



DOCT. GIORGIO PETTA.

Tre casi di esostosi multiple

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica), anno XXXVI, 1929

rm.²
B
64
43

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

1929

DOTT. GIORGIO PETTA.

Tre casi di esostosi multiple

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica), anno XXVVI, 1929

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1929

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma - Stab. Lito-Tipografico Ditta M. Courier.

Tre casi di esostosi multiple.

Dot. GIORGIO PETTA, aiuto chirurgo, med. e patol. degli Osp. Riuniti.

Le esostosi multiple in vicinanza delle epifisi fertili sono attribuite a predisposizione ereditaria quasi concordemente, salvo nei casi in cui possono essere collegate in rapporto evidente con un trauma od un altro evidente stimolo irritativo.

In un certo numero di casi, secondo le idee di Virchow, le esostosi sono invece interpretate come una manifestazione del rachitismo.

Non sempre, del resto, è possibile invocare l'uno o l'altro fattore separatamente quando le esostosi sono osservate in individui che presentano segni di rachitismo di diverso grado.

Quando le esostosi si accompagnano a irregolarità e ritardo di consolidazione della cartilagine jugale, si ha quello stato che Frauchenheim ha chiamato condromatosi dello scheletro, che, ritenuto, come s'è accennato, di indole rachitica da Virchow è invece da v. Recklinghausen attribuito a disturbi d'accrescimento della cartilagine fetale di origine non rachitica, tanto più che vi sono delle osservazioni in cui le esostosi furono osservate in soggetti malati di morbo di Recklinghausen.

Secondo l'opinione generale non sono in causa la tubercolosi nè la sifilide, sebbene non manchino i casi, come il II e III qui riportati, in cui si riscontrano delle lesioni viscerali o gangliari di origine specifica.

Lardennois e Nathan attribuiscono le esostosi a un disturbo d'origine endocrina.

Sede preferita sono le epifisi fertili delle ossa lunghe, ma si osservano frequentemente in tutt'e due le epifisi delle ossa lunghe e, per quanto con minore frequenza, nelle ossa corte e nelle ossa piatte.

Si sviluppano in tutte le direzioni, senza una regola prestabilita.

Secondo l'osservazione di E. Sorrel e di M.me Sorrel-Dejérine, quando ai raggi X si riscontra che alcune esostosi sono cartilaginee ed altre sono del tutto ossee, si nota che queste, sicuramente le più antiche, si trovano già a distanza dalla cartilagine di coniugazione e sembrano, in apparenza, nate nell'osso diafisario.

Ma l'origine loro è sempre nella cartilagine di coniugazione; lo sviluppo eccessivo di esostosi sembra quasi esaurisca l'attività osteogenetica della cartilagine jugale facendola deviare in direzioni multiple e anormali; si accompagna spesso ad arresti parziali dello sviluppo osseo epifisario, e ciò dà origine a deviazioni, incurvamenti e deformazioni dell'osso stesso, tanto più che sedi preferite sono i punti scheletrici dove l'ossificazione è tardiva, come presso

le articolazioni sfeno-occipitali, ileo-pubica, sacro-iliaca, le vicinanze delle cartilagini jugali delle ossa lunghe. Su 126 casi raccolti da Hackenbroch, le sedi erano così distribuite, per frequenza:

mano 77; ossa del piede 18; tibia 8; omero 4; omoplata e coste 3; femore 2; mascellare superiore, rachide, bacino, clavicola, frontale 1.

Dove vi sono due ossa in stretto rapporto, come in una delle radiografie qui riportate, l'osso sano che cresce regolarmente, in caso di notevole arresto dello sviluppo in lunghezza dell'altro, si incurva provocando talora fratture spontanee. Inoltre il differente accrescimento in lunghezza delle due ossa, nell'avambraccio, dà spesso luogo a deviazione della mano, generalmente in dentro.

Le esostosi sono state osservate fin dalla nascita o poco dopo; abitualmente diventano più appariscenti, e quindi danno più facilmente luogo a disturbi all'epoca della crescita.

