

139
DOTT. MARCELLO PETACCI

Interessante sindrome acuta sifilitica cardio renale
Guarigione clinica

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Pratica), anno 1938

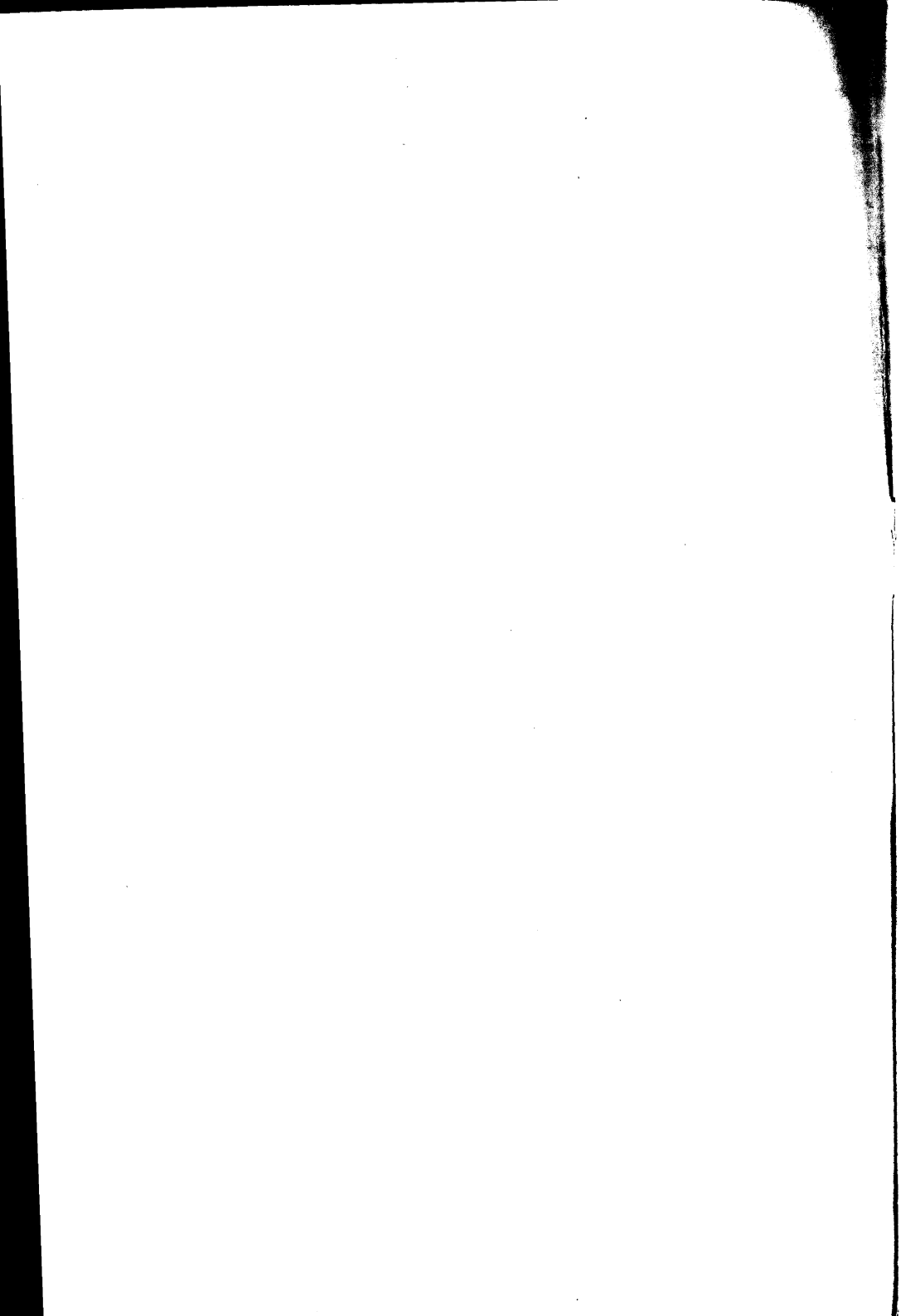


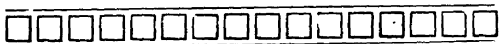
ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1938





Interessante sindrome acuta sifilitica cardiorrenale. Guarigione clinica.

