

Medico e Bambino è entrato in Internet. I motivi sono molti: primo, tutte le Riviste serie sono in Internet e M&B presume di (o aspira ad) essere tra queste; secondo, la necessità di allargare il suo spazio (le pagine cartacee non bastano più a contenere il materiale che vorremmo pubblicare, e alcune rubriche, anche molto gradite ai sondaggi -come "Perché si sbaglia"- e molti contributi originali per un motivo o per l'altro non riescono a entrare e vengono rimandati anche di anni); terzo, si sente il bisogno di un'informazione più rapida, e di un contatto più stretto coi lettori; quarto, si sente il bisogno di essere presenti nella rivoluzione dei mezzi di comunicazione che Internet preannuncia. Queste pagine verdi rappresentano la finestra su M&B cartaceo delle pagine elettroniche, così come ci sarà una finestra cartacea sulle pagine elettroniche; noi pensiamo che contengano, in sintesi, un materiale abbastanza interessante anche per i lettori "sulla carta", e che quindi non sia uno spazio sottratto alla Rivista. Se i contributi da pubblicare in elettronica saranno più numerosi dell'atteso, le pagine verdi (in questo numero una sola facciata, dal prossimo numero 2 facciate) verranno aggiunte a parte.

Le pagine elettroniche contengono, per ora, tre rubriche redazionali (casi clinici contributivi, dermatologia per immagini e ortopedia per il pediatra) con discussione e presentazione di casistica istruttiva. Conterranno, inoltre, lavori originali di ricerca in pediatria ambulatoriale. Quest'ultima rubrica (ma anche quella dei casi clinici) è aperta ai contributi esterni, anzi, è fatta per offrire una sede pubblicatoria rapida, qualificata e (visto che Internet non ha confini) potenzialmente internazionale. I lavori verranno valutati da un gruppo di referee, accettati o respinti in tempo reale (2 mesi tra l'arrivo e la pubblicazione), pubblicati in extenso sulle pagine elettroniche, secondo le indicazioni redazionali (che troverete "on line"), in lingua originale con abstract in inglese. Su queste pagine verdi verrà pubblicato invece l'abstract in italiano. Dieci estratti del lavoro in extenso verranno inviati agli Autori.

Ma specialmente, le pagine elettroniche dovrebbero rappresentare un luogo di incontro e discussione: sul materiale pubblicato (sia in elettronica che su carta), su argomenti scottanti, che la redazione proporrà ai suoi lettori, ma anche su quello che i lettori proporranno alla redazione. Voi avete reso vivo M&B; ci attendiamo che Voi date vita anche alle sue pagine elettroniche. Visitate il nostro sito. Scriveteci: vi risponderemo a giro di posta (elettronica).

Giorgio Bartolozzi e Franco Panizon

## Casi clinici contributivi

### TRE DIAGNOSI PER SERENA

Manuela Del Santo, Cristina Malorgio, M. Christine Salvatore, Manila Candusso  
Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

#### Il caso

Bambina di 2,5 anni con febbre da 4 gg (38°, poi 39°), espansione addominale e stipsi, iperlordosi, dolori lombari, ipotonia e impotenza funzionale (deambulazione solo a quattro gambe) agli aa ii, che vengono tenuti in flessione, con ROT diminuiti, asimmetrici (a sin). Rx torace: miliare e atelettasia paracardiaca basale destra. Mantoux negativa. RMN>TAC: accesso ossifluente tra 4L e 5L, con impronta sul sacco durale ed espansione anteriore sugli psoas, specie a sn.

#### Il problema

La diagnosi differenziale tra una s. di Guillain-Barré, una compressione midollare da processo espansivo, e una psoite. La diagnosi eziologica: la storia, la negatività

della Mantoux, la localizzazione discale e specialmente la positività degli anticorpi IgG e IgM per *Bartonella henselae* chiariscono il quadro.