La struttura istologica varia secondo l'età della esostosi. Le più piccole e le più vicine alla cartilagine jugale sono spesso del tutto cartilaginee; in seguito diventano più o meno ossificate fino ad essere formate da uno strato esterno compatto più o meno robusto racchiudente nell'interno una massa di tessuto spugnoso.

L'esostosi, come in una radiografia qui riprodotta, può essere divisa in due o più segmenti che presentano un abbozzo d'articolazione intermedia, abituale esito di una frattura accidentale dell'esostosi stessa.

Infine, all'estremo periferico, quando l'esostosi per la lunghezza o la posizione è esposta a traumi od a pressioni, può aversi lo sviluppo di una borsa mucosa (esostosi bursate) che finisce coll'infiammarsi e col suppurare.

Le esostosi, in genere reperate occasionalmente di un esame obiettivo fatto per altre cause, possono dare origine alle seguenti complicazioni:

1) la trasformazione maligna, potendo rappresentare il punto di partenza dello sviluppo di un condroma, di un condro-sarcoma o di un osteo-sarcoma;

2) la compressione e la degenerazione di tronchi nervosi importanti;

3) la compressione o l'usura di grossi vasi sanguigni con esito in trombosi, perforazione ed aneurismi veri o falsi: (1 ulcerazione del tronco tibio-peroniero, di A. Broca e Sourdat; 2 usure dell'arteria ascellare, di Roux; 1 della femorale alla piega dell'anca, di Michel; 1 caso ciascuno di ulcerazione dell'arteria poplitea, di Boliug, Hartmann, Bauby; 1 aneurisma popliteo di Mosenhün);

4) la flogosi e la suppurazione di una borsa sviluppatasi all'estremo libero dell'esostosi.

Ho potute studiare i casi qui riportati: il primo raccolto nell'ambulatorio chirurgico dell'Ospedale di S. Spirito; il secondo e il terzo, (registrati nel rescritto dell'Ospedale del Bambino Gesù dell'anno 1924), li deve alla cortesia del Prof. U. Mancini.

Caso I. — L. Tullio, da Roma, di 12 a., imbianchino. Il 9-3-1928 si presenta all'ambulatorio per una tumefazione dolente al lato interno del ginocchio destro.

Nulla all'anamnesi familiare, sia per malattie d'origine infettiva che per la presenza di esostosi in altri membri della stessa famiglia, come conferma il padre, ricoverato contemporaneamente in Ospedale per prolasso rettale.

Da circa un anno ha notato una tumefazione al lato interno dell'estremità superiore della tibia D. Tale tumefazione è cresciuta lentamente senza nulla perdere della sua durezza; negli ultimi mesi gli ha dato spesso fastidii per la frequenza degli urti contro la tibia dell'altro lato. — Da qualche giorno la tumefazione è così arrossata e dolente da indurre il paziente a farsi visitare. All'esame obiettivo si rileva che il ragazzo è di sviluppo assai mediocre rispetto all'età, è denutrito, di capigliatura castana (non presenta quindi i capelli biondo-rossi, segno dato dal Ritter come speciale per i portatori di esostosi). (*Medizinische Klinik*, 1908, n. 43).

I denti sono piccoli, alquanto irregolari. Micro-poli-adenopatia. Nulla di notevole agli organi interni. Reazione di Wassermann negativa (12-3-1928). — All'esame degli arti non sono dimostrabili differenze di lunghezza fra i due lati; neppure vi sono deviazioni articolari.

All'ispezione dell'estremo superiore dell'omero destro si nota una sporgenza, che, alla palpazione, si riconosce dovuta a una esostosi acuminata, che si fa strada nel solco bicipitale interno, all'esterno del fascio neuro-vascolare, vicino all'epifisi omerale. — L'estremo superiore dell'omero sinistro appare più ingrossato della corrispondente regione dell'omero destro.

Al lato interno dell'epifisi superiore della tibia destra si nota una tumefazione sporgente, arrossata, che alla palpazione si riconosce dovuta in parte alla flogosi delle parti molli, in parte dovuta a una esostosi sottostante dura, rotondeggiante, che alla pressione appare dotata di una certa mobilità.

