

455

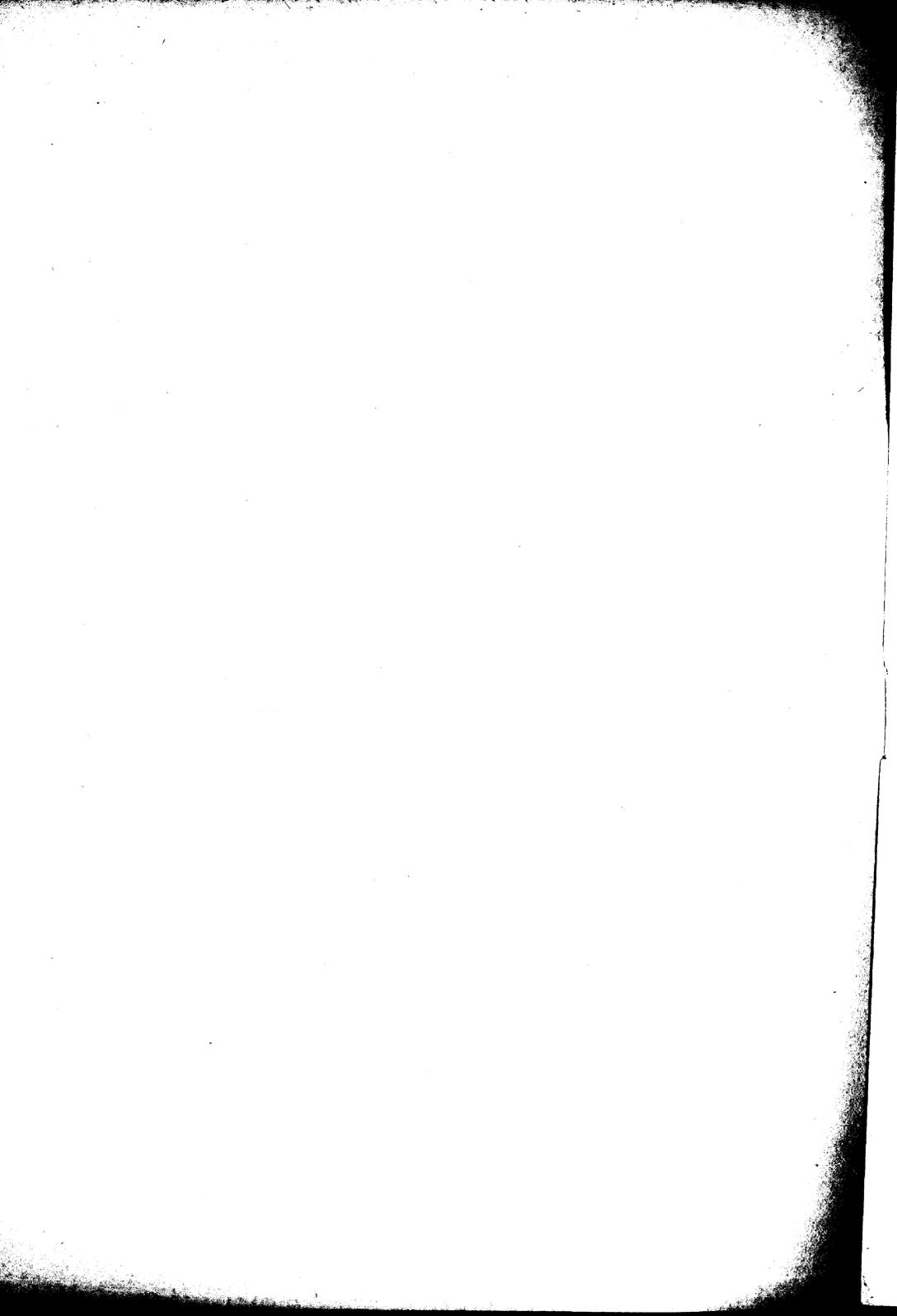
DOTT. M. PETACCI

# Le nevrosi cardiache dei marinai

Estratto dagli Atti del XLI Congresso  
della Società Italiana di Medicina Interna  
(Bologna, Ottobre 1935-XIII)



ROMA  
LUIGI POZZI, editore  
—  
1935-XIII e. f.