Dott. MARCELLO PETAGGI

Capitano Medico della Regia Marina.

Voglio esporre il caso clinico che ha destato il mio interesse particolare, in considerazione della sua rarità, nonchè dello evolversi rapido ed acuto della sindrome clinica, e dell'efficace terapeutica.

Caso clinico. — La sindrome clinica per la quale fui chiamato al letto dell'infermo Alberto C., di anni 32, ufficiale di cavalleria, già visitato nell'anno precedente e più volte per manifestazioni osteoperiostee luetiche delle tibie, nonchè per angiocolite, era complessa e grave, e meritevole del massimo interesse scientifico e clinico.

Una forte agitazione turbava l'infermo il quale appariva con il volto cianotico, le labbra intensamente bluastre, il respiro dispnoico, il polso iperteso, irregolare, aritmico, frequente, la temperatura a $38^{\circ} \frac{1}{2}$; improvvisamente l'ammalato fu preso da un forte conato di vomito, ed emise abbondante liquido giallo verdastro, con notevole fatica, la dispnea aumentò, e diventò quasi soffocante. In una pausa che seguì alla crisi, riuscii ad esaminare il cuore, fui colpito dall'aumento dei diametri, apprezzando un debordamento a destra di circa due dita, mentre la punta si palpava un centimetro dell'emiclaveare, al sesto spazio intercostale.

L'ottusità alla terza costa sinistra, raggiungeva i tre centimetri e mezzo: all'ascoltazione si apprezzavano rumori diffusi in tutti i focolai nei due tempi. Il fegato debordava l'arcata costale di oltre due centimetri, la milza non era ingrandita, l'addome era pastoso con palese imbibizione dei tessuti, vi erano edemi non eccessivi degli arti inferiori. La superficie delle creste tibiali marcatamente irregolare. Le stazioni ghiandolari linfati-

che rivelavano: pleiadi gangliari a forma fusata e dure nelle regioni inguinali; si palpava la sopra epitrocleare e qualche glandola cervicale. La poca urina raccolta nelle 24 ore appariva densa, torpida, dall'aspetto di lavatura di carne. L'esame neurologico era appena consentito dalla gravità dell'ammalato il cui sensorio a causa dello stato tossico, era sovraeccitato; i riflessi erano vivaci, vi erano lievi tremori delle mani protese, l'oculomozione nistagmica.

Dispongo per l'immediato esame delle urine, intanto somministro cardiocinetici per iniezioni e derivativi a base di solfato di soda, solfato di magnesio e bicarbonato di soda. Suggerisco la dieta latte vegetariana.

Nel giorno seguente ho l'esito dell'esame completo delle urine, con aumento della densità e dell'urea, ed un esame microscopico costituito da numerosi cilindri ialini, granulati, granulo epiteliali, nonchè ematici.

Dall'anamnesi remota nulla di particolare e così nel gentilizio. L'infermo ebbe le prime manifestazioni luetiche 4 anni prima in sede prepuziale per la durata di un mese.

Fece una breve cura mercuriale, nell'anno successivo gli si manifestò un sifiloderma non molto accentuato scomparso con la cura mista arsenobismutica, al termine dell'anno placche mucose al faringe e dopo qualche tempo evidenti prominenze perioste delle tibie, nel contempo cefalea notturna e caduta di capelli; riprese il trattamento e questa volta a base di bismuto di Hg. migliorò notevolmente, ma per il temperamento incostante, distratto e trascurato del soggetto, la cura fu sospesa donde la nuova manifestazione clinica.