L'A. è stato ricoverato in corsia per essere poi sottoposto all'esame radiologico dello scheletro, che ha fatto scoprire le alterazioni più sotto riportate. Il 22-3-1928, cessata la flogosi, con l'anestesia locale (novocaina 0,50%) è stata asportata con lo scalpello solo l'esostosi del lato interno dell'epifisi superiore

CASO I — L. Tullio.

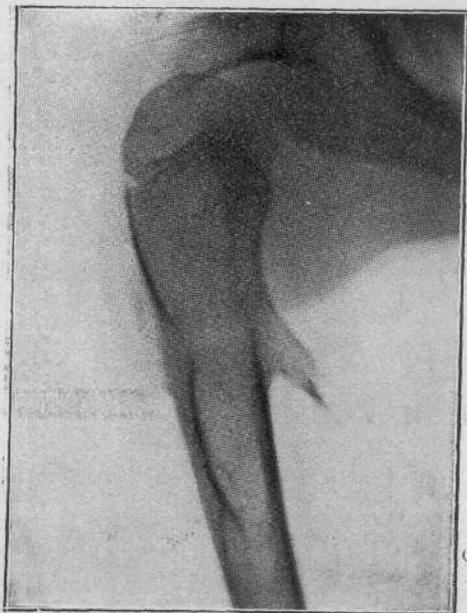


FIG. 1. — Omero D., posiz. ant. poster. Irregolare distribuzione della sostanza compatta, rigonfiamento del 1/3 superiore della diafisi, grossa esostosi compatta a distanza dalla cartilagine di coniugazione.

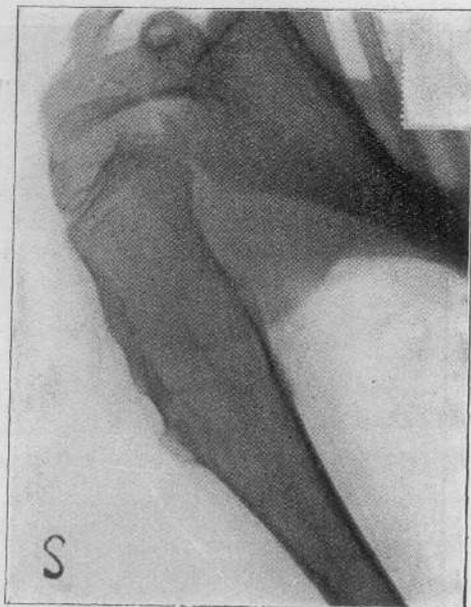


FIG. 2. — Omero S., posiz. ant. poster. Rigonfiamento del 1/3 superiore dell'omero con irregolare ossificazione di varie esostosi spugnose sessili a varia distanza dalla cartilagine di coniugazione.



FIG. 3. — Ginocchio e terzo sup. gamba D., posiz. ant-post. — Grossa esostosi clavata, con pseudoarticolazione al lato interno della tuberosità tibiale. Piccola esostosi del perone, a distanza dalla cartilagine di coniugazione.

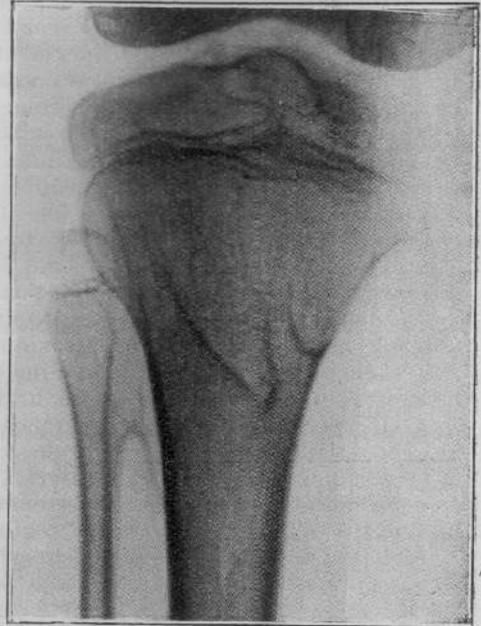


FIG. 4. — Terzo superiore della gamba S., posiz. postero-anteriore. — Esostosi del perone. Piccole esostosi e irregolare ossificazione della epifisi superiore tibiale.