DOTT. M. PETACCI

# Le nevrosi cardiache dei marinai

---

Estratto dagli Atti del XLI Congresso  
della Società Italiana di Medicina Interna  
(Bologna, Ottobre 1935)

---



R O M A  
LUIGI POZZI, editore

---

1935-XIII e. f.

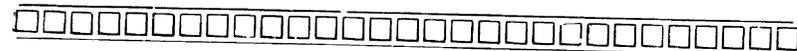
---

PROPRIETÀ LETTERARIA

---

---

Roma. Stab. Tip. Armani di M. Courier



**M. PETACCI** (Roma). — *Le nevrosi cardiache dei marinai.* — L'A. ha avuto occasione di esaminare in questi ultimi tempi per motivi professionali, prima un migliaio di avanguardisti di una delle legioni romane, poi senza distinzione marinai e soldati all'Ospedale Militare marittimo della Spezia e quindi 600 giovani tra i 18 e i 20 anni appartenenti all'incrociatore da battaglia BARTOLOMEO COLLEONI.

Questo enorme quantitativo di materiale umano ha permesso all'A. alcune osservazioni nei riguardi di quella sindrome detta il cuore irritabile dei soldati o anche degli adolescenti confusa da alcuni con il cuore da lavoro e con il cuore da fatica e che comunemente negli ospedali militari viene diagnosticata come « nevrosi cardiaca ».

Per quanto questi individui, intendo parlare dei marinai, si trovino in una situazione speciale a causa dell'ambiente marino dove lo stimolo continuo dello iodio porta ad un acceleramento delle combustioni e del metabolismo in genere, il campo non si può restringere a questi ma si può sicuramente estendere a tutta la gioventù armata ed a tutta la gioventù operaia, in una parola a tutte quelle collettività maschili che compiono un lavoro determinato e continuo. In realtà il marinaio per il suo continuo spostarsi da una città all'altra e per i dislivelli di temperatura a cui va incontro, per il doversi ambientare in luoghi dove l'aria è inquinata da pulvisco anidride carbonica e antroposine, e per la responsabilità e l'orgasmo derivanti dalle sue occupazioni, dovrebbe rappresentare il prototipo l'esempio tipico in questo ramo della patologia.

Tuttavia l'autore dimostrerà non essere solamente queste le cause del male.

Secundo l'A. la nevrosi cardiaca sia dei marinai che dei soldati non esiste, essa appartiene alla casistica rara, non è possibile nemmeno classificare queste forme di cardialgia e di tachicardia tra le nevrosi cardiovascolari pur facendo parte esse da un punto di vista didattico dei disturbi del ritmo.

Molti illustri superiori e colleghi hanno specialmente parlato sia del cuore da lavoro sia del cuore irritabile del soldato.

Secundo alcuni lo stimolo provocatore di questa sindrome e di questi disturbi sarebbe il lavoro. Per l'A. il lavoro si può invocare solamente quando si tratti di lavoro usurante e di lavoro pretratto di cui qui non è assolutamente il caso di parlarne.

Un individuo sano specialmente nei riguardi dell'apparato cardio-vascolare che venga sottoposto ai lavoro che normalmente fanno i marinai non può che rinforzare l'organismo e guadagnare in benessere fisico e morale per quanto variabile sia il clima dal caldo, al freddo, alla nebbia, al vento.

L'A., ricorda poi e riassume brevemente i disturbi del ritmo.

Anzitutto la tachicardia e bradicardia respiratoria che non si può classificare tra le affezioni morbose e che si riscontra facilmente negli adolescenti

in cui la successione e i battiti cardiaci viene influenzata dal respiro, acceleramento durante la respirazione e rallentamento durante la espirazione.