Malgrado l'opposizione dell'ammalato e i dubbi ed i timori di altri colleghi in considerazione delle ripetute pregresse manifestazioni luetiche, sottoposi il soggetto ad una graduale e progressiva terapia di iniezioni di bicloruro di mercurio. Già nella prima settimana vi è un accenno sensibile di miglioramento il quale si fa più manifesto dopo la seconda settimana con l'attenuazione di tutta la sindrome clinica, tra la terza e la quarta settimana si nota la scomparsa completa di ogni manifestazione clinica a carico del cuore e dei reni.

In breve il malato lascia il letto, e dopo un mese lo rivedo con disinvoltura alle sue esercitazioni di equitazione.

CONSIDERAZIONI.

Sifilide del cuore. — Dobbiamo anzitutto limitarci a parlare di processi infiammatori o degenerativi del miocardio e dell'endocardio. Secondo Huchard, la sifilide produce solo le-

sioni croniche della sierosa endocardica: l'endocardite gommosa e l'endocardite fibrosa? Però essendo rare le gomme dell'endocardio, il processo endocarditico riflette per lo più localizzazioni gommosi del miocardio, che si traducono con fibrosi del prossimo endocardio. Si ha formazione di gomme, preferibilmente nel ventricolo sinistro, nel setto atriale e ventricolare (Takata). Le gomme interessano con frequenza, il tronco di His, fascio di conduzione determinando la dissociazione nelle contrazioni atriali e ventricolari (Aschoff).

La fibrosi endocardica sifilitica, è per lo più parietale, può estendersi alle valvole, ma la localizzazione più frequente, è la base del ventricolo sinistro, con escrescenze sulla punta del setto, ed ispessimenti grigiastri.

I processi acuti infiammatori sifilitici, o degenerativi del miocardio, porterebbero per lo più delle deformazioni cicatriziali, miocardio, sclerosi (Aresu), in rapporto al deficiente potere rigenerativo del miocardio.

Dobbiamo prescindere dalla sifilide ereditaria, cui accenneremo soltanto, poichè esorbita dal nostro studio: sappiamo che o determina la morte prematura del bambino, o se questo sopravvive, va incontro col progredire degli anni, a malformazioni cardiache congenite, a pericardio mediastiniti, a miocarditi sclerotiche, con sindromi aritmiche, ad aortiti, ecc., ecc., il cui reperto anatomico patologico, è rappresentato da minuscole gomme miliari del miocardio, dall'aspetto di noduli biancastri granulosi. Questi noduli sono spesso disposti intorno ai vasi (Fraser). Si descrive del tessuto mixematoso, con dei cumuli di epitelii vacuolizzati, carichi di leucociti e cellule giganti.

La miocardite è per lo più parenchimatosa. Si riscontrano anche processi di degenerazione grassa, piccoli aneurismi; coronariti, endocarditi sempre secondarie alla miocardite, pericardite, ecc., ecc.

Come avviene nella sindrome clinica che ho descritto la sifilide del cuore non ha nulla di caratteristico, neanche anatomopatologicamente.

Vaquez descrive dei follicoli embrionali di origine micosica.

È notorio che le coronarie negli adulti sono maggiormente colpite, e per lo più è da esse che si inizia il processo infiammatorio, cui segue anche per il disturbo circolatorio che ingenera, la miocardite. Alla coronarite segue frequentemente o coincide, la aortite sigmoideale. Abbiamo visto il modo di procedere delle lesioni del miocardio, ove possono avere carattere diffuso o circoscritto, degenerativo o gommoso. Ricard, descrive delle piccole gomme della misura di una lente, sempre nella sede su descritta del ventricolo sinistro in basso, con esito in sclerosi, rammollimento, e ulcerazione, e aderenze.

Letulle, descrive una miocardite o pseudo miocardite acuta con notevole alterazione del ventricolo S., con vacuolizzazione delle fibre muscolari, dilatazione delle vene e dei capillari, consecutiva oblitterazione delle coronarie.

Nella forma subacuta diffusa vi è aumento di volume del cuore, pseudo ipertrofia degenerativa.

