

Dott. ANTONINO ZAGAMI

Sulla mesenterite retrattile

Un caso da diverticolo infiammato del digiuno

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XLIV (1937)

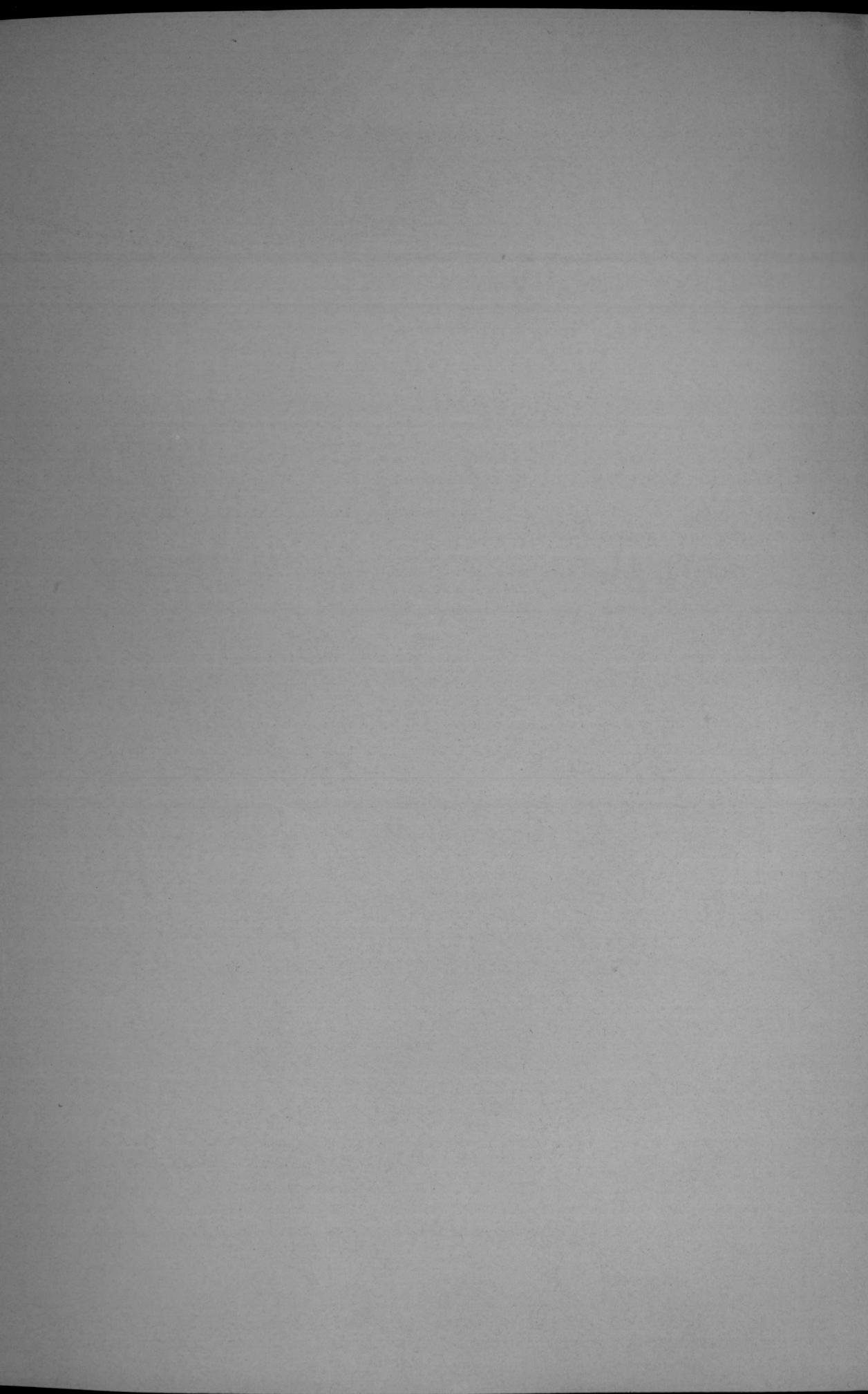


Dis. 4.
B
57
/ 4

ROMA

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

1937



OSPEDALE REGINA MARGHERITA - MESSINA
REPARTO CHIRURGICO diretto dal prof. ALESSANDRO PENNISI.