CASO I. — L. Tullio.

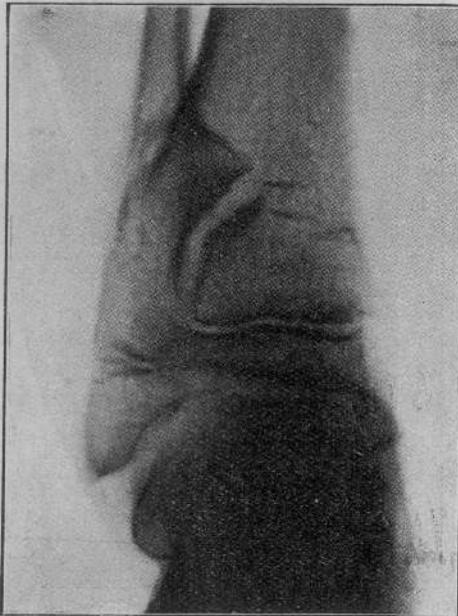


FIG. 5. — Terzo inferiore gamba S., posizione postero-anteriore. — Irregolare conformazione con lunghe espansioni dell'epifisi inferiore del perone.

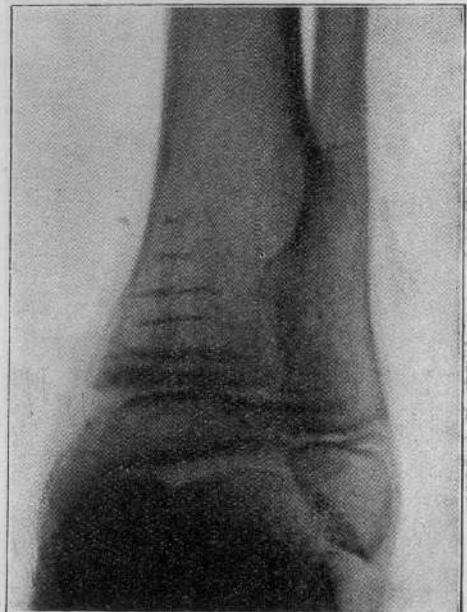


FIG. 6. — Terzo inferiore gamba D., posizione postero-anteriore. — Irregolare conformazione con espansioni dell'epifisi inferiore del perone

della tibia destra, l'unica che dava disturbi. Il tessuto compatto della base dell'esostosi ha presentato una notevole resistenza allo scalpello; l'esostosi, formata di due segmenti, presenta nel punto di contatto fra di essi un abbozzo di articolazione a superfici bene levigate e lucide. La sezione longitudinale dell'estremo clavato dimostra che il tessuto spugnoso centrale e il guscio compatto sono, macroscopicamente, di aspetto uguale a quello dell'osso normale; così pure per la consistenza.

Caso II. — Di L. Renato, di 7 anni, da Roma, è ricoverato l'11 aprile 1922 nell'Ospedale del Bambino Gesù per « Scrofolosi, Adenopatia tracheo-bronchiale, Esostosi multiple ». È poi dimesso, senza miglioramento il 30 aprile 1922.

All'anamnesi familiare si rileva parentela fra i genitori (di primo grado): tubercolosi nei collaterali materni (lo zio della madre). La madre, nel 1903, fu operata di sarcoma della scapola destra e presenta esostosi multiple. Sono confessate tare nervose a carico degli ascendenti paterni, ma senza precisare. L'infermo ha avuto cinque fratelli, di essi uno è morto prematuro, un altro (Pietro) presenta esostosi multiple. Ebbe allattamento materno; svezzato a 14 mesi; deambulazione a 1 anno; morbillo 2 anni prima. È presentato all'ospedale perchè da circa un mese ha presentato enuresi notturna e furono notate le esostosi. Ha presentato tosse con sangue nell'espettorato. Mai febbre.