Quindi si ha la tachicardia fisiologica. Fisiologicamente la tachicardia si può osservare dalla nascita fino al 20° anno di età e dai 65 anni in avanti. Naturalmente queste tachicardie si osservano solamente durante i movimenti, la digestione, le ascensioni ad altitudini elevate, passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale e infine la tachicardia da dolore, inoltre essa può aumentare per cause psichiche, può essere espressione di uno stato di ipereccitabilità costituzionale che accompagna l'individuo sin dalla nascita. Vi sono quindi le « tachicardie patologiche ». La tachicardia del morbo di BASEDOW che naturalmente si accompagna a cardiopalmo, a brillantezza degli occhi, a tremore delle dita ed esoftalmo, ai segni di Moebius, di Graefe, di Stellwag in cui si possono avere fino a 200 pulsazioni e si avrà sicuramente uno stato di ipereccitabilità simpatica generale.

Vi è poi la tachicardia febbrile; infine la tachicardia tubercolare che può essere ed è spessissimo dipendente dalla febbre.

Si può avere tachicardia per paralisi delle terminazioni centrali del vago, per processi infiammatori, emorragici, neoplastici del sistema nervoso centrale.

L'eccitazione del simpatico si può avere anche per caffeina e nicotina. Si osserva anche tachicardia nei vizi cardiaci.

Ricorda poi la tachicardia essenziale eterotopa parossistica o morbo di Bouveret nella quale la tachicardia è il sintomo predominante.

A periodi intervallati da stati di completo benessere raggiunge un ritmo sempre più accelerato che arriva fino alle 300 pulsazioni al minuto.

Si ha poi la tachicardia auricolare anche detta tachicardia parossistica parziale nella quale l'acceleramento dei battiti interessa le orecchiette, mentre il ritmo ventricolare e quindi il polso non aumenta molto la sua frequenza. (Questo flutter auricolare non si può rilevare che attraverso i tracciati grafici).

Si passa quindi alla bradicardia con il rallentamento del ritmo senza naturalmente che la regolarità del ritmo sia modificata. Si ha poi la bradisfigmia senza bradicardia quando il rallentamento riguarda solamente il polso ed è normale la frequenza del polso, ed allora questa forma si chiama aritmia extrasistolica in cui l'insorgenza di sistoli supplementari è tanto debole che non si rileva alla palpazione del polso. Le bradicardie sono totali o parziali. La bradicardia totale può essere congenita e rientra in quelle manifestazioni determinate dalla costituzione vagotonica e quindi sarà accompagnata dalle manifestazioni conseguenti allo squilibrio esistente tra i due sistemi antagonisti. Essa può essere determinata anche dall'aumento della pressione endocranica come avviene in parecchie malattie dell'encefalo. Si ha poi la bradicardia tossica, del tabacco, da piombo, da fosforo ecc. Essa può essere anche postinfettiva e riflessa. Per quanto concerne le bradicardie parziali o dissociate possiamo avere una lesione organica o funzionale del sistema specifico del cuore ed allora avremo il blocco del cuore. Se il blocco avviene fra il seno e l'orecchietta il blocco seno auricolare, se nel fascio di Hrs il blocco atrioventricolare, se in una branca del fascio di Hrs, blocco della branca destra o sinistra.

Si può anche avere la bradicardia permanente per dissociazione auricolo-ventricolare acquisita, detto anche morbo del MORGAGNI. E questo rappresenta il più alto grado dei disturbi di conduzioni per una causa che raramente è dimostrabile dal punto di vista anatomico non sempre da alterazioni degenerative del fascio di Hrs. Vi sono poi dei disturbi del ritmo cardiaco che portano ad una irregolarità del polso e quindi si parlerà di polso regolare ed aritmico e avremo così la aritmia extrasistolica in cui il ritmo viene turbato

dal sopraggiungere dell'extrasistole ossia da una contrazione del cuore in toto, o di una delle sue parti e che è prodotta da un extrastimolo che può originarsi da un punto qualsiasi del cuore stesso. E possiamo avere delle extrasistole sinusali, auricolari, ventricolari e auricolo-ventricolari.