Si descrive, anche una forma primitiva interstiziale, e una infiltrazione negli spazi linfatici sottopericardici, e del connettivo del cuore sinistro.

Non è mai stata descritta un'endocardite acuta sifilitica, a reperto anatomico-patologico. Giraud, dichiara: *l'authenticité de l'endocardite mitrale tricuspideenne, ou pulmonaire de nature sifilitique est encore à réserver.*

Le endocarditi valvolari presunte sifilitiche sono rare, le lesioni valvolari mancano di specificità. Si fa una eccezione per la insufficienza dell'orificio polmonare, la quale può essere caratteristica, ma è sempre di origine vascolare. All'opposto delle precedenti, l'insufficienza aortica sifilitica è frequente e indiscutibile. Gallavardin e Chervet, descrivono delle vegetazioni bianche risiformi, sui margini liberi e sulla assiale delle valvole, costituite da ammassi congiuntivali, con elementi cellulari circondati da una zona fibrosa.

Caratteri clinici. — Si dice che nulla vi sia di caratteristico del quadro clinico, delle car-

diopatie sifilitiche, che le possa distinguere, ma l'anamnesi remota e prossima dell'infermo, l'accurato ed esteso esame obiettivo, è soprattutto come nel caso nostro, la facilità a frequenti manifestazioni della stessa natura nel malato, possono indurre con una certa probabilità a sospettare l'origine luetica di una lesione cardiaca. Si calcola che il 20 % dei malati di cuore abbiano una origine sifilitica. Difour calcola il 20 % di anginosi, e 40 % di aortici mitralici. Per altro le forme mitraliche sono molto rare. E nella media età che si verificano la maggior parte delle forme luetiche, qualche rara volta si riscontra il treponema, nel cuore dei vecchi.

Il caso da me osservato, esclude il pregiudizio che più sono frequenti le manifestazioni cutanee ed altre, e meno sono colpiti gli organi interni.

Le forme cardio-luetiche, hanno un andamento a rapida evoluzione (Laubry, Lian).

La sindrome clinica è caratterizzata da disturbi funzionali diffusi: algie precordiali spontanee o da sforzo, palpitazioni extrasistoli, aritmie, lipotimie, sincopi. Questi quadri sono l'esponente di una insufficienza cardiaca, la quale può decorrere in modo acuto o subacuto, in individui affetti da miocardite, e da aortite, e più raramente da endocardite acuta sifilitica, per quanto ritenuta ipotetica parecchi autori francesi, quali Fournier, Spillman, Chevel, ecc., descrivono per altro nel decorso di una sifilide evolutiva, soffi di insufficienza mitralica e due di essi sottoponendo a cura l'ammalato, videro scomparire la sindrome. Talora la grave sintomatologia insorge in soggetti apparentemente immuni, talora a carattere fulmineo, con rottura dell'equilibrio cardiaco seguito da morte per asistolia. E frequente il quadro dell'algia precordiale e della dispnea, mentre nelle forme di miocardite cronica con aritmie ed extrasistoli, si verificano sintomi d'ambascia precordiale e di ansietà, con fenomeni di cianosi delle labbra e delle estremità.

Spesso si ha il quadro della dilatazione acu-

ta del cuore, con toni accompagnati da rumori di soffio, e sintomi di insufficienza; è frequente nelle forme subacute la dispnea notturna, con accessi parossistici « l'asma sifilitica di Rosenfeld ».

A questi quadri può seguire, lo scompenso accompagnato da edemi.

Non sono rari gli accidenti anginosi con la sindrome complessa e polimorfa, che nasconde lesioni delle coronarie e dell'aorta; tutte le forme di aritmia, di tachicardia, e di bradicardia, fino al polso raro permanente.

Troppo dovremmo dire ancora sulle manifestazioni cliniche derivanti dalla sifilide delle coronarie e dell'aorta, le svariatissime forme anginose, le aortiti, con ectasie o meno, ma esorbiteranno dallo studio che ci proponiamo.