All'esame obiettivo si nota lo stato generale mediocre. Esame della gola negativo. Torace allungato con angolo epigastrico acuto. La fossa sopra- e sotto-spinosa è più appariscente a destra. Anteriormente le escursioni respiratorie appaiono meno ampie a D. All'ascoltazione, respiro aspro diffuso, specie agli apici, e rantoli secchi alle basi. Nella regione sottoclaveare D si ode un respiro molto aspro e, colla tosse, si ascoltano rumori secchi. Nulla di notevole al cuore e all'addome. Ernia inguinale destra. Adenopatie cervicali croniche; ghiandole alle regioni inguinali. Presenza di esostosi palpabili in corrispondenza dei condili del femore e della tibia d'ambo i lati. L'esame radioscopico del

Caso II. — Di L. Renato.

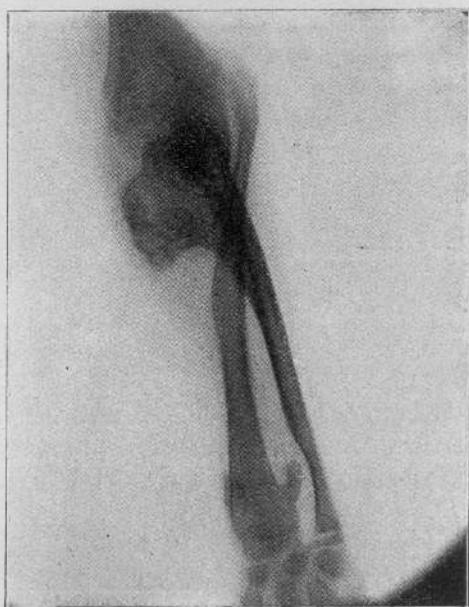


FIG. 7. — Avambraccio D., posizione palm.-dors. — Grossa esostosi cartilaginea del terzo superiore del cubito. Due esostosi del terzo inferiore del radio.

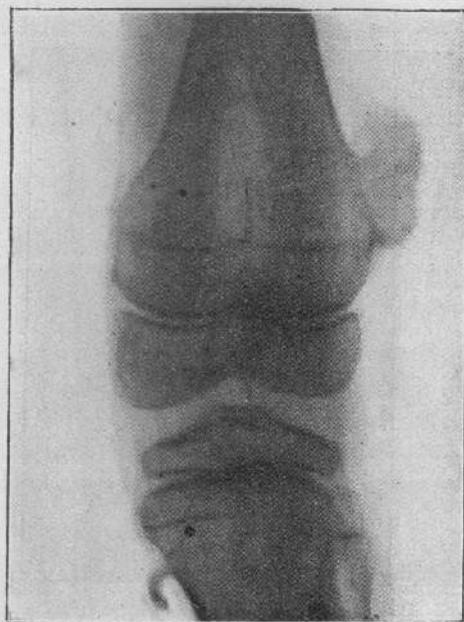


FIG. 8. — Ginocchio D., posizione antero-posteriore. — Grossa esostosi spugnosa del condilo esterno del femore. Esostosi con tessuto compatto del lato interno della tuberosità tibiale.



FIG. 9. — Braccio e avambraccio D., posiz. ant.-post. — Omero normale. Esostosi della base oleocranica. Esostosi cartilaginea dell'epifisi inferiore del radio.

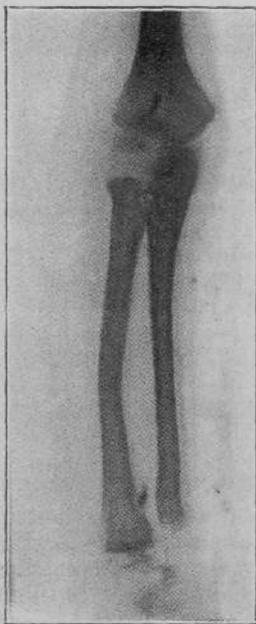


FIG. 10. — Terzo inferiore del braccio e avambraccio S., posizione antero-posteriore. — Esostosi del terzo inferiore del radio.



FIG. 11. — Terzo superiore del femore D. e ischio, posizione antero-posteriore. — Esostosi del femore e dell'ischio.



