali assicurati su corpi e merci: 29 miliardi. — Premi introitati: 1 miliardo e mezzo. — Differenza attiva al 31 dicembre 1918: 519 milioni. — Riassicurazioni dei rischi ordinari della navigazione: utile del 1° esercizio: 2 milioni.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è stato autorizzato ad assumere in riassicurazione rischi di qualsiasi genere così in Italia e nelle Colonie, come all'Estero.

Agenzie Generali in ogni capoluogo di provincia.

Agenzie locali in tutti i principali Comuni.

(Estratto da « *Le malattie del cuore* » anno III, 1919)

La prognosi dei vizi valvolari del cuore nel periodo di eusistolia

per il prof. I. Romanelli.

Le domande che più insistentemente sono rivolte al medico dal malato e dalla famiglia di lui sono quelle che riguardano la prognosi. È superfluo illustrare la importanza della prognosi in tutte le malattie.

L'alta morbilità per vizi valvolari cardiaci, l'importanza dell'organo leso nella funzione dell'organismo umano, giustificano questi miei appunti.

I moderni studi di cardiologia hanno inoltre apportato nuovi elementi per la prognosi dei vizi cardiaci. Oggi il vizio cardiaco è considerato come l'esito di un processo spento, il quale ha determinato delle lesioni; il muscolo cardiaco adattandosi alle nuove condizioni riesce a stabilire il compenso, che durerà finchè lo permetteranno le forze di riserva del miocardio, finchè la nutrizione di esso è perfetta e le sue fibre muscolari integre.

Morbilità. — Non è facile avere statistiche esatte sulla morbilità generale per vizi valvolari di cuore.

E. Guttmann su 60,000 casi del Policlinico di Breslavia ha trovato 914 vizi di cuore e perciò una percentuale di morbilità dell'1.55 %. Rasenstein dà una percentuale dell'1–2 % e Leuch del 2.12 %.

Nel materiale di autopsia i vizi cardiaci rappresentano secondo Guttmann il 6 %, per Rasentein l'8–9 % e secondo Chambers il 17 %.

Dalle statistiche degli Ospedali di Roma si rileva che il numero dei malati di vizi di cuore è di circa il 0.15% della popolazione ospedaliera. Infatti:

Ospedali di Roma.

ANNO	Ricoverati per qualsiasi malattia	Ricoverati per vizi di cuore	Ricoverati per vizio di cuore per 100 di qualsiasi malattia
Dal 1903 al 1910	10,731	1703	0,159

La frequenza maggiore è data dai vizi mitralici che rappresentano il 0.62 % di tutti i vizi valvolari e circa il 0.10 % di tutti i ricoverati per qualsiasi malattia. Seguono i vizi aortici nel 0.31 % di tutti i vizi dicuore, e circa il 0.65 di tutta la popolazione ospedaliera; infine i vizi combinati col 0.69 % dei vizi valvolari cardiaci ed una percentuale intorno al 0.01 di ricoverati per qualsiasi malattia. Infatti:

Ospedali di Roma.

ANNO	Ricoverati per 100 degenti per vizi cardiaci			Ricoverati per 100 di qualsiasi malattia		
	per vizi mitralici	per vizi aortici	per vizi combinati	per vizi mitralici	per vizi aortici	per vizi combinati
Dal 1908 al 1910. . . .	0,620	0,310	0,062	0,986	0,49	0,0109

Anche le altre statistiche confermano che più spesso è lesa la valvola mitrale.

GUTTMANN ha trovato:

Insufficienza mitralica . . . . . nel 38.6 % dei casi
Stenosi mitralica . . . . . » 21.1 % » »
Insufficienza aortica . . . . . » 18.4 % » »
Insufficienza e stenosi mitralica . . . . . » 6.4 % » »
Insufficienza aortica e mitralica. . . . . » 3.8 % » »
Insufficienza aortica e stenosi mitralica . . . » 3.1 % » »
Altri vizi più rari . . . . . » 8.6 % » »

e HIRSCHFELDER su 1781 casi dell'Johns Hopkins Hospital osservati tra il 1889 ed il 1908 ha trovato:

Insufficienza mitralica . . . . . nel 29 % dei casi
Insufficienza aortica . . . . . » 22 % » »
Stenosi mitralica ed insufficienza aortica . . . . » 14 % » »
Stenosi mitralica sola . . . . . » 8 % » »
Insufficienza aortica, insufficienza mitralica e stenosi mitralica . . . . . » 4 % » »
Insufficienza e stenosi aortica . . . . . » 3 % » »
Altri vizi . . . . . » 20 % » »

Mortalità. — Il MAREAU (*Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie.* Paris, 1890), calcola in una media di 131 decessi la mortalità annua delle affezioni organiche del cuore per una popolazione di 100,000 abitanti.

Dagli ultimi cinque volumi delle *Cause di morte nel Regno* pubblicate dal Ministero dell'agricoltura, industria e commercio la mortalità per malattia del cuore (endocardite, lesioni valvolare, ipertrofia, miocardite, rottura, ecc., risulta:

per l'anno 1910 del 9.29 % di tutti morti per qualsiasi malattia
id. 1911 » 8.82 % id. id.
id. 1912 » 9.47 % id. id.
id. 1913 » 9.28 % id. id.
id. 1914 » 10.08 % id. id.

Dalle succitate statistiche degli Ospedali di Roma si rileva:

ANNO	Morti per vizi mitralici	Morti per 100 ricoverati per vizi mitralici	Morti per vizi aortici	Morti per 100 ricoverati per vizi aortici	Morti per vizi combinati	Morti per 100 ricoverati per vizi combinati	Morti per tutti i vizi di cuore	Morti per 100 ricoverati per vizi di cuore	Morti per vizi di cuore	Morti per vizi di cuore per 100 di qualsiasi malattia
Dal 1908 al 1910	178	0,168	102	0,193	23	0,186	293	0.178	606	0,0567

Luigi L. Dublin (*The Boston Medical e Surgical Journal* del 26 settembre 1918, afferma che le malattie organiche di cuore hanno il primo posto tra le cause di morte di tutta la popolazione.

Dal 1911 al 1916 incluso su 634,499 sinistri per qualsiasi causa di morte della Compagnia di Assicurazione-Vita Metropolitan 75,345 erano morti di malattia organica di cuore e cioè l'11.9 %. Sebbene la malattia sia una delle principali dell'età avanzata, il tasso è alto anche presso l'età adulte più giovani. Il tasso di mortalità è più alta per le femmine che per maschi nel periodo di età dai 20 ai 24 anni, dopo il quale la situazione si inverte. Comparando il tasso di mortalità per gli uomini della popolazione generale con quello degli uomini bianchi assicurati ha trovato che ad eccezione del periodo della prima infanzia, da uno a quattro anni, il tasso di mortalità è molto più alto per il gruppo degli assicurati che per la generalità della popolazione. Ciò si verifica anche per le donne.

Età. — Circa l'età in cui si manifestano i vizi di cuore nel trattato di medicina interna del Mohr e Staehelin si riportano statistiche di Rombey, Smitt, e Guttmann e riassumendo gli AA. affermano che in generale i vizi di cuore osservati nel primo decennio sono essenzialmente vizi congeniti, i quali più tardi non vengono più in discussione perchè provocano di solito ben presto fenomeni di scompenso e causano la morte.

I vizi di cuore che si osservano nel 2° e 3° decennio sono per lo più di origine infettiva, quasi sempre reumatica, e si tratta prevalentemente di vizi mitralici. Questi in confronto ai vizi congeniti ed a quelli sifilitici (di cui si dirà) sono relativamente benigni.

I vizi cardiaci sifilitici, che per lo più si propagano dall'aorta alle valvole aortiche, più di rado anche alla mitrale si sviluppano nel 3° e 4° decennio di vita.

L'età più avanzata fra il 4° e 5° decennio è caratterizzata dai vizi a base arteriosclerotica. Al pari dei sifilitici essi sono per lo più localizzati all'aorta o anche alla mitrale, possono naturalmente aggiungersi a quelli reumatici o sifilitici già in atto.

Esaminando la morbilità per cardiopatia si rileva, dalle Statistiche degli Ospedali di Roma, che la maggiore morbilità per malattie del cuore (malattie del cuore e del pericardio) si verifica nel periodo dai 50 ai 60 anni, per gli uomini e dai 40 ai 50 per le donne; infatti:

Ricoverati negli ospedali di Roma per malattie del cuore e del pericardio.