Sifilide del rene. — La cointeressenza del rene, organo delicato ed importante, frequentemente, e più spesso di quanto non si ritenga, colpito dalla sifilide, ci obbliga a fare delle indagini sulla patogenesi, anatomia patologica e clinica, delle forme morbose di natura luetica di questo organo.

Tralasciando la sifilide ereditaria, del rene che non fa parte del nostro compito, non vi sono particolarità salienti neanche nella sifilide renale degli adulti nelle osservazioni anatomo-patologiche. Gli autori riferiscono alterazioni interstiziali con atrofia dei tubuli, senza particolari alterazioni dei glomeruli (Lowenthal), si parla di numerose formazioni cicatriziali (Schoff) e di noduli miliari. Nelle forme sifilitiche precoci il rene può apparire congesto, aumentato di volume, con rete vascolare accentuata sulla sostanza corticale; l'esame istologico rivela che le lesioni interessano in particolar modo l'epitelio dei tuboli contorti, le cellule sono irregolari, nella forma e nella distribuzione, manca il nucleo, alcune cellule sono desquamate, i glomeruli sono intatti, e così il tessuto interstiziale (Dieulafoy).

Nelle forme terziarie invece, il reperto anatomo-patologico, riveste aspetti diversi, si va dalle lesioni gommose, alle sclerotiche, alle

amiloidee e alle forme combinate; per l'interessamento del tessuto interstiziale, si può raggiungere l'atrofia del rene, in opposto alle forme voluminose, con predominio di lesioni parenchimatose. La degenerazione amiloide è piuttosto frequente.

Mosny e Moutier descrivono tre tipi anatomico-patologico di nefrite sifilitica secondaria:

- 1) nefrite a lesioni epiteliali massive con interessamento prevalente del parenchima;
- 2) una lesione mista in cui coesistono l'arterite con lesioni epiteliali;
- 3) una nefrite a lesioni vascolari e interstiziali.

Nelle forme terziarie:

- 1) gomme del rene: a) gomme circoscritte; b) infiltrazioni gommose diffuse;
- 2) nefriti sclerogommose.

Caratteri clinici. — Clinicamente si descrivono e sono specialmente gli autori francesi (Dieulafoy) nefriti sifilitiche precoci del periodo secondario, e quelle del periodo terziario. Le forme precoci a seconda della virulenza dell'infezione e della labilità del rene, appaiono ora benigne e suscettibili di cura e guarigione, ora gravi e maligne, per la violenza dell'infezione, o per la poca capacità difensiva del filtro renale, ribelle a qualsiasi trattamento, e seppure temporaneamente accennano a migliorare, in breve recidivano con maggior violenza ed inevitabile obitus.

La caratteristica clinica, è l'insorgenza brutale del quadro morboso, talora accompagnata da febbre, sempre da edemi delle palpebre, e del volto, degli arti inferiori, fino all'anasarca, allo sfiancamento del cuore, all'edema polmonare, ai versamenti delle sierose pleuriche e peritoneale, con abbondante albuminuria, cilindruria, e talora ematuria.

La morte insorge in queste forme precoci, soprattutto, per l'imbibizione dei tessuti e degli organi (Dieulafoy), però sono state descritte delle forme guarite con il trattamento iodio-mercuriale.

La sindrome delle forme terziarie o gommose non ha nulla di speciale, soltanto l'a-

pertura di una gomma renale può determinare fuoriuscita con l'urina di materiale caseoso misto a sangue. Nel caso di infiltrazioni gommose diffuse il rene può aumentare notevolmente di volume con superficie irregolare, assumere un carattere chirurgico, ed asportato rivelare la sua natura.

In nessuna nefrite si riscontra un quantitativo elevato di albumina come nelle nefriti luetiche. Si descrivono casi in cui il reperto albuminurico va dai 6 ai 15 ai 50 ai 64 ai 72, fino al caso descritto da Brouardel e Fournier di 110 grammi per litro.