FIG. 12. — Terzo superiore del femore S. e ischio, posizione antero-posteriore. — Esostosi del femore e dell'ischio.

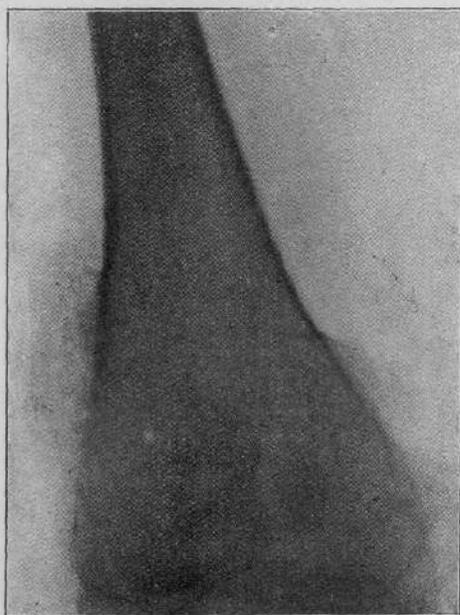


FIG. 13. — Terzo inferiore del femore D., posizione antero-posteriore. — Grosse esostosi cartilaginee.

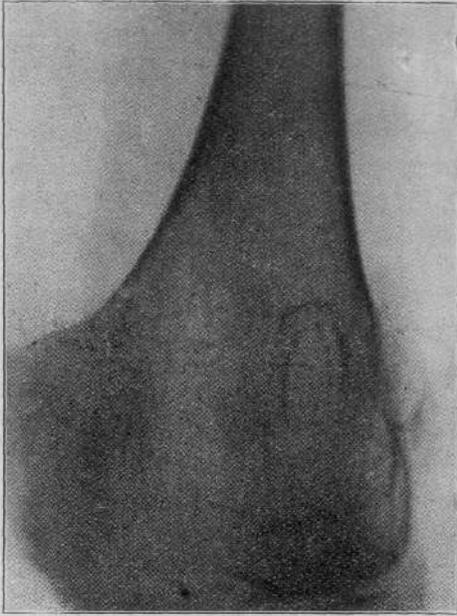


FIG. 14. — Terzo inferiore del femore S., posizione antero-posteriore. — Esostosi cartilaginea.

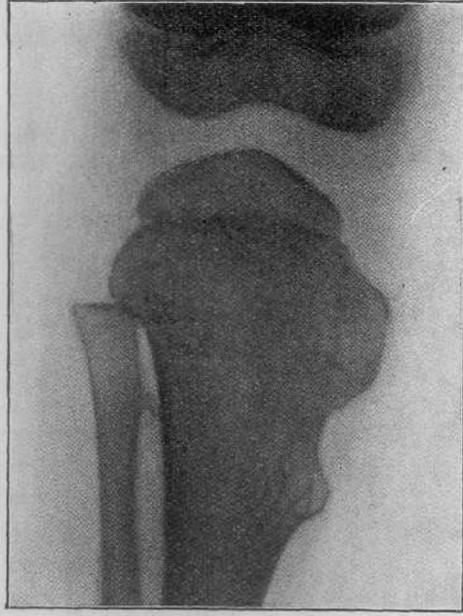


FIG. 15. — Terzo superiore gamba D., posizione antero-posteriore. — Grosse esostosi della tibia e del perone.



FIG. 16. — Terzo superiore della gamba S., posizione antero-posteriore. — Esostosi ossee della tibia al lato interno, Esostosi del perone.