Esiste poi un'ultima sindrome detta aritmia completa o totale o perpetua da fibrillazione auricolare o polso irregolare perpetuo. In questa aritmia completa il fatto caratteristico è l'assoluta mancanza di regolarità nel susseguirsi delle pulsazioni e l'assoluta mancanza di uguaglianza e di ampiezza di essa. Il disturbo base di questa sindrome consiste nella comparsa di tremiti fibrillari disordinati a carico delle orecchiette che costituiscono le contrazioni normali ritmiche.

Per vedere quai di questi disturbi si incontrano negli individui in esame basta dare uno sguardo alla statistica.

STATISTICA. — Su 600 individui esaminati l'A. ha riscontrato 90 casi di tachicardia di cui 50 senza disturbi soggettivi, 25 con disturbi subiettivi lievi, 15 con disturbi obiettivi importanti; 24 tipi di cardialgia; 2 bradicardie e un caso di aritmia respiratoria che si accompagnava a tachicardia è riportato nei casi clinici.

In tutti questi 600 individui un solo caso di vizio organico è precisamente insufficienza mitralica.

Nessun caso di tachicardia eterotopa e parossistica ma bensì tutti appartenenti al tipo delle tachicardie sinusali.

Di questi ha scelto tre casi tipici che riporta.

Caso I. — D. N. Giuseppe, del 14°, gentilizio negativo, nell'anamnesi fisiologica nulla di rilevabile. Nel passato patologico troviamo febbre di Malta, ultimamente ebbe tonsillite con febbre alta. Si lamenta di rare cardialgie accessuali. Non fumo, non caffè, non vino.

E. O. Soggetto longilineo appartenente alla seconda costituzione, pannicolo adiposo scarso, scheletro regolare salvo lieve cifoscoliosi.

Conservati il trofismo e il tono delle masse muscolari. Stato di sanguificazione normale. Polso 88. Pressione normale, qualche glandola sotto mentoniera. Nulla al capo. Nulla agli occhi. Non Moebius, non Graefe, non Stellwag. La tiroide palpabile in un collo normale un po' allungato, non pulsazioni al giugulo.

Torace asimmetrico con prevalenza dell'emitorace destro, cifoscoliosi e preminenza dell'emitorace sinistro.

Non vi è il fenomeno diaframmatico di Litten. Non dolore alla pressione nei diversi punti del torace, dolori al quarto spazio intercostale destro, angolo sternale (alla pressione).

Il fremito vocale tattile si trasmette normalmente.

Alla percussione i limiti inferiori e superiori appaiono normali.

L'esame plessimetrico non rivela altro salvo un lieve smorzamento dovuto sicuramente al fatto congenito della maggiore massa muscolare dell'emitorace sinistro che sporge all'indietro.

All'ascoltazione il murmure respiratorio è normale.

Per quanto concerne il centro circolatorio l'itto non è visibile ma è palpabile e dà un certo impulso alla pressione.

Limiti del cuore sono normali.

Il primo tono è vibrato e il secondo lievemente rinforzato, si ascolta su tutti i focolai. Il ritmo è accelerato con 88 pulsazioni in posizione seduta.

Nulla di importante da segnalare ai visceri, agli organi ipocondriaci e all'apparato urogenitale.

Caso II. — O. Mario, del 14° gentilizio, negativo; nulla nell'anamnesi fisiologica e patologica, ultimamente senso di peso al cuore, rare cardialgie e cardiopalmo specialmente notturno. Non bevitore. Modico fumatore. Wassermann negativa.

E. O. Normotipo, pannicolo adiposo abbondante, scheletro regolare, conservati il tono e il trofismo delle masse muscolari.

La cute appare un po' pallida e sottile per cui relativamente mediocre lo stato di sanguificazione. L'apparato linfatico è indenne, ha pressione normale e il polso 98.