Ricoverati negli anni 1908-09-10	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70
Maschi	183	197	305	358	333
Femmine	213	194	263	214	221
Totale . . .	396	391	568	572	554

Esaminando le Statistiche delle cause di morte nel Regno per gli anni dal 1910 al 1914 si rileva che i morti per malattie del cuore (endocardite, lesioni valvolari, ipertrofia, miocardite, rottura ecc.) nell'età dai 20 ad oltre i 75 anni, sono così distribuiti: un quarto della cifra totale distribuiti nei gruppi di età dal 20 ai 59 anni, mentre i tre quarti della cifra totale fanno parte dei gruppi di età dal 60 ad oltre 75 anni.

Morti nel Regno per malattie del cuore.

ANNO	Nell'età dai 20 ai 59 anni	In età dai 60 ad oltre 75 anni
1910	15,040	45,393
1911	15,247	47,256
1912	14,297	42,966
1913	13,986	44,415
1914	14,970	47,068

E la stessa distribuzione nell'età si verifica anche tra i maschi e le femmine altrochè per la cifra totale dei morti. Infatti:

Morti nel Regno per malattie di cuore.

ANNO	In età dai 20 ai 59 anni		In età dai 60 ai 75 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
1910	6,449	8,691	19,462	25,931
1911	6,526	8,721	20,132	27,124
1912	6,087	8,300	18,120	24,846
1913	6,012	8,174	19,073	25,342
1914	6,408	8,562	20,222	26,846

Per la prognosi l'età giovane è un elemento in genere favorevole sebbene si possa sviluppare una arteriosclerosi precoce e la morte improvvisa nell'insufficienza aortica occorra con frequenza pressochè uguale sia nei giovani che nei vecchi.

Sesso. — Nel Mohr e Staehelin si afferma che gli uomini e le donne sono colpite con frequenza pressochè uguale. GUTTMANN dà una percentuale del 45.9 % dei vizi cardiaci negli uomini e del 54,1 % nelle donne, alla quale molto si avvicina quella del LEUCH del 46.9 % negli uomini e del 53.1 % nelle donne.

I vizi mitralici sono più frequenti nelle donne: i vizi aortici più frequenti negli uomini. SCHMITT ammette che dei vizi dovuti a poliartrite il 34.5 % siano donne, il 28.1 % uomini, e che nell'arteriosclerosi il rapporto tra uomini e donne sia di 4.1.

In proposito sono molto interessanti le risultanze delle statistiche degli ospedali di Roma, donde si rileva con molta evidenza come i vizi mitralici colpiscono prevalentemente le donne, mentre gli uomini sono più facilmente colpiti dai vizi aortici.

Ricoverati negli ospedali di Roma.

ANNI	Vizi mitralici		Vizi aortici		Vizi combinati	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Dal 1908 al 1910. . . .	374	685	443	85	80	36
Percentuale morbilità .	*6,28*	*14,29*	*7,48*	*1,76*	*1,38*	*0,74*

Dalle statistiche delle *cause di morte nel Regno* risulta evidente una maggiore mortalità delle donne per malattie del cuore (endocardite, lesioni valvolari, ipertrofia, miocardite, rottura ecc.). Ed ecco quanto si rileva dagl ultimi cinque volumi fin oggi pubblicati:

Morti nel Regno per malattie di cuore.

ANNO		Totale morti per qualsiasi causa	Totale morti per malattie di cuore	Morti per malattia di cuore per 100 morti per qualsiasi causa
1910. . .	Maschi	346,241	27,448	7.93
	Femmine	336,218	36,085	10.73
	Totale. . .	**682,459**	**63,533**	**9.29**
1911. . .	Maschi	37,400	28,104	7.51
	Femmine	368,805	37,389	10.14
	Totale. . .	**742,811**	**65,493**	**8.82**
1912. . .	Maschi	322,659	25,589	7.93
	Femmine	313,129	34,605	11.05
	Totale. . .	**635,788**	**60,194**	**9.47**
1913. . .	Maschi	336,752	26,491	7.87
	Femmine	327,214	35,104	10.73
	Totale. . .	**663,966**	**61,595**	**9.28**
1914. . .	Maschi	327,046	27,975	8.55
	Femmine	316,309	36,903	11.67
	Totale. . .	**643,355**	**64,878**	**10.08**

GIORGIO MORTARA (*Annali di Statistica*, Serie V, Vol. 7 Roma, 1914) esaminando la mortalità in Italia nel decennio 1901–1910 osserva che le malattie del cuore appariscono molto più letali nelle femmine, non tanto nel periodo dello sviluppo quanto negli altri anni, onde all'A. pare probabile che la maggiore mortalità femminile debba principalmente attribuirsi a conseguenze delle gravidanze e dei diversi perturbamenti funzionali che le accompagnano.

Ed esaminando le proporzioni delle varie cause di morte su 100 mila morti in ciascun gruppo di età egli dà le seguenti cifre per le malattie di cuore:

SESSO	0-1	1-5	5-10	10-20	20-40	40-50	60-80	80-W
Maschi	188	485	2,420	5,428	5,089	10,275	16,412	10,964
Femmine	191	397	2,448	5,355	6,776	15,899	22,899	13,279

Tutti gli AA. ammettono che le gravidanze ed il puerperio costituiscono un pericolo per le malate di vizio cardiaco e PETER consigliava alle donne affette da lesioni cardiache: se giovinette niente matrimonio, se maritate niente gravidanze, se madri niente allattamento. EICHHORST è più ottimista e sconsiglia il matrimonio quando oltre al vizio cardiaco esista una debolezza generale spiccata ovvero siano già presenti i segni dell'insufficienza del miocardio: però egli consiglia tali malate ad essere molto prudenti e discrete nell'uso delle funzioni sessuali.

JAMES MACKENZIE è portato dalla propria esperienza a suggerire che la gravidanza deve essere proibita nei soggetti giovani affetti da stenosi mitralica a progressivo decorso, con fibrillazione auricolare e con insufficienza aortica salvo i casi in cui questa sia leggera e il ventricolo sinistro non sia dilatato.

Secondo VINAY e SCHLAGER le cardiopazienti tollerano abbastanza bene la prima gravidanza ed il primo puerperio, riescono invece enormemente dannosi le gravidanze ed i puerperi ripetuti.

SPIEGELBERG dà grande importanza al maggiore lavoro, cui è costretto il cuore per l'intermissione del circolo placentare; LOCHLEIN fa osservare che durante il parto la flogosi endocardiche acquistano la tendenza a recidivare.

La prognosi dei vizi di cuore, escluso il pericolo delle gravidanze del parto, è in genere più favorevole nelle donne, le quali per lo più non sono esposte a lavori faticosi e difficilmente sono dedite all'alcool.

Ereditarietà. — Nel Mohr e Staehelin si afferma che l'ereditarietà può avere importanza etiologica in quanto esiste nella famiglia la predisposizione ad una malattia organica di cuore. Dalle comunicazioni casuistiche di RICHHEORST, VIERORD, MOHR, D. GERHARDT ecc., risulta che si possono osservare vizi congeniti in varie generazioni della stessa famiglia, e nella stessa famiglia accanto a vizi valvolari, altre malattie organiche di cuore.

A. STRUMPELL afferma di aver visto egli stesso cinque membri della

stessa famiglia con vizi cronici del cuore; ed afferma che la notevole frequenza di vizi cardiaci in parecchie famiglie coincide con una speciale predisposizione ereditaria alle malattie reumatiche.

Dalle statistiche compilate dalla Società Medico-Attuariale di America su le esperienze di 14 Compagnie di Assicurazione-Vita risulta che gli assicurati aventi peso normale i quali avevano avuto almeno uno dei genitori morti per cardiopatia in età al disotto di 70 anni, hanno dato una mortalità superiore alla prevista se sono entrati in assicurazione in età superiore al 43° anno e se non si tiene conto del 1° quinquennio di antidurata del contratto, durante il quale periodo di tempo la mortalità è favorevolmente influenzata dalla visita medica.

Antidurata del contratto da 6 a 30 anni.

Età all'ingresso in assicurazione	Mortalità effettuata	Mortalità prevista
Dai 15 ai 28	257	384.9
» 29 ai 42	964	1098.0
» 43 ai 56	612	587.0
» 57 ai 70	89	86.2

Etiologia. — Le cardiopatie congenite possono essere dovute:

a) ad endocardite fetali;

b) ad anomalia di sviluppo.