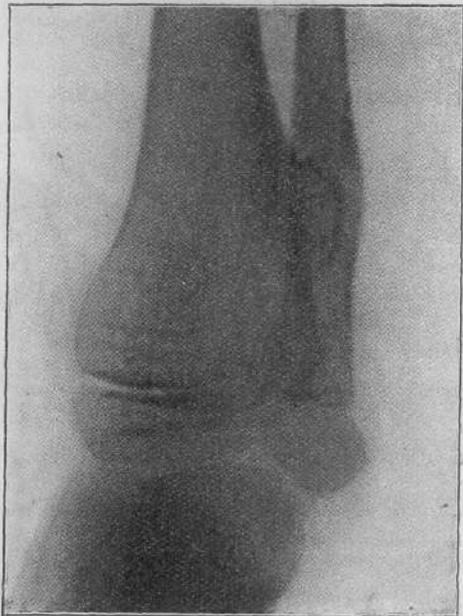


FIG. 17. — Terzo inferiore della gamba S., posizione antero-posteriore. — Esostosi della tibia.

torace (14-4-1922) (fig. XVIII) ha dato il seguente reperto: Emitorace D un po' ristretto e poco mobile. Velatura dell'apice D e della zona polmonare sotto l'ascella D. Ombre ilari accentuate con discreto numero di ramificazioni. Cupola diaframmatica D poco mobile con solco costo-diaframmatico scarsamente rischiarabile.

All'esame radiografico dello scheletro sono riscontrate le alterazioni riprodotte nelle figure 7 ed 8.

CASO III. — Di L. Pietro, di 5 a., da Roma, fratello di Renato, è ricoverato l'11 aprile 1922 nell'Ospedale del Bambino Gesù per « Esostosi multiple ». E' dimesso il 4-V-1922 senza miglioramento.

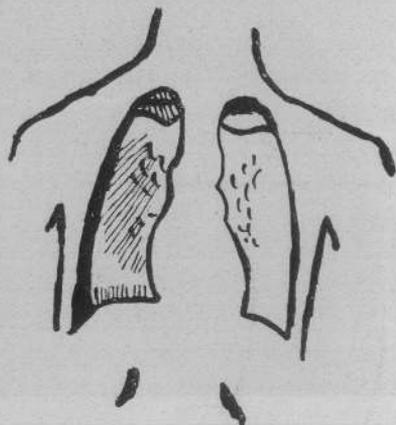


FIG. 18 (CASO II).

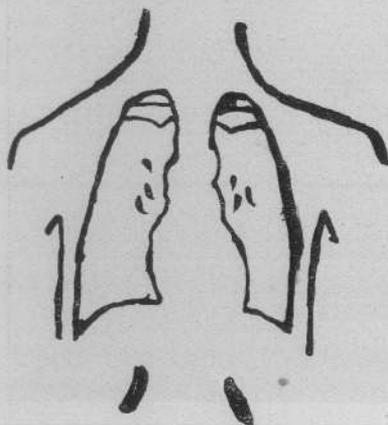


FIG. 19 (CASO III).

Allattato al seno materno, fu svezzato a 13 mesi; la deambulazione non s'è iniziata; non parla ancora; deficit psichico evidente. Discreto lo stato generale. Al Torace: respiro aspro diffuso con ronchi. Addome normale. Presen-

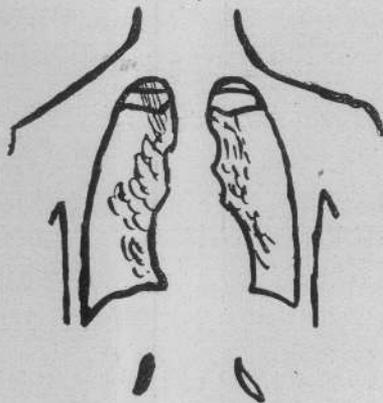


FIG. 20 (CASO III).

za di esostosi ai polsi, ai condili interni del femore, al lato interno della tibia e all'estremità inferiore della seconda falange del quarto dito della mano sinistra.

La radioscopia del torace (14-IV-1922) ha dato il reperto di una lieve accentuazione delle ombre ilari (fig. XIX).

Il bambino, già all'età di 7 anni, è ancora ricoverato il 7-V-1924 nell'Ospedale del Bambino Gesù, dov'è curato fino al 20-8-1924. Durante la seconda degenza è notata una cutirazione positiva il 3 giugno 1924. La radioscopia del torace eseguita il 18 giugno fa rilevare abbondanti masse e ramificazioni ilari specie a destra e verso la regione sottoapicale (fig. XX).

L'esame radiografico dello scheletro ha fatto scoprire le esostosi riprodotte nelle figure 9-17.