L'acido acetico in questi casi determina un ammasso coagulato di albumina. Chauffard e Bouraud videro che il precipitato era costituito da sierina e Declamard da globulina. Si è riscontrato nell'urina anche il treponema. La costante di Ambard è normale; la quantità di urina è per lo più diminuita ma in alcuni casi è normale in altri abbondante.

L'edema diffuso accompagna anche buona parte delle nefriti secondarie.

Clinicamente come abbiamo visto le forme croniche di nefrite sifilitica si confondono con quelle comuni, tuttavia se l'individuo non avrà raggiunto la cinquantina il sospetto della nefrite sifilitica deve affacciarsi. O. Weill su 53 casi di nefrite cronica trova 12 reazioni di Wassermann.

È sempre l'anamnesi, sia pure remota, che in questi casi induce a sospettare la natura luetica di una sindrome renale, e molte volte l'associazione di altre manifestazioni, sia cutanee, sia mucose, sia osteoperiostee, sia epatiche, ecc.

La cefalea intesa accompagnata da nausea con tendenza al vomito, talora gli edemi iniziali prevalenti al volto e agli arti; lo stato tossico generale con manifestazioni dispeptiche (lingua saburrata, disfunzioni intestinali con frequenti derivazioni e fermentazioni, meteorismo gastrico con senso di oppressione) ambascia, eccitabilità, malessere, instabilità, e nelle forme gravi, parestesie, torpore, obnubilamento del sensorio, stato delirante, con

tendenza da parte dell'ammalato a dimenarsi, a lasciare il letto, finalmente l'eclampsia e il coma uremico.

Sono stati descritti parecchi casi, nei quali per l'intuizione dei clinici, data la pregressa malattia, si è sospettata la natura luetica della malattia renale specialmente allorchando questa si mostrava ribelle al trattamento dietetico del latte, e l'intervento tempestivo delle cure iodo-mercuriali di arseno-benzoli ha portato ad un reale beneficio, e talora alla definitiva scomparsa della sindrome morbosa, caratterizzata in principio, prevalentemente dal reperto chimico e microscopico delle urine, Dieulafoy riporta parecchi casi di successo, ottenuto dalla cura iodo-mercuriale.

Sono facili le recidive nei soggetti luetici i quali hanno sospeso precocemente il trattamento, ed è sempre consigliabile in questi soggetti, la costante e periodica sorveglianza del sanitario, e la opportuna ripresa della terapia specifica.

DISCUSSIONI E DEDUZIONI.

Sono stati riportati da clinici illustri numerosi casi di sifilide cardiaca e parecchi di sifilide renale secondaria o terziaria, casi clinici di aggravamenti di forme croniche cardiache con stasi renali e magari con probabili nefriti di forme croniche cardiache con stasi renali e magari con probabili nefriti croniche favorite dal treponema nonchè nefriti croniche con la comune ipertrofia cardiaca e relativo rinforzo del 2° tono aortico e ritmo di galoppo, ma non ricordo di aver letto pubblicazioni di quadri morbosi che si possano assomigliare al caso clinico riportato (da me) con sindrome acutissima ad inizio brutale, con elevazioni termiche e con gravi lesioni contemporanee cardiache e renali rapidamente guarite con la cura specifica, in ogni modo se anche ciò fosse stato giova alla casistica rara la segnalazione del mio caso. Anzitutto non poteva essere messa in dubbio la natura luetica della complessa sindrome, la pregressa infezione luetica che rimontava ad anni quat-

tro con le successive e frequenti manifestazioni della malattia, nell'inizio trascurata o insufficientemente combattuta (roseola, placche, mucose, esostosi, cefalee, caduta dei capelli, ecc.). L'affacciarsi brusco della sindrome morbosa nell'apparente benessere, l'insorgenza di fenomeni cardiaci gravi dove poco tempo prima nulla appariva, la sindrome renale con notevole quantità di albumina e cilinduria abbondante e svariata, le algie precordiali; il nessuno o poco vantaggio della dieta lattea e dei cardiocinetici, la Wasserman positiva, l'assenza di altri sintomi a carico della gola, delle articolazioni, dei visceri, facevano escludere le forme streptococciche, le reumatiche, le scarlattinose, le settico-pioemiche ecc.