***

LEYDEN afferma che di tutti i vizi valvolari che si sviluppano per lo più nell'età giovane il 50.60 % devesi al reumatismo articolare. A. STRUMPELL in 163 casi bene accertati di vizi valvolari del cuore ha potuto sicuramente determinare le dipendenze del reumatismo articolare in 86 casi.

ROMBERG della clinica di Lipsia esaminando 670 casi di vizi di cuore potè stabilire che nel 58 % dei casi il vizio di cuore si era prodotto dopo reumatismo articolare; nell'1.2 % fu attribuito alla corea; nel 0.7 % a vaiuolo; nel 0.3 % a blenorragia; una percentuale più piccola a scarlattina, difterite, sepsi; nel 12.3 dei casi l'etiologia era l'arteriosclerosi; in meno di un quarto dei casi l'etiologia resta oscura. E. GUTTMANN su 1396 casi di vizi di cuore della clinica di Breslavia come causa riscontrò:

reumatismo articolare e corea	nel	58.3 %	dei casi
l'arteriosclerosi	»	9 %	»
altre malattie infettive acute	»	15.2 %	»
la gravidanza	»	2.1 %	»
la sifilide	»	1.4 %	»
la congeneità	»	1.2 %	»
il surmenage	»	0.7 %	»
la nefrite	»	0.2 %	»
la etiologia indeterminata	»	11.9 %	»

Il Dr. RUSSELL WELL pubblica nel *The Britisch Medical Journal* (1918-1919) un rapporto circa una investigazione collettiva su 10 mila reclute in età dai 18 ai 41 anni affetta da dubbie condizioni cardiache ricoverati nell'*Ospedale nazionale per malattie di cuore.*

Egli ha ricercato nel totale di 10 mila casi l'incidenza delle varie malattie supposte dannose alle valvole cardiache o al miocardio ed ha trovato le seguenti percentuali:

Storia di febbre reumatica (febbre, dolore e gonfiore delle articolazioni da obbligare a letto)	19.2	%
» reumatismo	16.1	»
» dolori reumatici	26.5	»
» corea	2.6	»
» tonsillite	22.1	»
» scarlattina	21.8	»
» difterite	7.2	»
» polmonite	5.3	»
» influenza	56.0	»
» sifilide	2.0	»
» gonorrea	5.96	»
» sforzi muscolari	27.1	»

Da queste ricerche risulta evidente l'importanza oltrecchè del reumatismo, specialmente della influenza, degli sforzi muscolari, della tonsillite e della scarlattina.

L'ateromasia così facile ad impiantarsi specialmente sulle valvole aortiche è fra le cause preminenti dei vizi valvolari del cuore, dopo il reumatismo articolare. Di qui l'importanza sulla genesi dei vizi di cuore di tutte le cause che favoriscono l'arteriosclerosi generale: l'età avanzata, l'eccessivo lavoro, l'alcoolismo, la gotta, ecc.

È superfluo dimostrare l'importanza della sifilide sulla etiologia dei vizi di cuore specialmente nella insufficienza aortica.

Dalle statistiche degli Ospedali di Roma risulta che i vizi aortici dànno una percentuale di morbilità abbastanza alta specialmente per gli uomini.

ANNO	Ricoverati per vizi aortici		Ricoverati per qualsiasi malattia		Percentuale morbilità per vizio aortico	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Dal 1908 al 1910 . . .	443	85	84, 247	68, 169	0.52	0.12

***

Per comodità di studio io ritengo si possano dividere i vizi valvolari cardiaci in:

1° vizi congeniti.

2°) vizi della mitrale . . { stenosi. / insufficenza.

3°) vizi aortici . . . . . { stenosi. / insufficenza.

4°) vizi della tricuspide { stenosi. / insufficenza.

5°) vizi della polmonare { stenosi. / insufficenza.

6°) vizi composti.

***

Prognosi della stenosi della mitrale. — Dal punto di vista della etiologia la stenosi mitralica può essere:

a) congenita;

b) endocarditica;

c) arteriosclerotica.

Alcuni *AA.* aggiungono la stenosi mitralica sposmodica che si osserverebbe nella clorosi, nell'isterismo e nelle nevropatie in genere. Ma la stenosi mitralica spasmodica è negata dalla maggioranza degli *AA.*

***

HUCHARD (*Traité cliniques des maladies du coeur e de l'aorte*) distingue due forme di *stenosi mitralica* degli *arteriosclerotici.* La stenosi dovuta direttamente al processo sclerosante arterio-sclerotico e l'innestarsi dell'arteriosclerosi cardiaca su di una antica stenosi mitralica.

La prognosi della stenosi mitralica degli arteriosclerotici dipende in gran parte dalle lesioni che vi si accompagnano: lesioni sclerotiche del miocardio, dei vasi e dei reni.

***

La *stenosi mitralica endocarditica* per lo più di natura reumatica è rara come vizio isolato, e quasi sempre si accompagna alla insufficienza mitralica. Frequentemente accade che col ripetersi del reumatismo articolare, o in seguito ad endocardite subacuta o ricorrente, all'insufficenza mitralica, che per lo più si stabilisce per prima in seguito all'attacco reumatico, si aggiunge la stenosi mitralica. In questi casi la stenosi aggrava le condizioni del soggetto e precocemente si stabiliscono sintomi a carico dell'apparecchio respiratorio (facile dispnea, tosse insistente, bronchite, infarti polmonari, emottisi).

Le malattie intercorrenti (influenza, polmonite, tifo, ecc.) gli sforzi, le gravidanze, possono avere influenza funesta.

In genere compaiono prestissimo disordini di scompenso e facile insufficienza cardiaca, e tanto più precocemente quanto .a stenosi mitralica di origine reumatica si complica ad insufficenza mitralica o ad altre lesioni valvolari.

In questo vizio cardiaco sono più frequenti le embolie polmonari, le quali sono favorite dalla dilatazione delle cavità del cuore destro. HUCHARD afferma che la congestione polmonare per stasi sanguigna colpisce per lo più il polmone destro, e gli infarti polmonari da embolia con o senza emottisi si producono più ordinariamente a destra. La morte avviene per infarti polmonari ripetuti, per asfissia, senza che esista ancora alcun sintomo di asistolia generale, cioè indipendentemente da edemi periferici od anche da stasi sanguigna negli altri organi.

CAREY F. COOMBS in *An indot of prognosis*, Bristol, 1918, afferma che l'età media alla morte in una serie di 35 casi di stenosi mitralica pura esaminati

dopo la morte nel *Bristol General Hospital* fu di 39.2 ed aggiunge che i dati *post mortem* dimostrano che:

a) la stenosi mitralica accorcia la vita di venti o trenta anni;

b) nella maggioranza dei casi la morte è dovuta agli effetti meccanici della lesione;

c) due complicazioni: una nuova infezione reumatica e l'endocardite ulcerosa si verificano in un piccolo numero di casi: conducendo a morte in una decade prima di quello che sarebbe accaduta in altri casi.

L'età media dell'inizio dei sintomi nei casi in cui fu possibile all'*A*. fare indagini in questo campo piuttosto vago ed incerto tenendo conto anche della insidiosità del processo reumatico, è stata di 26. Perciò prevede una vita media dall'inizio dei sintomi di 13 anni. Ogni attacco di nuova infezione reumatica tende ad abbreviare la vita del paziente. Ad ogni modo bisogna tener conto per la prognosi di tre cose:

a) grado della stenosi da misurarsi dalla dispnea e dalla cianosi ed in una fase più inoltrata dalla quantità delle urine delle 24 ore, dalla presenza o assenza di stasi epatica dalla grossezza delle vene del collo e come ultimo sintomo dalla presenza di edemi;

b) condizione delle orecchiette, loro grandezza e loro integrità funzionale (polso irregolare). I casi di stenosi mitralica di lunga durata con molta dispnea e cianosi, il manifestarsi di molte extra-sistole auricolari è spesso il preavviso di imminente fibrillazione auricolare;

c) condizioni dei ventricoli.

La morte improvvisa nella stenosi mitralica è così rara da considerarsi come un rischio quasi non esistente.

Stenosi mitralica congenita. — La stenosi mitralica pura o di Duroziez può passare più facilmente inosservata; spesso ci viene denunziata solo da una forte accentuazione del 1° tono alla punta, sdoppiamento del 2° tono sul focolaio della polmonare e dai caratteri del polso: piccolo e raro.