Nulla al capo, nulla agli occhi, non Moebius, non Graefe, non Stellwag. La tiroide non è sporgente, il collo è normale, vi sono rare pulsazioni al giugulo.

L'apparato respiratorio appare normale tanto alla palpazione che alla percussione ed alla ascoltazione.

Per quanto concerne il cuore vi è lieve dolore nei punti di emergenza del frenico. I limiti sono normali. L'itto è visibile e palpabile. Si nota anche pulsazione epigastrica.

All'ascoltazione il primo tono è normale, il secondo è vibrato.

Il ritmo è accelerato ma regolare, salvo qualche rarissima extrasistole del tipo respiratorio.

Normali tutti gli altri organi ed apparati.

Caso III. — P. Luigi, del 14°; nulla del gentilizio, ex pescatore. Non fumo, modico bevitore. Non ebbe mai malattie, nessun disturbo. Obiettivamente si constata normotipo (seconda costituzione), scheletro regolare, pannicolo adiposo discretamente sviluppato. Buono il trofismo, conservato il tono delle masse muscolari, ottima la sanguificazione. polso 100, pressione normale, respiro 24. Nulla di importante al capo, qualche ganglio sottomascellare. Torace simmetrico, il F. V. T. è normale, non differenza dei limiti. Normale il suono di percussione. All'ascoltazione il murmure respiratorio è normale. Il centro circolatorio appare nei limiti. L'itto è appena visibile, maggiormente visibile è una pulsazione epigastrica notevole. L'impulso si avverte appena. Non vi sono punti dolorosi. All'ascoltazione si nota un primo tono vibrato ed un secondo tono scoccante su tutti i focolai. Il ritmo è regolare, non così la frequenza che raggiunge le 100 pulsazioni. Normali tutti gli altri organi ed apparati.

Vista ora attraverso la statistica ed i casi riportati a quale tipo di disturbi del ritmo appartengano in massima parte queste nevrosi cardiache è indispensabile la ricerca delle cause che originano questi disturbi.

Si tratta di nevrosi cardiaca quale espressione di una nevrosi generale sia essa solamente funzionale oppure dipendente da una neuropatia vegetativa, ma sempre concepita come il risultato di un vero e proprio errore di organizzazione del sistema nervoso sia della sfera cerebrale sia della sfera spinale o simpatica? Nessun disturbo in questo senso del più scrupoloso esame dei soggetti.

Questo caso è assolutamente raro.

In un sol caso ha avuto occasione di vedere una serie di disturbi manifestatisi in principio con una tachicardia e poi con tutto il corteo sintomatologico di una disestesia neurovegetativa. E anche molto raro il caso di trovare in questi giovani una deficienza costituzionale tale da ammettere un errore di organizzazione del nevrasso o anche solamente nel sistema simpatico sia anche sotto forma di nevrosi celiaca. E nemmeno si può imputare il lavoro.

Per quanto concerne gli effetti del lavoro sul cuore è risaputo dalla fisiologia che durante il lavoro vi è un maggior afflusso di sangue nei distretti muscolari sottoposti allo sforzo, uno spasmo degli organi innervati dagli splancnici. Un aumento della pressione, una dilatazione di tutte le cavità del

cuore (specialmente nel ventricolo sinistro) per la maggiore espansione richiesta al cuore che si deve adattare e si adatta alle maggiori richieste dell'organismo.

S'intende che il potere cinetico, l'attività tonica, tutte le proprietà, insomma sia specifiche che dinamiche del cuore vengono influenzate.

Ora il muscolo cardiaco come tutti gli altri muscoli striati dello scheletro (vedi teoria del BORTAZZI sulla dualità funzionale) è capace di fornire un lavoro maggiore e sia per la tensione che per l'aumento del metabolismo la fibra si allunga.