In ultimo la gravità della malattia e l'urgenza di un tentativo eroico ed efficace, mi hanno indotto ad usare la cura specifica. La prudenza consigliava di iniziare prima le cure disintossicanti favorendo le derivazioni intestinali, istituendo la dieta speciale ed usando quei cardiocinetici e diuretici consentiti dal caso, ma i risultati essendo scarsi e come dissi impellente l'iniziativa, superando i vecchi pregiudizi di colleghi che avevano anche intimorito l'ammalato, ricorsi con piccole dosi alla cura mercuriale, preferendo il bicloruro di mercurio alla dose di mezzo e poi di un centigrammo, furono sufficienti per ottenere in breve quel miglioramento che mi incoraggiava a proseguire. Nè per le condizioni del cuore (dilatazione, aritmia, la temperatura alta) potevo usare gli arseno-benzoli per via endovenosa o il cianuro di mercurio oggi consigliato per via endovenosa quale diuretico potente e meno nocivo al rene; d'altra parte l'incostanza dei benefici del bismuto sul rene sperimentata in altri casi e lo stato settico generale, mi hanno fatto propendere per il sublimato. In un caso di sifilide epatica ricordo che l'unico preparato che portava dei reali vantaggi fu il sublimato.

Il vantaggio nel mio caso è stato straordinario perchè giornalmente osservavo il decrescere ed il modificarsi del quadro morboso.

Trattavasi di manifestazione secondaria o terziaria? Io preferisco definirla come una acutizzazione dell'infezione cronica luetica in cui alla diminuzione dei poteri di difesa dell'organismo si aggiunse, per fattori, estrinseci, l'esaltazione della virulenza del trepone ma e l'azione deleteria delle sue tossine sul miocardio e sul parenchima renale.

Vi fu certamente una miocardite con dilatazione del cuore, il filtro renale per la violenza dell'infezione ha dato il caratteristico reperto della notevole abbondanza di albumina e di cilindruria secondo le forme acute a tipo secondario.

La cura proseguita ulteriormente non ha consentito il ripetersi di nuove manifestazioni e cuore e rene si sono mantenuti, malgrado le ripetute e scrupolose indagini, in condizioni normali.