Secondo Bariè (*Pathogenie et variétés cliniques du retrecissement mitral.* Semaine médical, 1905), è congenita, dovuta ad ereditarietà similare e dissimilare e le infezioni in causa sono la tubercolosi e la sifilide. Altri *AA*. ammettono un'endocardite passata inosservata durante una delle malattie dell'infanzia: altri una lesione del cuore in rapporto ad una tubercolosi polmonare arrestatasi nel suo sviluppo.

Sebbene D'Astros, Lochez ed altri abbiano descritti casi nella prima infanzia, la stenosi mitralica pura rimane inosservata fino all'età della pubertà o anche più tardi. L'età in cui più facilmente si osserva è quella dai 15 ai 35 anni: il sesso più colpito è il femminile (circa il 75 % dei casi). Gli affetti di stenosi mitralica congenita per la scarsa irrorazione sanguigna dai sistema arterioso sono gracili, facilmente dispnoici, vanno soggetti ad accessi di asma cardiaco in seguito a lavoro muscolare e periodicamente specialmente di notte: accessi dispnoici che diventano sempre più frequenti.

Si ripetono con facilità bronchiti diffuse, spesso emottisi con reperto obbiettivo di focolai di epatizzazione polmonare che sono dovuti ad infarti e che possono far sospettare una tubercolosi polmonare. La sede dell'epatiz-

zazione per lo più alla base invece che all'apice polmonare e l'assenza dei bacilli di Kooch nell'espettorato servono alla diagnosi. Sebbene in molti casi alla stenosi mitralica congenita si accompagna facilmente una tubercolosi polmonare.

Spesso con la stenosi mitralica congenita coesiste la clorosi da non confondersi con la stenosi mitralica spasmodica ammessa da alcuni *AA.* in soggetti affetti da clorosi, isterismo e nevropatie in genere, nei quali si hanno segni semeiotici di stenosi mitralica che scompaiono definitivamente col tempo.

Nell'atrio sinistro dilatato si formano con facilità coaguli di cui i frammenti passando nella grande circolazione possono determinare embolie, specie a carico delle arterie cerebrali di sinistra essendo a sinistra meno turtuoso il tragitto dall'aorta per la carotide sinistra. Quest'embolo non essendo infettivo come nella endocardite settica, darà luogo ad emiplegia con essenza di segni di infezione in atto.

HUCHARD afferma che la stenosi mitralica congenita presenta la sopravvivenza più lunga, dà più scarse complicazioni e termina con asistolia più tardiva perchè:

a) non si associa ad altre lesioni valvolari;

b) non è complicata a lesioni sclerose del miocardio e dei reni;

c) l'adattamento dell'organismo alla lesione determina una specie di *infantilismo mitralico*, che ha per effetto di ridurre la funzione, l'attività nutritiva ed il volume di tutti gli organi. Egli quindi ritiene che con la stenosi mitralica congenita si possa arrivare alla vecchiaia e ricorda il caso di un malato di 72 anni.

***

Prognosi della insufficenza mitralica. — L'insufficenza della mitrale tenendo presente la etiologia può distinguersi in:

a) endocarditica;

b) arteriosclerotica;

c) relativa o funzionale;

d) traumatica.

L'insufficenza mitralica di natura traumatica è rara; nel *Médical Record* del 22 febbraio 1919 si riporta la recente statistica di RANELLITTI, il quale ha raccolto 79 casi di rottura delle valvole del cuore.

Di essi 49 sono a carico delle valvole aortiche e 27 della valvola mitralica, due della tricuspide, una della polmonare.

L'insufficenza mitralica traumatica può essere dovuta ad un trauma diretto sul torace o ad uno sforzo, i quali determinano più facilmente la lesione se le valvole o i tendini od i muscoli papillari erano già alterati per flogosi precedente. La prognosi dell'insufficenza mitralica traumatica dipende molto dalle condizioni del miocardio, più spesso ha una evoluzione molto rapida e la morte può avvenire improvvisamente per sincope.

***

L'insufficenza mitralica arteriosclerotica è dovuta a localizzazione del processo sclerotico ai lembi o ai tendini della valvola bicuspide. Si accompagna ad altre localizzazioni e nel cuore o nei vasi o negli organi, specialmente nei

reni. Dalla gravità di tali localizzazioni dipende la prognosi del vizio mitralica arteriosclerotico.

Nei rarissimi casi d'insufficenza mitralica semplice per ateroma se non vi è enfisema polmonare o dilatazione bronchiale, ed il sistema arterioso periferico ed i reni sono in buono stato la prognosi è spesso benigna.

HIRTZ (*Gazette des Hopitaux*, 24 novembre 1913), parla di un vecchio di 93 anni affetto da insufficenza mitralica netta, che non gli dava alcun disturbo funzionale, malgrado un lavoro fisico ed intellettuale intenso.

***

L'insufficenza mitralica relativa è dovuta a dilatazione del ventricolo sinistro per cui i muscoli papillari impediscono ai lembi valvolari la completa chiusura dell'orificio, senza che vi siano lesioni valvolari. Le cause capaci di determinare la insufficenza mitralica relativa sono varie, dall'ipertrofia idiopatica alla miocardite, dalla sinfisi del pericardio all'oligoemia ecc.

Il vizio cardiaco può in alcuni casi scomparire in seguito al riposo ed alla digitale, ma può facilmente riapparire col ripetersi delle cause determinanti. Ad ogni modo la prognosi dell'insufficenza mitralica relativa è legata alle condizioni del miocardio.

***

L'insufficenza mitralica di origine endocarditica può essere pura ovvero associata ad altre lesioni valvolari specie in coloro che hanno sofferto vari attacchi di reumatismo articolare. La lesione che più di frequente si associa all'insufficenza mitralica è la stenosi mitralica, ma si possono avere anche lesioni del miocardio e del pericardio, la pancardite, il grosso cuore reumatico di DUROZIEZ. Nei casi in cui il cuore è preso in toto si manifesta presto l'insufficenza cardiaca e l'asistolia.

La insufficenza mitralica complicata ad altre lesioni valvolari rientra nei vizi cardiaci combinati.

***

L'insufficenza mitralica pura di origine endocarditica in persone molto giovani può anche guarire. HUCHARD (*Malattie del cuore e dell'aorta*) riferisce di aver visto scomparire un soffio di insufficenza mitralica in tre ragazzi di 9, 10, e 12 anni, soffio che datava da 1 a 3 anni, ma che non aveva provocato alcun risentimento da parte del miocardio e del circolo generale. L'*A*. aggiunge di aver osservato sempre nell'età giovanile una quindicina di endocarditi post-reumatiche subacute con soffio sistolico molto manifesto alla punta, che non aveva alcuno dei caratteri dei rumori extracardiaci, retrocedere completamente dopo 6 o 8 o 12 ed anche 15 mesi per merito della cura antireumatica precoce intensiva. Egli afferma che le condizioni, per ottenere la guarigione dell'insufficenza mitralica reumatica sono:

a) l'età giovanile; la probabilità di successo diminuiscono con l'aumentare dell'età;

b) iniziare una cura antireumatica intensa precocemente: da 6 a 15 mesi al massimo dall'inizio dell'endocardite.

Fa dipendere la prognosi dall'età del soggetto, dallo stato funzionale ed anatomico del miocardio, dalla tendenza a recidive del reumatismo nell'età giovane e dalla complicazione a pericardite adesiva.

La durata del periodo di compenso nella insufficenza mitralica è in rapporto all'età, la professione, le condizioni del miocardio, il manifestarsi di malattie infettive o di intossicazioni. Nell'età giovanile il periodo di compenso è più lungo, gli sforzi fisici e le emozioni lo abbreviano; le malattie infettive (reumatismo articolare, influenza ecc.) e le intossicazioni (specialmente l'alcoolismo) imprimono una evoluzione più rapida e possono determinare disturbi immediati.

Ordinariamente periodi di scompenso si alternano a periodi di relativo benessere: ma i periodi di iposistolia si fanno sempre più frequenti, ravvicinati e di maggiore durata, la stasi negli organi vi determina lesioni (nel fegato e nei reni) o li predispone a malattie intercorrenti (polmoniti). La morte improvvisa è rara, ma il malato ordinariamente cessa di soffrire lentamente.

***

Prognosi della stenosi aortica. — La stenosi aortica pura è vizio assai raro. Essa può essere congenita od acquisita; della congenita parleremo a proposito dei vizi congeniti.