Sulla mesenterite retrattile.

Un caso da diverticolo infiammato del digiuno.

Dot. ANTONINO ZAGAMI, Assistente dell'Ospedale
Aiuto vol. nell'Istituto di Anatomia chirurgica e Corso di operazioni
della R. Università di Messina.

Lo studio della mesenterite retrattile non si può dire abbia un inizio remoto perchè comincia nel 1853 e può dividersi in tre periodi: periodo anatomico-patologico, periodo chirurgico, periodo radiologico-clinico. Il primo periodo comincia con Wirchow e si continua con Gurschmann, Braun, Ries, Moller, ecc., che trattano la malattia dal punto di vista anatomico-patologico. Da questo punto di vista la mesenterite retrattile si presenta sotto due forme: circoscritta e diffusa. La circoscritta si presenta sotto forma di placche rotondegianti o stellate, di aspetto lenticolo e di colore bianco madreperlaceo. Nella forma diffusa il mesentere appare diminuito in estensione e in altezza; invece, per l'inceppo della circolazione sanguigna e linfatica, spesso si presenta aumentato nello spessore ed edematoso. Ne conseguono deformazioni e talvolta torsioni. Le anse intestinali corrispondenti subiscono deviazioni, inginocchiamenti e, quando il loro peritoneo viene interessato dal processo, anche aderenze fra di esse. All'esame microscopico si rinvengono tessuto connettivo più o meno giovine a secondo lo stadio del processo.

Il periodo chirurgico comincia con D. Biondi che nel 1891 all'ottavo congresso della Società Italiana di Chirurgia espone il primo caso di mesenterite del mesocolon trasverso operato dal suo maestro Novaro.

Nel 1897 Riedel pubblicò tre casi. Seguirono le osservazioni di Iacobelli (1904), di Müller (1910), Krynschi (1910), D'Agostino (1912), Tenani (1913), Maclaure (1920), Ferron (1920), Duvergey (1922), Abadie (1922), Falcone (1922).

Col 1922 per opera di Donati e della sua scuola (Vespignani, Di Natale, Faccini) comincia il periodo clinico radiologico in cui la diagnosi può essere fatta in molti casi prima dell'intervento. Essi segnarono allo schermo radiografico, come segni caratteristici di alcune forme di mesenterite le « dilatazioni segmentarie parolitiche dei tenue, senza stenosi con livelli liquidi sovrapposti da bolle gassose ».

La sintomatologia della mesenterite retrattile ha poco di caratteristico: senso di pienezza, dolori continui, sordi, diffusi all'addome ma più marcati

ai mesogastrio, talvolta coliche, talvolta vomito alimentare, frequenti eruttazioni, stitichezza ostinata. Obiettivamente si rileva addome meteorico e spesso movimenti antiperistaltici evidenti.

Dove regna ancora molta oscurità e le opinioni sono molto controverse è sulla etiologia e patogenesi.

Lasciamo stare la teoria dell'origine congenita del Leichtenstern secondo cui la mesenterite per verificarsi richiede anomalie di posizione dell'intestino e malformazioni congenite, teoria la quale non trova conferma nelle osservazioni necroscopiche e operatorie ormai numerose. Con ciò non vogliamo negare che le malformazioni e le anomalie possano essere fattori coadiuvanti, ma non indispensabili, del processo.

Esiste un'altra teoria della meccanico-irritativa o traumatica la quale è stata invocata per spiegare le mesenteriti che si rinvencono in portatori di ernie specialmente voluminose e in individui che hanno subito un trauma all'addome, mancando altri fattori esplicativi. Nell'ernia la mesenterite viene spiegata con i continui traumi che il mesentere subisce durante i movimenti di fuoriuscita e di riduzione dei visceri erniari, nei traumi con gli ematomi che si sarebbero prodotti nel mesentere. Riteniamo di aggiungere però che anche in queste forme traumatiche i sostenitori della teoria infettiva ammettono che il trauma non è un fattore efficiente e che agisce in quanto favorisce il sopraggiungere di germi.

Le teorie che si contendono maggiormente il campo si possono riassumere in due: la teoria infettiva e quella tossica.