E per la elasticità della fibra potremmo dire con HERING, LAFRANCA, PENDE che il processo di allungamento della fibra muscolare del cuore è attivo e vitale tanto da aversi un tono espansorio ed uno coscrittorio, sempre s'intende alle dipendenze della attività del vago e del simpatico.

È ovvio che la resistenza elastica del cuore sarà sicuramente minore della R. E. degli altri muscoli dello scheletro. Tenendo presente questa proprietà del cuore di fronte al lavoro ed allo sforzo (sempre parlando di uno sforzo proporzionato e di un lavoro che non sia protratto oltre il limite) si capisce che le variazioni del tono e del volume portano ad un ingrandimento ma quindi un maggiore restringimento delle cavità.

Nel cuore sano infatti dopo un maggior ingrandimento si ha restringimento e così via fino al ritorno delle normali dimensioni.

Esami radiologici fatti su migliaia di cuori durante la guerra hanno dimostrato che la dilatazione del cuore dopo la fatica permane solamente in individui in cui vi erano prima della fatica stessa o lesioni congenite o lesioni miocardiche, quindi solamente quando il cuore non era normale.

Ora per quanto anche nei cuori malati, (endocardite cronica con insufficienza, stenosi, ecc.) si cerchi di raggiungere un compenso con una maggiore prestazione funzionale del miocardio con un aumento dell'energia contrattile e quindi conseguente ipertrofia della parete miocardica (MAESTRINI, STARLING) deve restare ben chiaro che il lavoro non modifica e non può modificare le dimensioni del cuore, che anzi esso è capace di esplicare il suo compito anche di fronte a maggiori esigenze dell'organismo, poichè il cuore sano segue il grado di allenamento del sistema cardiovascolare come dice il LAFRANCA il quale riporta la legge dello Schrumpf, per cui la forza del cuore sano è proporzionale alla forza fisica dell'individuo.

È chiaro quindi che se ci troviamo davanti ad un cuore passivamente dilatato bisognerà invocare un precedente stato di meiopragia e se ci troviamo davanti ad un disturbo del ritmo, sia pur esso rappresentato come nel nostro caso da una semplice tachicardia sinusale, dovremo ricercarne la causa o nella negletta costituzione nervosa o in un disquilibrio armonico.

La ragione di questi fatti non può e non deve essere il lavoro poichè quando il lavoro è organizzato scientificamente, e questo per la Marina è un fatto compiuto così come si sta facendo con un milione di premilitari e per tutti gli operai d'Italia attraverso le organizzazioni del regime, esso non può portare che salute. Salute attraverso la quale si ottiene la resistenza alla fatica. Dice infatti NICOLA PENDE: la salute è quello stato vittorioso tra l'individuo che vive e le aggressioni continue dell'ambiente, lotta che se vinta si accompagna a senso di benessere fisico e morale che ha per scopo di mantenere quel ritmo autonomo normale e quell'equilibrio variabile secondo le età fra le fasi anabolica e catabolica del ricambio che sono a fondamento a tutti i processi vitali.

Rari sono anche i casi imputabili al tabagismo specialmente tra i marinai essenzialmente sobrii che non sono nemmeno, dediti all'alcool e che molto raramente bevono caffè. Queste tachicardie in cui il ritmo oscilla fra i 90 e i 100 che non sono accompagnate da nessun disturbo all'infuori di quelli

della sfera circolatoria e che spesse volte non sono avvertite dal soggetto altro che dopo un certo periodo di tempo non possono appartenere a nevrosi generali nè a disturbi neurovegetativi, non sono come abbiamo visto originate da stimoli quali il fumo, il caffè, e l'alcool e quindi si orientano nettamente verso le tachicardie da disequilibrio ormonico ed in qualche caso infatti specialmente si tratta di longilinei con le stimmate costituzionali degli ipertiroidici senza poter mai parlare però di vero e proprio morbo di Flaiani (non Moebius, non Graefe, non Stellwag, non esoftalmo, non tremore alle mani), per cui possiamo impulare gli stimoli tiroidei che si esplicano in una vera e propria miocardia funzionale in cui è diminuito il tono muscolare di questo muscolo cavo che è il cuore ciò che porta ad un acceleramento dei battiti. Sono per lo più soggetti in cui vi è un ipertiroidismo costituzionale vagotonico, adenoidismo e timolinfatismo che porta conseguentemente a disturbi prevalentemente a carico del tono dei nervi e del muscolo cardiaco. Ma noi abbiamo visto che su tre casi clinici riportati solamente in uno si poteva parlare di ipertiroidismo; ed allora a che cosa imputare la sindrome?