La stenosi aortica acquisita può avere origine endocarditica od arterio sclerotica. La prima si manifesta nell'età giovane, la seconda nell'età avanzata. Nella stenosi aortica di natura endocarditica, non associata ad altri vizi val volari, per lo più reumatica la ipertrofia del ventricolo sinistro permette il più lungo periodo di compenso ed il minimo di turbe funzionali. Questo vizio, ci permette quindi una prognosi relativamente favorevole giacchè solo tardivamente conduce alla iposistolia.

***

Molto diversa è la prognosi della stenosi aortica di origine arteriosclero tica. Effettivamente è rara la stenosi aortica pura, è molto più frequente il vizio aortico doppio; stenosi ed insufficienza. Il più delle volte è accompagnata da aortite, sclerosi delle coronarie, morbo di Stokes–Adams, angina pectoris, arteriosclerosi periferica o viscerale (nefrite, ecc.) che con le loro complicazioni determinano un sicuro peggioramento della prognosi.

In questi malati sono notevoli il polso raro, (24–30 pulsazioni al minuto), la vertigine, le lipotimie, gli accessi di scosse epilettiformi, dipendenti probabilmente da rapide anemie del cuore e del cervello. È facile in questi malati la morte improvvisa. Le malattie intercorrenti e le facili complicazioni a carico delle coronarie e dei reni servono ad affrettarne la fine.

Nella prognosi della stenosi aortica si deve tener conto del grado della stenosi che si giudica dai caratteri del polso e dal rumore all'ascoltazione del cuore e delle condizioni del cuore sinistro, rilevabili dallo stato funzionale.

***

Prognosi della insufficenza aortica. — L'insufficenza aortica congenita è rarissima: tra i rari casi pubblicati è notevole quello osservato da E. Fournier in una giovane di 23 anni credo sifilitica affetta da infantilismo.

Dal punto di vista della etiologia possiamo dividere l'insufficenza aortica acquisita in:

1° insufficenza aortica di origine endocarditica reumatica;
2° insufficenza aortica di origine sifilitica;
3° insufficenza aortica di natura arteriosclerotica;
4° insufficenza aortica traumatica.

Alcuni *AA.* aggiungono la insufficenza aortica relativa o funzionale per dilatazione dell'orificio, ma con integrità delle valvole, le quali non potrebbero più combaciare durante la chiusura. Essa si stabilirebbe per arteriosclerosi o per aortite acuta o cronica (sifilitica). LEUBE ritiene questa forma rara e non ben dimostrata, altri la negano.

***

Mentre gli sforzi esageratamente continuati (corsa, ciclismo, canottaggio, ecc.) determinando aumento di funzioni dell'apparecchio respiratorio fanno sentire la loro influenza sul cuore destro, gli sforzi improvvisi e temporanei (sollevare un peso, arrampicarsi, spingere qualche cosa di pesante, ecc.), determinando rapido aumento della pressione arteriosa, ledono più facilmente le semilunari aortiche e solo raramente la mitrale. È naturale che tali lesioni siano più facili nei soggetti predisposti; nei sifilitici, negli arteriosclerotici, negli alcoolisti, nei nefritici, ecc.

Dei 79 casi di rottura delle valvole cardiache raccolti recentemente dal RANELLITTI (*Medical Record*, 22 febbraio, 1919), 49 erano a carico delle valvole aortiche, 27 della valvola mitrale, 2 della triscupide, una della polmonare.

L'*A.* aggiunge che la rottura delle valvole cardiache si determina nel 95 % nei maschi e solo nel 5 % nelle donne.

Il BARIE ed altri AA. distinguono le rotture traumatiche dovute a trauma diretto sul torace, dalle rotture spontanee dovute a sforzo, ma vi sono delle rotture valvolari dovute all'uno ed all'altro elemento etiologico.

Le statistiche di STERN e quelle del RANELLITTI mostrano la importanza dello sforzo. Nei 79 casi del RANELLITTI lo sforzo fu il fattore causale in 43 casi, mentre il trauma diretto lo fu nei rimanenti 36 casi.

Nei casi in cui esiste un fattore predisponente (alterazioni dell'endocardio, arteriosclerosi, sifilide, ipertenzione) basta un leggero trauma per produrre le rotture delle valvole. Nell'insufficenza aortica traumatica la lesione esordisce improvvisamente; la prognosi è in genere assai grave perchè il compenso dura poco e la morte sopravviene a breve scadenza dalla lesione.

***

L'insufficenza aortica di origine endocarditica (malattia di Corrigan) è l'esito di endocardite acuta da reumatismo poliarticolare e da altre malattie infettive. Essa si osserva per lo più nei giovani e più spesso è complicata a lesioni mitraliche.

Nell'insufficenza aortica reumatica pura il compenso si mantiene per lungo tempo e raramente termina con la morte improvvisa. La giovane età dei malati è un elemento favorevole per la prognosi; si può prevedere per essi una vita abbastanza lunga giacchè il compenso si mantiene per più lungo tempo anche se questi malati si sottopongono ai lavori corporei di media gravezza.

Il rischio è aggravato dalla probabilità che si ripeta l'attacco di reumatismo, ma questa probabilità diminuisce con l'aumentare dell'età del soggetto ed è minore dopo il 30° anno.

L'associarsi di lesione mitralica all'insufficenza aortica reumatica aggrava la prognosi favorendo la dilatazione del cuore destro. HUCHARD dimostra contrariamente alla opinione di alcuni che l'associazione della stenosi mitralica all'insufficenza aortica anzichè essere condizione favorevole aggrava la prognosi compromettendo rapidamente il piccolo circolo.

***

L'insufficenza aortica di natura sifilitica è frequentissima, essa si manifesta per lo più intorno al 40° anno di età e comporta una prognosi in genere sfavorevole e la ulteriore durata della vita può essere brevissima: di pochi anni; giacchè si manifestano precocemente disordini di compenso, che difficilmente si ripristinano. La sifilide attacca il miocardio profondamente e progressivamente. CAREY F. COOMDS nei casi di insufficenza aortica dovuta a sifilide prevede una ulteriore durata della vita di circa cinque anni a datare dall'inizio dei sintomi, escludendo i casi che si accompagnano ad aneurisma, nei quali la prognosi è peggiore.

Per le lesioni del miocardio la morte improvvisa nell'insufficenza aortica di natura sifilitica si verificherebbe nel 40 % dei casi.

***

L'insufficenza aortica di natura arteriosclerotica si manifesta nell'età avanzata e si accompagna ad altre manifestazioni arteriosclerotiche (arteriosclerosi periferica, viscerale, specialmente a carico dei reni). Il decesso è più lento che nei casi dovuti a sifilide, ma più rapido che nei casi dovuti a reumatismo. Lo stesso processo di cardiosclerosi è un ostacolo lento ma progressivo alla nutrizione del muscolo cardiaco. La prognosi è grave specie quando si osservano aritmie e aumentata frequenza del polso: lo scompenso si può manifestare rapidamente ed irreparabilmente: è frequente la morte improvvisa.

Inoltre nella prognosi della insufficenza aortica bisogna tener conto:

a) del grado della lesione valvolare;
b) della pressione arteriosa;
c) delle condizioni del miocardio.

***

Prognosi della insufficenza della tricuspide. — L'insufficenza della tricuspide può essere:

a) congenita;
b) endocarditica;
c) funzionale;
d) traumatica.

ADAMS ammise una insufficenza fisiologica per cui normalmente l'orificio atrio-ventricolare destro durante la sistole ventricolare si chiuderebbe incompletamente. E nel 1837 THE WILKINSON KING attribuì all'insufficenza mitralica la funzione di valvole di sicurezza sia in condizioni normali che patologiche: giacchè la insufficenza della tricuspide servirebbe a diminuire la pressione dell'arteria polmonare e perciò impedirebbe le possibili congestioni polmonari, le emottisi, ecc.

***

L'insufficenza della tricuspide di natura traumatica è rara: ad ogni modo è di prognosi grave.

***

L'insufficenza della tricuspide di origine endocarditica si stabilisce in seguito a malattie infettive e specialmente a reumatismo poliarticolare. Per lo più si accompagna a lesioni di altre valvole cardiache e specialmente della mitrale. La prognosi della insufficenza tricuspidale reumatica pura è grave in quanto si stabiliscono con facilità e rapidamente disturbi di compenso. Tuttavia HUCHARD aggiunge che se la prognosi è grave dal punto di vista funzionale, in quanto i disturbi tornano appena i malati vogliono riprendere le loro occupazioni, lo è meno quo ad vitam, essendosi veduto sopravvenire i fatti di scompenso in capo solo a 10–15 anni.