**Diagnosi finale:** miliare, discite intervertebrale, psoite da *Bartonella*.

**Terapia:** corsetto; inizialmente terapia anti-TB, poi rifampicina e azitromicina.

**Evoluzione:** guarigione nel giro di un mese.

#### Il contributo

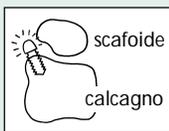
Il caso sottolinea le forti somiglianze tra infezione da micobatterio TB e da *Bartonella henselae*, ma anche le differenze (rapida evolutività, benignità, localizzazione discale delle lesioni da *Bartonella*). La *Bartonella* viene proposta come principale (o specifico?) agente eziologico della discite.



#### Dermatologia per immagini (a cura di Filippo Longo)

### MORFEA E SCLERODERMIA. UN CASO DIFFICILE DA GESTIRE

I problemi della evolutività della morfea, della sua patogenesi e delle relazioni con la emiatrofia facciale.



#### Ortopedia per il pediatra (a cura di Giuseppe Maranzana)

### DA PIEDE LASSO A PIEDE PIATTO. L'USO DEL CALCANEOSTOP

Descrizione dell'evoluzione di un piede lasso in piede piatto (quando occupare? a cinque anni). Descrizione del nuovo semplice strumento correttivo del piede valgo e adiuvante nel trattamento del piede piatto: il calcaneostop.

## Ricerca in pediatria ambulatoriale

### LA FEBBRICOLA INNOCENTE. UNO STUDIO EPIDEMIOLOGICO

Mauro Pocecco, Patricia Böhm, Alfredo Mendoza e Franco Panizon  
Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

#### Scopo del lavoro

Descrivere le caratteristiche cliniche, di laboratorio ed epidemiologiche di una larga casistica di febricola protratta sine materia; individuare delle corrette linee-guida per la gestione di questo tipo di patologia; proporre un inquadramento eziopatogenetico.

#### Materiali e metodi

Nelle annate 1990-1994 sono stati ricoverati (28 casi), ovvero studiati in Day-Hospital (46 casi) oppure visti in ambulatorio (99 casi), un totale di 172 bambini per febricola (>37,5 <38,5) perdurante da più di 3 settimane, con obiettività negativa.

#### Risultati

I risultati complessivi possono essere così riassunti:

- il 45% dei casi ricoverati, il 9% dei casi visti in Day-Hospital e il 6% dei casi d'ambulatorio avevano perso più di un mese di scuola;
  - il 79% dei casi ricoverati, il 76% dei casi di Day-Hospital e il 39% dei casi di ambulatorio erano sintomatici (astenia, cefalea, artralgie, nausea, vomito, inappetenza, dolori addominali);
  - il 75% dei ricoverati, il 56% dei casi studiati in Day-Hospital e il 33% dei bambini ambulatoriali hanno avuto un esordio post-infettivo;
  - il rapporto M/F è vicino a 1;
  - 2/3 dei casi sono stati ricoverati nei primi 3 mesi dell'anno e 3/4 tra gennaio e aprile: l'esordio della febricola innocente coincide col periodo delle infezioni respiratorie e/o con la ripresa della scuola dopo le feste di Natale.
- La febricola nella metà dei casi esordisce co-

me post-infettiva e nei 2/3 dei casi è accompagnata da sintomi "costituzionali" (cefalea, mialgia, astenia, DAR, vomito).

La febricola è effettivamente "innocente" (guarisce sempre), ma è una grande causa di consumismo medico (per 172 bambini circa 2000 esami, 50 ricoveri, 100 Day-Hospital, 400 visite) e di assenza da scuola (circa 4000 giornate perdute). Di tutti gli esami fatti, solo 13 (Mantoux, ac anti-EBV) sono stati contributivi positivamente. La VES è invece contributiva (sempre) in senso negativo, per esclusione di malattia.

Un'anamnesi attenta, un approccio laboratoristico elementare (VES, PCR, Mantoux, emocromo, Monotest), un colloquio tranquillizzante e una diagnosi liberatoria sono sufficienti nella totalità dei casi.