Jura praticò parecchi esperimenti. In alcuni casi iniettò con liquido caustico (soluzione di soda al 0,50 % in ragione di 0,20-0,30 cmc.) piccoli vasi arteriosi mesenterici. In altri iniettò nello strato sottosieroso e muscolare del tenue germi delle flogosi acute (culture di bacterium coli). In altri iniettò cera batterica di bacilli tubercolari nello strato sottosieroso del tenue in ragione di metà della dose minima letale stabilita. In altri infine nucleina batterica tubercolare. Sacrificò gli animali in periodi differenti e riscontrò sempre sia macroscopicamente che microscopicamente note di flogosi mesenterica a differenti stadi di evoluzione con interessamento o meno del peritoneo delle anse intestinali. Ne concluse che la mesenterite è sempre di origine infettiva. Riguardo alla patogenesi sostiene che la mesenterite segue quasi sempre a una peritonite circoscritta: i germi deriverebbero dall'intestino e si propagherebbero al mesentere attraverso i linfatici. Sappiamo infatti che i linfatici dell'intestino tenue percorrono il mesentere, sappiamo pure dalle esperienze del Faccini che tali linfatici all'inizio del loro decorso nel mesentere presentano dei finissimi intrecci a forma di rosette che costituiscono come delle vere stazioni linfatiche dove i germi provenienti dall'intestino possono essere facilmente trattenuti determinando un processo flogistico locale di mesenterite circoscritta. Vi sono dei casi non rari in cui non si trovano né segni né esiti di peritonite sui visceri e nei quali si può anche presumere che non vi siano state lesioni della mucosa intestinale. Questi casi non costituirebbero una seria obiezione alla teoria infettiva, sia perchè gli esiti di peritonite circoscritta a lungo andare possono riassorbirsi o almeno non rilevarsi macroscopicamente, sia perchè in base alle esperienze di Dobroklouski, Nicolas e Descas è stato dimostrato il passaggio di germi direttamente nei linfatici attraverso la mucosa intestinale sana. D'altra parte non è necessario che il processo flogistico si sviluppi sull'intestino ileo per dare luogo a una mesente-

rite poichè le ricerche di Descomps e Turnesco hanno chiarito le connessioni tra i linfatici del grosso intestino e quelli dell'ileo, in base alle quali può spiegarsi come un processo flogistico stabilitosi nel territorio di uno dei due tratti di intestino possa vicendevolmente diffondersi all'altro.

Pertanto la teoria infettiva linfatica sembrerebbe la più logica e la più semplice. Se non chè, come fa osservare lo Stropani, molti esami macro e microscopici e la non rara constatazione di assenza di aderenze e di reazione del peritoneo viscerale non dimostrano la presenza di un processo infettivo. Anche la tubercolosi, che è indubbiamente l'infezione che più spesso si trova nei malati di mesenterite retrattile, sovente non è stata trovata in questi casi nel peritoneo, mentre, viceversa, talora esiste in modo evidente e diffuso nel peritoneo senza che vi si trovino tracce di mesenterite del tipo retrattile. Lo Stropani partendo da queste considerazioni e dalla constatazione che in alcune placche di mesenterite retrattile venute alla sua osservazione aveva notato l'occlusione di una vena di discreto calibro impigliata nel processo cicatriziale con pervietà invece dell'arteria satellite si domandò se in questi casi la mesenterite fosse dovuta a stasi venosa.

Sperimentalmente sui cani in alcuni casi legò un'arteria, in altri una vena di discreto calibro sul mesentere. Dove fu legata l'arteria riscontrò riparazione perfetta delle lesioni sul mesentere, dove fu legata la vena si sviluppò immaneabilmente una placca di mesenterite retrattile con produzione di connettivo fibroso senza aderenze di reazione infiammatoria. In un secondo gruppo di esperienze invece di fare la legatura iniettò una goccia di soluzione al 20 % di salicilato di sodio, liquido proposto dal Sicard per la oblitterazione delle varici. L'iniezione nell'arteria non provocava nulla, nella vena invece provocava mesenterite circostante. Diluendo opportunamente la soluzione irritante in alcuni casi riuscì pure a ottenere quadri di mesenterite retrattile senza alcuna apparente lesione della vena iniettata. All'esame microscopico dei pezzi riscontrò rilevante ispessimento dei fascetti di fibre collagene ma in nessun punto constatò infiltrazione linfo o leucocitaria quale prova di processo flogistico. Ne venne alle seguenti conclusioni: 1) qualunque lesione traumatica diretta o indiretta e qualunque alterazione sistematica o localizzata che determini chiusura di una vena mesenterica può determinare l'insorgenza di mesenterite retrattile; 2) sostanze tossiche di varia natura provenienti soprattutto dall'intestino o da focolai settici peritoneali passando per il circolo venoso possono provocare alterazioni delle pareti dei vasi venosi dei mesenterici e determinare l'insorgenza di mesenterite retrattile.