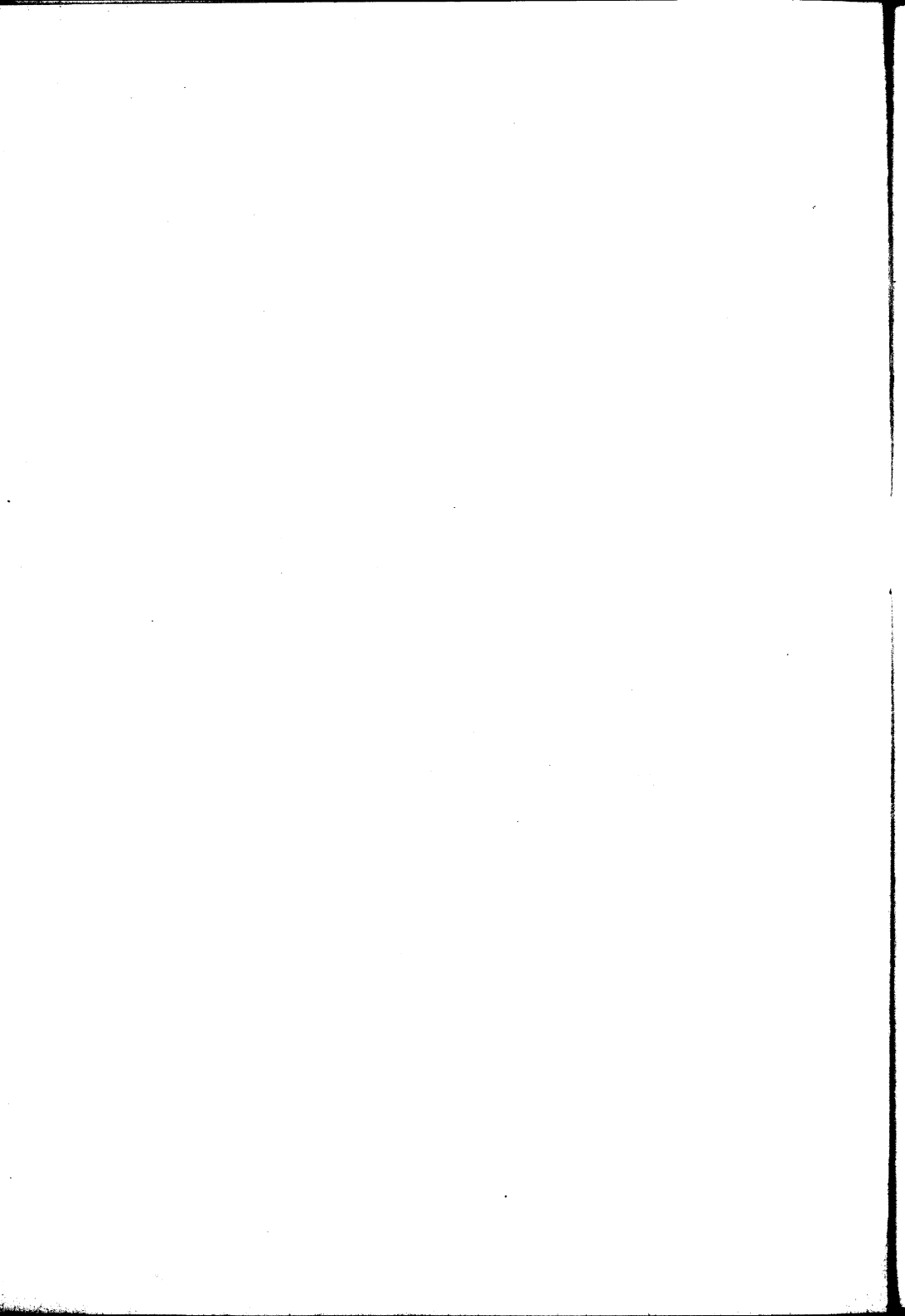
Le deduzioni che dobbiamo trarre sono di ordine clinico e terapeutico:

1) il treponema per cause svariate assume speciale virulenza tanto da comportarsi come un agente infettante diffusivo acuto;

2) non sempre sono gli arseno-benzoli e i preparati bismutici i più indicati alla terapia della sifilide, e nel bagaglio farmaceutico il sublimato va rimesso in onore.

RIASSUNTO.

L'autore riferisce su di un caso di sifilide cardiorenale a decorso acutissimo. Il quadro clinico dominato dall'insufficienza cardiorenale ribelle ai comuni trattamenti induce l'autore malgrado il reperto abbondantissimo di albumina, a tentare la cura di bicloruro di Hg. a dosi crescenti. Il risultato è miracoloso e in tre settimane si ha la scomparsa di tutta la sindrome cardiorenale. Ne trae argomento per una disamina di quanto si conosce clinicamente e anatomopatologicamente sulla sifilide del cuore e del rene e conclude per l'eccezionalità del caso clinico superato in modo straordinario della cura audace.





"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1898 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.

Ha posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonché 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 « Policlinico » 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.

PREZZI DI ABBONAMENTO ANNUO		Italia	Estero
Singoli:			
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 70	—	L. 115
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	» 55	—	» 65
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 55	—	» 65
Cumulativi:			
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	» 110	—	» 165
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	» 110	—	» 165
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	» 140	—	» 195
Un numero della sezione medica e chirurgica L. 6, della pratica L. 4			

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 32-36-40 pagine, oltre la copertina.

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

L'abbonamento non disdette 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 42-300)