***

L'insufficenza funzionale o relativa della tricuspide si può verificare nei vizi della mitrale, nella stenosi dell'arteria polmonare, nel periodo terminale della miocardite cronica, nella sinfisi del pericardio, nelle affezioni croniche dell'apparecchio respiratorio che determinano difficoltà nel piccolo circolo, e più raramente in seguito a riflessi dovuti a malattie dello stomaco, dell'intestino, delle vie biliari (calcolosi) che determinino diminuzione del lume dei capillari polmonari ed aumento di pressione del piccolo circolo. La prognosi può essere gravissima per la stasi venosa che rapidamente si stabilisce nei vari organi, ma la prognosi dipende specialmente dallo stato del miocardio e delle forze contrattili di riserva di esso, ed è quindi più grave nei vizi mitralici in seguito a ripetute iposistolie, nella sinfisi cardiaca e nella cardiosclerosi.

***

Prognosi della stenosi della tricuspide. — La stenosi tricuspidale è un vizio cardiaco molto raro, tranne che in un caso di DUROZIEZ, non fu mai trovato solo, ma sempre associato ad altre lesioni organiche del cuore.

Può essere congenito od acquisito. Nel primo caso per endocardite fetale o per vizio di conformazione, nel secondo caso in seguito ad endocardite acuta più frequentemente nel reumatismo poliarticolare acuto.

La prognosi è sempre sfavorevole perchè la muscolatura dell'atrio destro è troppo debole per stabilire un compenso. Per HUCHARD la prognosi della stenosi tricuspidale è più grave di tutte le cardiopatie valvolari: i malati soccombono all'asistolia fra i 20 e 30 anni.

***

Prognosi della insufficenza della polmonare. — Questo vizio valvolare è oltremodo raro (sono stati raccolti in tutta la letteratura poco più di un centinaio di casi) ed è sempre accompagnato da altre lesioni cardiache. Esso può essere:

a) congenito;
b) in seguito ad endocardite;
c) funzionale.

Si può avere la insufficenza polmonare relativa o funzionale nella stenosi mitralica, o nei casi in cui si verificano ostacoli al piccolo circolo (bronchite cronica ed enfisema polmonare, tubercolosi polmonare).

L'insufficenza polmonare si può stabilire in seguito ad endocardite (reumatica, blenorragia, pneumonica, ecc.); ovvero può essere congenita sia per malformazione, sia in seguito ad endocardite fetale.

Nell'insufficenza polmonare sono facili le embolie polmonari con emottisi. Secondo MOHR e STAEHELIN la prognosi di questo vizio non è peggiore di quello dell'insufficenza aortica. Secondo HUCHARD il decorso della malattia è lento; ma la morte può avvenire d'un tratto per embolia polmonare.

***

Prognosi della stenosi della polmonare. — La stenosi della polmonare può essere congenita, e per lo più si associa ad altre anomalie; ovvero può stabilirsi in seguito ad endocardite acuta (da reumatismo articolare ecc.).

Essa è accompagnata da facile dispnea, emottisi, tosse, cianosi e frequentemente da tubercolosi polmonare. Per MOHR e STAEHELIN nelle stenosi della polmonare congenita la prognosi è molto sfavorevole: i malati non vanno oltre i 15–20 anni: sono cause frequenti di morte le malattie intercorrenti, specialmente la tubercolosi.

Secondo HUCHARD la durata dell'affezione non dipende solo dall'integrità della muscolatura cardiaca, ma anche molto più dal decorso delle complicazioni polmonari, specialmente la tubercolosi polmonare. L'asistolia è un esito molto raro della malattia, mentre la causa comune della morte sono le malattie polmonari (tubercolosi).

***

Prognosi dei vizi valvolari cardiaci combinati. — I vizi valvolari combinati rappresentano circa il 50 % di tutti i vizi valvolari acquisiti. Il vizio combinato più frequente è il vizio mitralico doppio (insufficenza e stenosi); segue per frequenza l'insufficenza mitralica, ovvero unita al doppio vizio mitralico. Il vizio aortico doppio (insufficenza e stenosi) è piuttosto raro e secondo MENGEL rappresenterebbe il 5 % di tutti vizi i valvolari.

È rara la stenosi mitralica pura unita alla insufficenza aortica; rarissima l'insufficenza mitrale con stenosi aortica. È frequente invece l'insufficenza relativa della tricuspide nel periodo di scompenso dei vizi mitralici.

HUCHARD raggruppa le affezioni valvolari associate in tre categorie:

I. — Affezioni le cui lesioni si aggiungono per accentuare i loro effetti nel medesimo senso, sebbene in grado moderato:

a) stenosi ed insufficenza mitralica;

b) stenosi ed insufficenza aortica;

c) stenosi della tricuspide e stenosi mitralica.

II. — Lesioni combinate i cui effetti nocivi sembrano compensarsi: spesso questo non è che una semplice apparenza, tuttavia è certo che alcune lesioni associate sono meno gravi di altre:

a) stenosi mitralica, ed insufficenza aortica;

b) stenosi mitralica, aortica e della tricuspide.

III. — Lesioni associate assolutamente sfavorevoli:

a) insufficenza mitralica e stenosi aortica;

b) stenosi aortica e stenosi mitralica;

c) insufficenza aortica e mitralica;

d) stenosi dell'aorta e della mitrale, insufficenza dell'aorta e della mitrale.

In generale la prognosi dei vizi combinati è più sfavorevole che nei vizi semplici: i periodi di scompenso si ripetono più spesso e determinatasi le iposistolie, il cuore cede molto più rapidamente.

***

I vizi congeniti del cuore possono essere dovuti:

a) ad endocardite fetale;

b) ad anomalie di sviluppo.

Molti di essi quando raggiungono un certo grado di sviluppo non sono compatibili con la vita.

I vizi congeniti del cuore sono vari, ma caratterizzati quasi sempre da due segni importanti, la cianosi (donde il nome di morbo ceruleo o malattia azzurra) e la dispnea. Essi si manifestano sin dalla nascita, qualche volta nell'infanzia o nella pubertà raramente nell'età adulta. Sono questi i casi tardivi dovuti per lo più all'aggiungersi di una lesione acquisita all'anomalia congenita.

Questi malati presentano uno sviluppo del corpo per lo più lento ed incompleto; possono essere apatici e tristi, facili all'immobilità fisica ed intellet-

tuale. Soffrono facilmente cefalea, convulsioni epilettiformi. È frequente in essi la nefrite e la tubercolosi polmonare. La morte li colpisce nel 1° e nel 2° decennio di vita, raramente oltrepassano il terzo decennio, sebbene siano stati descritti casi di vizi congeniti arrivati fino a 57 anni ed anche a 92 anni. Le cause di morte sono due, l'insufficenza cardiaca e le malattie intercorrenti. Nella grande maggioranza dei casi i vizi congeniti sono a carico del cuore destro.

La lesione che si diagnostica più facilmente è la *stenosi polmonare:* la età media alla morte nella stenosi polmonare è di 9 anni e nell'atresia polmonare di tre. CAREY F. COOMBS ricorda un facchino delle ferrovie affetto da stenosi polmonare congenita, che a 23 anni cominciava ad essere dispnoico, una cuoca che a 37 anni mostrava i primi segni di un compenso interrotto e di una signora di età superiore a 40 anni che conduceva una vita molto attiva. Ma lo stesso *A.* si affretta ad aggiungere che queste sono le eccezioni.

Dalle statistiche dei casi in cui vi fu autopsia è risultato che il 56 % dei casi in cui non vi era associato altro difetto cardiaco, la morte si è verificata entro i due primi decenni di vita.

La persistenza del forame ovale senza altri difetti è un fatto comune e difficle a diagnosticarsi, ma di prognosi favorevole nella grande maggioranza dei casi.

La atresia congenita della valvola tricuspidale è incompatibile con la sopravvivenza oltre il 1° anno di vita.

Dei casi in cui all'autopsia fu constatata una trasposizione dei grandi tronchi arteriosi solo un settimo ha oltrepassato l'età di cinque anni.

La presistenza del detto arterioso se non complicato ad altre deformità è compatibile con il raggiungimento della vita media e con una vita attiva.

Una stenosi dell'aorta può rimanere latente durante una vita normale e viene scoperta solo all'autopsia.