D'altra parte Milone e Pico hanno dimostrato che la chiusura mediante legatura dei vasi chiliferi, indipendentemente dall'intervento di un fattore infettivo, e di qualsivoglia altra lesione vascolare, è sufficiente a provocare l'insorgenza della mesenterite retrattile. Hanno istituito a tale uopo esperimenti su conigli e hanno ottenuto in corrispondenza della legatura dei vasi placche di mesenterite. Niente aderenze fra le anse e all'esame microscopico in tutti gli stadi scarsi leucociti e linfociti e solo abbondanti fibre connettivali. Hanno pure coltivato pezzetti di placche mesenteritiche in adatti terreni di cultura e non hanno riscontrato germi. Vengono alla conclusione che la causa della mesenterite è di origine intestinale ed è dovuta a sostanze tossiche penetrare attraverso l'epitelio intestinale nel circolo linfatico o anche venoso (come ha dimostrato lo Stropani) e accumularsi in grande concentrazione per effetto di ostacoli in detto circolo. La dottrina tossica della mesenterite,

secondo loro, non esclude la possibilità che processi infettivi siano causa di mesenterite, nel senso che questi possono determinare disturbi nella circolazione linfatica o venosa e provocare l'intervento del fattore tossico. Questo lo stato attuale della questione patogenetica della mesenterite retrattile. A questo punto mi piace riferire un caso occorso alla mia osservazione per inquadrarlo fra le teorie patogenetiche in questione e vedere a quali di esse meglio risponde:

C. M. di anni 57. Entra il 21 febbraio 1935 al reparto di medicina del nostro ospedale da cui proviene al nostro reparto di chirurgia. Genitori morti in vecchiaia avanzata. La madre ebbe sette gravidanze a termine e nessun aborto.

Dei figli uno solo è morto in America in età adulta. Nulla da notare nell'infanzia della paziente. Mestrualo a 18 anni e si mantenne sempre regolata. Alla stessa età passò a nozze con un uomo apparentemente sano. Ha avuto nove figli: cinque viventi e quattro morti



1^a RADIOGRAFIA.

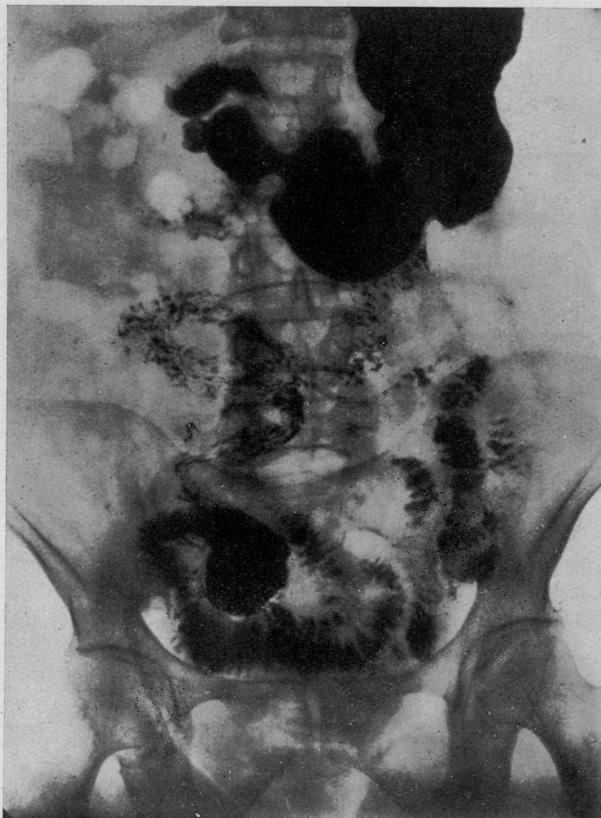
fra i 40 giorni e i tre anni. Un solo aborto al quarto mese. A 25 anni soffrì per due mesi di una malattia febbrile che la paziente non sa precisare e localizzare, comunque si rimise perfettamente senza postumi.