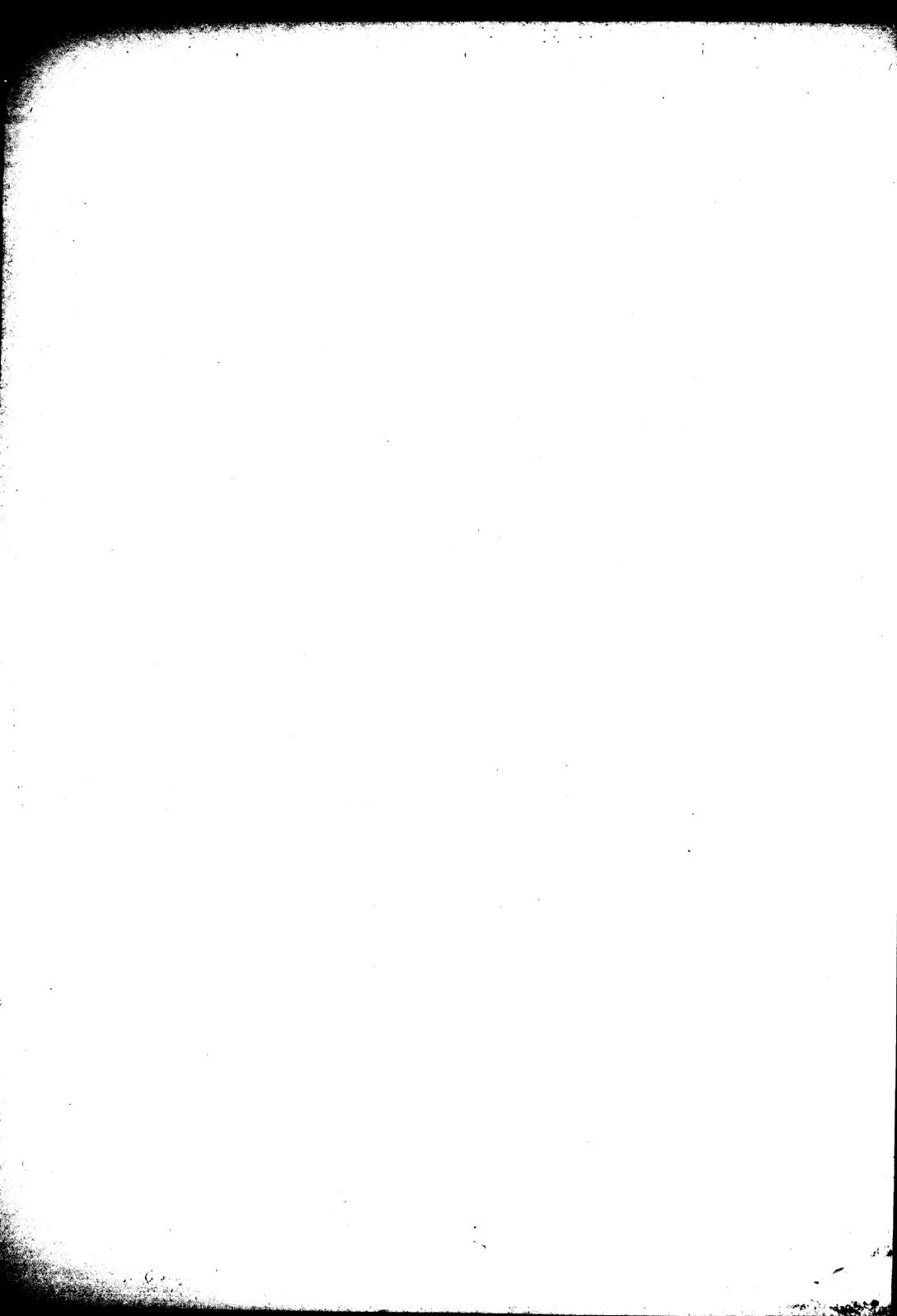
La fonte più importante di questi disturbi è, secondo quanto io ho potuto osservare e posso dimostrare anche perchè ho eseguito un particolare interrogatorio dei soggetti in questione, è data da stimoli degli ormoni genitali, stimoli esagerati che si esplicano con una vera miocardia giovanile, funzionale è allora che il lavoro e la fatica costituiscono lo sforzo, è allora che la rapidità delle combustioni determina uno stimolo del sistema simpatico in genere, e già la diminuzione del potere contrattile del cuore la maggiore distensione della fibra cardiaca, un esaltamento della funzioni cronotropa del seno, un abbassamento del tono, un acceleramento dei battiti e il dolore.