Il 14 % dei casi constatati con l'autopsia avevano oltrepassato l'età di 50 anni. I grossolani difetti di posizione nei quali il cuore a causa di un difetto toracico rimane non protetto sono incompatibili con una vita extra uterina superiore a pochi giorni. La trasposizione del cuore invece non implica alcuna differenza in rapporto alla probabilità di vita del soggetto ed il cuore può anche giacere nell'addome, come nel famoso soldato di Deschamps, senza risentirne grave molestia.

***

Per la *diagnosi* dei vizi di cuore, il medico deve tener conto dell'anamnesi (malattie infettive pregresse) ed in special modo dovrà rivolgere un abile interrogatorio all'esaminando allo scopo di fargli accusare tutti i disturbi subbiettivi; utilissimi al medico, ma che spesso nelle visite per l'assicurazione sulla vita, gli assicurandi anche in buona fede tendono ad occultare. Essi tacciono ai medici di assicurazione i disturbi subbiettivi: o perchè non comprendono la importanza delle sensazioni anormali che essi avvertono (dolori, affanno, ecc.) ovvero perchè vogliono illudersi di essere sani e non vogliono dare corpo a quelle che essi ritengono essere ombre.

Il medico, per il quale i disturbi subbiettivi del malato hanno immenso valore, ispirando fiducia nell'assicurando, deve fare in modo che questi accusi a lui tutti i disturbi subbiettivi e le modalità di essi (modo di presentarsi, entità delle cause che li producono, ecc.).

Successivamente un preciso esame obbiettivo servirà a definitivamente stabilire la diagnosi, giacchè l'ascoltazione di un semplice rumore ed in genere un segno solo, non possono autorizzare senz'altro la diagnosi di cardiopatia. La diagnosi è sempre il risultato dell'esame di tutti i dati, anamnestici ed obbiettivi, e si può quindi enunciare dopo aver valutato le dichiarazioni dell'esaminando circa il gentilizio, le malattie progresse i disturbi subbiettivi, cui va facilmente soggetto, ed i risultati dell'esame obbiettivo (ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione della regione cardiaca e dei vasi).

Spesso non basta un solo esame per stabilire la diagnosi, giacchè non tutti i casi sono semplici e scolastici. È sempre utile eseguire l'ascoltazione del cuore facendo trattenere il respiro e ripeterne l'esame quando il paziente giace nella posizione orizzontale e dopo che è passato alla posizione verticale. Alcuni rumori si ascoltano meglio nella posizione orizzontale (per es. il rumore della stenosi mitralica), altri nella posizione verticale. Spesso per meglio apprezzare alcuni rumori è necessario fare eseguire all'esaminando una corsa, o una rapida passeggiata o rapidi e ripetuti movimenti di flessione e di estensione degli avambracci sulle braccia o movimenti di rapida estensione e flessione in posizione verticale delle articolazioni delle ginocchia, ovvero il passaggio ripetuto della posizione orizzontale a quella seduta. Ascoltando è necessario non solo tener conto della sede e del tempo in cui si ascolta il rumore, ma specialmente della diffusione di esso. È superfluo insistere sull'importanza dei caratteri del polso per la diagnosi e per la prognosi: solo desidero accennare alla grande importanza del polso alternante che si ritiene dovuto ad alterazione del potere di contrazione del miocardio e che l'osservazione clinica ha dimostrato preludere a fenomeni gravi di iposistolia a scadenza più o meno breve.

Alla diagnosi del vizio di cuore deve seguire la prognosi. Il paziente e la famiglia di lui chiederanno subito al medico se la malattia è guaribile: un Istituto di Assicurazione, che assicuri rischi tarati, interrogherà il medico circa la probabile ulteriore durata della vita dell'assicurando. Soltanto una esatta diagnosi non solo della lesione e della natura di essa, ma delle condizioni del miocardio e degli altri organi e sistemi, tenendo conto della costituzione, della professione e delle abitudini di vita del paziente e la conos cenza dell'anamnesi personale e famigliare dell'infermo possono mettere in grado il medico di rispondere alle anzidette domande.

Sono guaribili i vizi cardiaci? Ho precedentemente accennato a rare constatazioni di guarigioni di vizi di cuore in soggetti molto giovani. Stabilitosi, un vizio di cuore organico la durata del compenso e il ripristinarsi di esso dipende dal grado, dalla natura della lesione valvolare e specialmente dalle condizioni del miocardio, dallo stato degli altri organi, della professione dalle abitudini e condizioni di vita del paziente. ANDREW CLARK in una conferenza all'Associazione Medica Britannica riferisce di 684 casi di malattie valvolari che erano durate più di cinque anni, alcuni assai più fino a 20 anni senza dare

alcun segno che disturbasse essenzialmente la salute. Leyden ritiene che sono particolarmente benigni i vizi di cuore dovuti a morbillo e scarlattina di cui non si teme una recidiva e quindi un endocardite ricorrente; seguono subito il vizi di cuore dovuti a corea.

Il compenso nei vizi valvolari da reumatismo articolare può durare a lungo se il paziente osserva una adatta igiene di vita edi professione, purchè non si verifichino recidive del reumatismo articolare, che dia una nuova localizzazione endocarditica. Si ammette che il reumatismo articolare recidivi fino verso il 30° anno di età. Le endocarditi gonococchiche che per lo più rimangono senza gravi conseguenze.

Le lesioni arteriosclerotiche hanno carattere progressivo. Aggravano la prognosi dei vizi cardiaci: il diabete, la gotta, che conduce ad arteriosclerosi e ad alterazioni renali; l'obesità; i patemi d'animo; i traumi; una professione faticosa o che dà luogo ad intossicazioni professionali; le abitudini di vita antigenica: l'abuso di alcool, di tabacco, ecc. Anche il temperamento del malato ha importanza; i malati calmi, misurati e tranquilli sopportano meglio il vizio di cuore.

Ma il dato più importante per stabilire la prognosi di un vizio di cuore è rappresentato dalle condizioni del miocardio. Per cui il medico prima di pronunziare la prognosi deve sempre indagare circa la funzionalità cardiaca.

Il principio fondamentale afferma James Mackenzie, e su cui deve posare la prognosi consiste nel sapere apprezzare l'efficenza funzionale del muscolo cardiaco e la sua capacità a superare gli ostacoli che si frappongono al suo funzionamento.

Il medico curante ha a sua disposizione una quantità di mezzi per determinare lo stato funzionale del muscolo cardiaco: l'ortodiografia, la pressione arteriosa e le sue varie applicazioni secondo i metodi di Katzenstein, Vaquêz, ecc. Nè il medico fiduciario di un Istituto d'assicurazione si trova disarmato per tale indagine.

La compressione dei bulbi oculari (fenomeno oculo-cardiaco del Dagnini) può provocare intermittenze o extrasistoli.

Herz propone di contare le pulsazioni della radiale: indi invitare l'esaminando a flettere l'avambraccio sul braccio più lentamente che sia possibile e col minimo dispendio di forza muscolare contare quindi nuovamente le pulsazioni della radiale. Nelle persone sane il numero delle pulsazioni resta invariato e può anche aumentare, nelle lesioni del miocardio il polso si rallenta, nelle persone nervose si avrebbe un aumento della frequenza del polso.

Un mezzo ancora più semplice è quello di contare le pulsazioni quando l'individuo giace in posizione orizzontale e nella posizione eretta. Normalmente nella posizione in piedi il numero delle pulsazioni aumenta di sei ad otto al minuto.

Infine numerare le pulsazioni; invitare l'assicurando ad eseguire uno degli esercizi muscolari indicati a proposito nell'esame obbiettivo; indi contare nuovamente le pulsazioni e ricontarle per determinare quanti minuti sono necessari perchè il numero delle pulsazioni ritorni al normale dopo l'esercizio

muscolare. Se dopo un minuto il numero delle pulsazioni è ritornato al normale il cuore funziona bene, l'impiego di un tempo superiore a sei minuti per ritornare al normale è indice di scompenso latente.