Da circa dieci anni è entrata in menopausa. Da circa quattro anni la paziente si lagna di dolori, a tipo di colica, all'addome con intensità maggiore alla regione mesogastrica.

Questi dolori in principio si presentarono ad intervalli: dapprima ogni mese circa, a poco a poco si ridussero a ogni settimana. Infine da cinque mesi sono diventati continui e costanti. Dapprima erano senza vomito nè eruttazioni acide, in questi ultimi tempi

si sono aggiunti anche questi disturbi. I dolori insorgono quasi subito dopo i pasti ma il vomito dopo due tre ore. Soffre di stitichezza ostinata e di frequenti tumori di rimescolio intestinale. Mai ematemesi o melena. Ha usato sempre dieta leggera.

E. O.: Soggetto di sviluppo scheletrico e muscolare normale ma discretamente denutrito. *Addome:* di forma un po' globosa, alla palpazione si risveglia dolore diffuso con accentuazioni al mesogastrio. Dato il meteorismo costante e la poca trattabilità del ventre non si può praticare una efficace palpazione profonda per scoprire eventuali tumefazioni. Suono timpanico alla percussione, non segni di liquido endoaddominale. Esaminando mezz'ora dopo che la paziente ha preso un po' di pasta si notano continui rilievi di anse che si disegnano sulla parete addominale e scompaiono con rumori di gorgoglio accom-



2^a RADIOGRAFIA.

pagnati da eruttazioni. La paziente era stata ricoverata con diagnosi di stenosi intestinale. Fegato e milza nei limiti. Nulla all'apparato respiratorio e circolatorio. Esame del sangue: globuli rossi 4.000.000, globuli bianchi 8000, emoglobina 60, forma leucocitaria normale, l'esame del sangue sul striscio colorato è negativo per la presenza di parassiti. L'esame dell'urina e delle feci è parimenti negativo. Esame radiologico: 1^a radiografia (25-II-1935): diverticolo della seconda porzione duodenale, altro grosso diverticolo infiammato e fisso del digiuno nella regione sottombelicale (1^a radiografia). L'11-III-1935 sotto narcosi eterea si interviene all'atto operativo: laparotomia mediana sopra e sottombelicale. Aperto l'addome si scopre una tumefazione del volume di un pugno, di color bianco grigiastro, liscia, in sede mediana sottombelicale che si riconosce per il mesentere fortemente ispessito e succulento. Risalendo in alto lungo il medesimo alla sua origine, al di sotto del colon trasverso, e spingendo questo in alto, si trova un cingolo formato da tre giri delle prime anse del digiuno molto assottigliate nel volume, di cui una ancora di più tanto da assumere l'aspetto vasale più che intestinale. Il peritoneo che le riveste presenta i carat-

teri infiammatori e il mesentere pure, anzi questo è retratto tanto da tenere addossate e immobili alla parete posteriore dell'addome le anse corrispondenti. Estrinsecato tutto il pacchetto del tempo si cercano di liberare, come meglio si può, le anse formanti cingolo. Si controlla la buona posizione delle medesime e del mesentere il quale naturalmente permane nelle sue qualità sopra descritte. Le anse presentano delle aderenze intime in alcuni punti con i quali sono a contatto col mesentere. Qualcuno di tali punti, capace di poter dare disturbi, viene liberato. Nello spessore del mesentere all'altezza del digiuno-ileo si riscontra un diverticolo (quello digiunale riferito dal radiologo) dove sono più accentuati le aderenze e i fatti flogistici. Non si ritiene opportuno di asportare il diverticolo, essendoci contentati di liberare le aderenze.



Obb. 3, ocul. 4 e. Koristka. Ingr. 70 Giam.

La paziente guarisce per prima intenzione dell'atto operativo, e senza febbre, ma appena le si somministrano i primi cibi ritorna la stessa sintomatologia.