Quale sia l'intimo meccanismo patogenetico di questi fatti di questa insufficienza miocardica in soggetti senza lesioni cardiovascolari o precedenti tossici infettivi o comunque patologici è difficile a dirsi; abbiamo visto in questi ultimi tempi moderne ricerche tendenti a mettere in luce le condizioni biochimiche della funzione cardiaca funzionalmente parlando, del glucosio e ancora l'influenza dell'equilibrio elettrolitico e ionico sulla funzione stessa per cui uno squilibrio fisico chimico umorale e cellulare turberebbe inevitabilmente la normale trasformazione della energia chimica in energia contrattile e ad esempio gli stimoli tiroidei genitali, lo stato ipofunzionale surrenale tutto il sinergismo endocrino simpatico elettrolitico.

*Concludendo:* Le miocardie dei marinai, il cuore irritabile dei soldati, le tachicardie dei giovani in genere scompariranno il giorno che questo periodo dei vent'anni delicatissimo per la crescita e lo sviluppo nel quale entrano in gioco con infrenabile impulso gli appetiti sessuali sarà contenuto da timore, educazione morale severa e specialmente da distrazioni sportive. L'A. crede che uno dei maggiori concetti della medicina moderna debba essere quella di stroncare alla radice certe abitudini nocive alla salute specialmente dei giovani più che ricercare il rimedio di malattie gravi, in quanto che le prime appartengono alla massa e preparano il terreno alle malattie, mentre le altre appartengono ed in questo modo apparterranno ancor più alla casistica rara. Se pur queste abitudini non rappresentano una vera e propria decadenza morale costituiscono tuttavia una grave inosservanza alle leggi elementari dell'igiene, inosservanza per la quale sono sicuro saranno presi i provvedimenti necessari dagli elementi responsabili. Tanto più quando si osservi il fatto dal punto di vista collettivo.

Il medico si deve oggi preoccupare più che della cura della profilassi tanto più quando si tratta del maggiore patrimonio dello stato quale è quello della gioventù in armi.





# "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 formule.

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, Congressi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al "Policlinico" per questioni d'interesse scientifico, pratico o professionale.

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

**ALTRE SEZIONI DEL POLICLINICO** per gli importanti lavori originali, per le copie 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	Italia	Estero	Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.
Singoli:			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.
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 58.80	L. 100	La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	» 50 —	» 60	
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 50 —	» 60	
Cumulativi			
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 o chirurgica L. 6; della pratica L. 3.50.

Il pagamento dell'abbonamento eseguito contro Assegno o Tratta Postale comporta L. 5 d'aumento

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

L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato

in due rate semestrali anticipate.

Indirizzo: Via postale, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del "Policlinico", LUIGI POZZI  
Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Sistina, 14 — Roma (Telefono 42-303)