***

I vizi di cuore in rapporto all'assicurazione vita. — Al primo Congresso Internazionale dei medici delle Compagnie d'Assicurazione tenutosi a Bruxelles nel 1899 il dr. MORITZ, consigliere di Stato a Pietrogrado, parlando dell'esame del cuore in tema di assicurazione sulla vita, afferma: « Le lesioni valvolari se si manifestano con soffi o rumori anormali, come si osserva ordinariamente, presentano una diagnosi facile e la maggior parte delle compagnie le rifiutano; qualcuna le accetta con soprapremio se si trovano in uno stato di compenso perfetto. Ora questo modo di procedere può essere che non faccia correre rischio troppo forte alle Compagnie che dispongono di un corpo di medici molto esperti, a condizione tuttavia che il cuore sia stato esaminato a diverse riprese. L'*A.* insiste perchè l'esame del candidato sia fatto, sia in posizione orizzontale che in posizione verticale. Aggiunge che l'irregolarità dell'azione cardiaca deve essere considerata come sintomo grave. Si può solo accettare un candidato con irregolarità leggera a condizione che egli non sia compromesso per l'anamnesi (sifilide) nè per le abitudini di vita (alcool) (tabacco) nè per l'eredità e sopratutto che egli sia giovane, cioè a dire al disotto dei 40 anni.

FEIDLCHENFELD (*Leitfaden der arztlichen Verxicherungspraxis*, Berlin, Wen 1903), è del parere che debbono essere rifiutati gli assicurandi affetti da vizio di cuore.

MAREAU (*Dictionnarie de médicine a l'usage des assurances sur la vie.* Paris, 1890), afferma che tutti gli assicurandi affetti da lesioni valvolare cardiaca debbono essere rifiutati, giacchè tutte le lesioni valvolari sono incompatibili con l'assicurazione sulla vita sebbene non tutte abbiano le stessa importanza.

L'insufficenza mitralica conduce a morte per asistolia.

L'insufficenza aortica uccide subitamente o per embolia cerebrale.

La stenosi mitralica termina per complicazioni polmonari.

La stenosi aortica, molto più benigna delle altre lesioni valvolari permette spesso una assai lunga sopravvivenza, ma se la salute può restare eccellente per degli anni, il rischio che corre la Compagnia di Assicurazione non è affatto meno pericoloso.

La fine è constantemente fatale nella insufficenza della tricuspide e nella stenosi dell'arteria polmonare.

Egli richiama l'attenzione dei medici fiduciari su certi fenomeni patologici che devono mettere il medico in sospetto per una possibile affezione cardiaca. Le emorragie nasali nei vecchi, le intermittenze cardiache (insufficenza mitrale), il bisogno frequente di orinare la notte (stenosi mitrale). Sebbene nessuno di questi sintomi abbia carattere patognomonico. Così le intermittenze si possono osservare nei sofferti affetti da dilatazione gastrica, o intossicati per the, caffè, tabacco.

Il maggiore numero dei cardiaci, egli aggiunge, muore tra i 50 e i 60 anni. Su 100 cardiaci adulti dei due sessi, ne muoiono circa 30 per anno; su 100 uomini si contono 25 decessi annui; su 100 donne 36 decessi.

Weill Mantou (*Manuel du medicine d'assurances sur la vie*), è dell'opinione che in tesi generale conducano al rifiuto tutte le affezioni del pericardio; tutte le affezioni organiche del cuore e dei grossi vasi, qualunque sia lo stato funzionale. Le ragioni di questo ostracismo risiedono nelle complicazioni che dall'oggi al dimani, a causa di un incidente, possono aggravare la situazione. Una sola eccezione l'*A.* ritiene possibile in favore di certe ipertrofie totali essenziali e leggere.

Il De Havilland Hall (*The medical examination for life assurance.* Bristol, 1906), ritiene che alcuni vizi valvolari cardiaci bene esaminati possono essere accettati in assicurazione con soprapremio.

I rumori anemici devono consigliare il rinvio dell'accettazione del rischio.

Gli assicurandi affetti da stenosi aortica ovvero da insufficenza aortica oppure da stenosi mitralica devono essere rifiutati.

Un assicurando affetto da insufficenza mitralica in età non superiore ai 40 anni, nel quale il vizio cardiaco duri almeno da tre anni con polso normale per frequenza e per gli altri caratteri che non vada soggetto a dispnea per un esercizio fisico moderato, che non abbia sofferto sifilide, e che eserciti una professione non faticosa e viva in ambiente favorevole può essere accettato con soprapremio pari all'aggiunta da sette a 15 anni all'età reale per un'assicurazione mista che scade a 50 o 55 anni di età.

L'insufficenza mitralica dovrebbe essere rifiutata quando è accompagnata da un polso frequente, irregolare o intermittente, quando si manifesti dispnea o cianosi dopo uno sforzo e specialmente se il vizio cardiaco è dovuto a recente attacco di reumatismo articolare ovvero a lesioni degenerative che si manifestino nella media età.

Il peso dell'assicurando è un elemento di giudizio che va preso in considerazione, giacchè la prognosi delle malattie valvolari del cuore è meno favorevole nelle persone con soprapeso che in quelle normali o con sottopeso.

Ammonisce di essere cauti nell'accettazione delle donne nel periodo di età, in cui si possono avere gravidanze.

La dilatazione cardiaca o la ipertrofia, la quale non sia l'espressione del compenso nell'insufficenza mitralica, conducono al rifiuto.

I casi in cui si osservi l'itto della punta lieve, il 1° tono alla punta debole, con polso piccolo e di frequenza piuttosto inferiore alla media, devono far sospettare al medico la possibilità di una degenerazione grassa del cuore e perciò devono essere senz'altro rifiutati.

L'osservazione del De Havillan che la obesità peggiora la prognosi delle cardiopatie è confermata dalle statistiche del dott. Moses, il quale esaminando il materiale delle Compagnie d'Assicurazione *Vittoria* di Berlino ha constatato la notevole maggiore percentuale data dagli obesi alle malattie di cuore.

Infatti il dott. Moses comunica:

	In tutti gli assicurati negli anni		Negli obesi
	1901-03	1903-05	
Morti per malattie di cuore . . .	13.0	14.0	18.9

Da una statistica della Connectient Mutual life Insurance Company per gli anni 1846–1895 si rileva come la mortalità per malattie cardiache degli assicurati aventi un soprapeso del 20 % è di molto superiore a quella degli assicurati aventi un sottopeso del 20 %.

	Assicurati aventi sottopeso	Assicurati aventi soprapeso
Morti per malattie cardiache	6.00 %	15.50 %

Buchheim divide i rischi tarati in tre classi che egli eguaglia con un soprapremio del 14 % per la prima, del 26 % per la seconda e dell'80 % per la terza classe. La terza classe comprende le malattie che hanno un decorso protratto come l'enfisema, le *cardiopatie*, l'arteriosclerosi, l'epilessia, la calcolosi renale ed epatica.

***

Io ritengo che alcuni vizi cardiaci allo stato di perfetto compenso possono essere accettati in assicurazione con soprapremio e con contratti che giungano a scadenza non più tardi del 55° anno di età.

Condizioni per l'accettazione devono essere: l'età giovane del soggetto, la natura del vizio cardiaco (sono da escludersi le lesioni di natura sifilitica, arteriosclerotica o traumatica) le condizioni del miocardio e l'ottimo stato degli altri organi, specialmente dei reni. Nel giudicare il rischio si deve tenere conto del gentilizio, dell'anamnesi personale, della costituzione, della professione e le abitudini di vita dell'assicurando.

Roma, agosto 1919.

Roma — Tipografia Nazionale Bertero — Via Umbria, 27.

LE MALATTIE DEL CUORE

e dei VASI

Periodico mensile

Il nostro periodico è il solo che si occupi in Italia delle Malattie del Cuore. In esso si troveranno sempre consigli non solo pel medico pratico, ma per gli stessi malati, i quali dovrebbero conoscere quello che giova e quello che nuoce per la loro cardiopatia, e ciò per tutta la vita; perchè una cardiopatia ben trattata, non dà alcun fastidio, ed è compatibile con la più tarda vecchiaia; mentre un trattamento non adatto può generare disturbi, o peggiorare le condizioni dell'infermo. Ogni cardiopatico deve essere il medico di sè stesso, e quindi deve conoscere la propria lesione e il modo di contenersi perchè questa non determini alcun disturbo. Tenendosi quindi al corrente del movimento scientifico, e seguendo i consigli pratici che via via saranno dati nel nostro giornale, il malato si potrà regolare molto meglio, e mantenersi in perfetta salute.

Ogni fascicolo si compone di 32-48 pagine di testo distinto in tre parti: *a*) lavori originali, lezioni e conferenze; *b*) riviste e rassegne; *c*) terapia e consigli pratici per i medici e gli stessi ammalati.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia: L. 12 — Estero: Frs. 18

Fascicolo separato **L. 2**

Amministrazione: Prof. E. MORELLI - Via Sistina, 14

ROMA