Il 29-III-1935 si rinvia di nuovo al radiologo il quale la sottopone al nuovo esame radiologico (2ª radiografia) e riferisce quanto seguente: «leggendo i radiogrammi precedenti, sulla scorta del reperto operativo si riconoscono i segni radiologici della torsione mesenteriale e del doppio cingolo digiunale. Il nuovo reperto invece conferma il precedente nei seguenti elementi: presenza di un piccolo diverticolo della grandezza « appunto, di una noce, il quale, pure avendo sede nella regione ipogastrica a metà di distanza fra ombelico e pube, appartiene alle ultime anse digiunali. Il diverticolo è perfettamente visibile qualche minuto dopo i primi passaggi pilorici. Il diverticolo è fisso, è molto dolente alla palpazione. In esso fa ristagno il pasto. Il diverticolo manca di un vero e proprio colletto ma appare come prodotto dalla flessione di un'ansa. Anche il diverticolo duodenale fa stasi isolata. È perciò probabile che il diverticolo stesso sia stato causa della mesenterite ».

Il 10-IV-1935 previa narcosi eterea si interviene con un nuovo atto operativo: laparotomia mediana sulla vecchia cicatrice. Si ritrovano a carico dell'intestino le stesse condizioni riscontrate nella prima operazione. Si ripone l'intestino in buona posizione, si asporta il diverticolo sull'ansa digiunale sguanciandolo da sotto la sierosa del mesentere. Si isolano quanto più è possibile, liberandole dalle aderenze l'ansa prossimale del digiuno e l'ultima ileale che sono quelle che fanno cingolo alla radice del mesentere.

L'esame istologico del diverticolo asportato fa rilevare l'epitelio di rivestimento in gran parte sfaldato, il carion mucoso infarcito di elementi parvicellulari e linfoidi in mezzo a cui si rilevano le ghiandole del Brunner. Nella muscularis mucosae, sottomucosa, tessuto muscolare e sieroso si riscontra maggiore sviluppo vasale e quì e là degli elementi parvicellulari.

Il caso presente mi è sembrato degno di menzione: prima per la rarità del caso clinico in quanto nella letteratura non mi è riuscito di riscontrare una mesenterite dipendente da un diverticolo, in secondo luogo perchè il reperto macroscopico e microscopico dimostrano chiaramente una etiologia infettiva. Che la malattia derivi dal diverticolo risulta, oltre che dall'assenza di altre cause nell'anamnesi, dal reperto di infiltrazioni linfocitocitarie è più accentuata in vicinanza del diverticolo, dalle aderenze e dai chiari segni di flogosi su gran tratto di ileo e del mesentere. Come conciliare allora il nostro caso con le chiare esperienze di Stropeni, Milone e Picco? Noi pensiamo che l'ostacolo al deflusso sia venoso che linfatico, anche in assenza di germi, con l'intervento o meno di sostanze tossiche, possa essere causa di mesenterite retrattile senza sviluppo di un processo flogistico vero e proprio, il quale viceversa evidentemente si sviluppa quando entrano in scena i germi. Nel primo caso non si riscontrano né aderenze né alterazioni flogistiche sulle anse.

Come abbiamo detto sopra, Donati e Vespignani hanno riscontrato allo schermo radiografico dilatazioni segmentarie paralitiche del tenue, senza stenosi, che sono stati da loro considerati come segni radiologici caratteristici di mesenterite retrattile e vengono interpretati di natura neuroparalitica per lesioni nervose in corrispondenza delle placche mesenteriche. Il Faccini anzi praticò esperimenti di resezioni di nervi in alcuni punti del mesentere e in corrispondenza di questi punti verificò che le anse erano più dilatate. Ma Jura fa osservare che le suddette dilatazioni ileali sono tutt'altro che frequenti e in molti casi si riscontrano stenosi talvolta notevoli, come nel nostro caso dove in corrispondenza del processo mesenterifico le anse erano di volume inferiore a quello di un dito mignolo. Si può pensare che le dilatazioni si riscontrano di preferenza in quei casi di mesenterite non derivanti da processi infettivi e quindi senza aderenze e senza alterazioni delle pareti delle anse, mentre nelle mesenteriti che riconoscono una origine infettiva si possono formare delle aderenze e delle alterazioni flogistiche sulle anse tali da non permettere la distensione di queste.

Nel nostro caso abbiamo riscontrato pure torsione del mesentere, eventualità non rara in questa malattia e registrata nella letteratura.

RIASSUNTO.

L'A. ricorda le principali teorie sulla etiopatogenesi della mesenterite retrattile derivante da un diverticolo infiammato del digiuno in cui la mesenterite è chiaramente di origine infiammatoria.

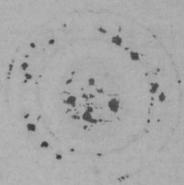
Ne conclude ammettendo che la malattia in questione possa avere origine infettiva pur non escludendone l'origine tossica e quella da ostacolo del circolo venoso o linfatico.

BIBLIOGRAFIA.

- ABBADIE. Bull. et Mem. Soc. nat. Chirur., 1912.
 AMOROSI. Annali Italiani di Chirurgia, 190, vil. IX, fasc. 5.
 AZARA. Policlinico, Sez. Chir., 1914.
 BIONDI. Atti VII Congresso Soc. It. di Chir., 1891.
 CHIASSERINI e ANTIGNOLI. Policlinico, Sez. Prat., 1925.
 D'AGOSTINO. Rivista Veneta Scienze Mediche, 1912.
 DA FERMO. Atti e memorie Soc. Lombarda di Chir., vol. II, 1934.
 DI NATALE. La clinica Chir., 1926.
 DONATI. Atti XXIX Congresso Soc. It. di Chir., 1922.
 Id. Comunicaz. R. Accad. Scienze Lettere ed Arti, Padova, 1922.
 DONATI e VESPASIANI. La Radiologia Med., vol. X, 1923.
 FACCINI. La Riforma Med., 1923. J
 Id. *La Mesenterite Cronica Fibrosa Retruente*. Padova, La Garanzola, 1926.
 FALCONE. Archiv. It. di Chir., vol. VI, 1926.
 JACOBELLI. *Sulla Tubercolosi Mesenteriale Stenosante*. Tip. Guerriero, Napoli 1904.
 JESU. Annali It. di Chir. Anno VII, fasc. IV, 1928.
 JEAN. Bull. et Mem. Soc. Nat. Chir., 1925.
 JURA. Policlinico, Sez. Chirurgica, 1927, vol. XXIV.
 LEICHTENSTERN. Ziemssen's Hand. der spez. Pathol. u. Ther., Bd. III.
 MAUCLAIRE. Congr. Franc. di Chir., 1921.
 MILONE e PICCO. Boll. e Mem. Soc. Piemontese di Chir., vol. III, 1933.
 Id. Id. Archiv. It. di Chir., 1935.
 NICOLAS e DESCAS. Compt. Rend. Soc. de Biolog., 1902.
 ROCCAVILLA. Clin. Chir., 1910.
 RUGGERI. *Le ascariidiosi chirurgiche*, Cappelli, Bologna, 1932.
 STROPENI. Boll. e Mem. Soc. Piem. di Chir., vol. III, n. 11, 1933.
 TENANI. Il Morgagni, 1933.
 TOURNEAUX. Presse Médicale, 1924.
 VESPIGNANI. Diario Radiologico, vol. IV, 1923.
 Id. Atti Congresso Radiologia Medica, Trieste, 1925.
 Id. Radiologia Medica, vol. XII, 1926.
 VIRCHOW. Virchow's Archiv., 1854.
 ZAGARESE. La Clinica Chirurgica, 1933.

217101





2015

“IL POLICLINICO”

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante
diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO

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

LA SEZIONE PRATICA

che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

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

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

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori. Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonchè ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al « Policlino » per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

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

ABBONAMENTI ANNUI PER IL 1928

	Italia	Estero
Singoli:		
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 58,50	L. 100
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	» 50 -	» 80
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 50 -	» 80
Completivi:		
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	» 100 -	» 150
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	» 100 -	» 150
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	» 125 -	» 180

Un numero della sezione medica e chirurgica L. 6, della pratica L. 3,50

Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.

La Sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 28-36-40 pagine, oltre la copertina.

Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno

« Abbonamenti non date prima del 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo.

Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del «Policlinico», LUIGI POZZI

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Salaria, 14 - ROMA (Telefono 42-309)