Lo studio dei tre casi da me raccolti porta alle constatazioni seguenti:

1) Su tre casi, due (in due fratelli) si possono mettere in relazione con fattori ereditarii (esostosi multiple della madre). Il matrimonio consanguineo dei genitori può avere sommato tali fattori ereditarii.

Ma nel I caso non vi è alcuna ereditarietà dimostrabile, il che porta alla conclusione che l'ereditarietà non è costante per le esostosi.

2) In due casi (II-III) si riscontrano malattie nervose negli ascendenti, mentre mancano nel I caso.

3) La sifilide non è dimostrabile in nessun caso.

4) Le lesioni tubercolari sono bene dimostrabili per l'apparato ghiandolare linfatico e per l'apparato respiratorio del II e del III caso, sicchè non si potrebbe negare una possibile relazione fra la presenza della tubercolosi e lo sviluppo delle esostosi. Ma nel I caso non vi sono segni dimostrabili di tubercolosi pur essendovi esostosi notevoli per numero e per sviluppo.

5) In varie delle radiografie riprodotte è evidente l'esattezza delle osservazioni di E. Sorrel e M.me Sorrel Déjérine sulla origine delle esostosi dalla cartilagine epifisaria, anche se al momento dell'osservazione si trovano impiantate a distanza dalla cartilagine jugale. Ciò avviene per l'allungamento della diafisi per i fenomeni della crescita: le esostosi sono formate di osso compatto, a tipo adulto, tanto più quanto maggiormente sono lontane dalla cartilagine fertile.

6) In tutti e tre i casi, per quanto in grado diverso, si trovano segni di rachitismo: irregolarità di dentizione, insufficiente sviluppo somatico o psichico. Corrispondentemente alle idee di Vichow, non si può escludere che oltre al fattore ereditario, ammesso dai più, vi possa essere una correlazione fra il rachitismo e lo sviluppo delle esostosi.

BIBLIOGRAFIA.

1. ACQUADERNI A. *Un caso di esostosi multiple osteogenetiche*. Congresso Sez. Emilia-Marche della Soc. It. di Pediatria, 19 dic. 1907. (La Pediatria, n. 11, 1912).
2. ALLAUDE C. J. *Exostosis multiples par discondroplasia heredo-luetica*. La Prensa Medica Argentina, n. 7, 1921.
3. AUSCH. *Esostosi multiple famigliari in due fratelli*. Soc. dei med. ted. in Praga, 4 marzo 1904.
4. BECKER J. *Sulle esostosi del bordo superiore del calcagno*. Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen, t. XIX, f. 4, 29 nov. 1912, p. 286-288, 2 fig.
5. BROCA A. e SOURDAT. *Ulceration de l'artère péronière pour une exostose ostéogénique du tibia*. Comm. à la Soc. de Chir. de Paris, séance 31 janv. et 7 févr. 1912. In Bull. et Mém. de la Soc., t. XXXVIII, n. 5, 6 févr. 1912, p. 181-183, et n. 6, 13 févr., p. 201.
6. BRUDZINSKI. *Delle esostosi multiple nei bambini*. Gaz. Lekowska, mai 1902.
7. BUCKMANN. *Esostosi cartilaginee multiple*. Zeitschr. f. Orthop. Chir., v. XLVII, f. 1, 1925, p. 70-79.

8. CAGAL D. *Exostoses ostéogéniques multiples héréditaires*. Archives de Médecine des enfants, p. 692, vol. XIV, 1911.
9. CURTILLET D. J. *Quatre cas d'exostoses ostéogéniques multiples héréditaires et familiales*. Rev. d'Orthopédie. 1 mai 1912.
10. DAVIDSON. *Su d'un caso di esostosi blenorragica del calcagno complicato di metatarsalgia*. Medical Record, 1908, t. LXXIV, 3 ott., p. 570-571 (1 radiogr.).
11. DE PONTOIS. *Esostosi multiple nei bambini*. Arch. de Méd. des enf., n. 9, 1910.
12. ENGEL. *Delle deformità gravi dovute negli adolescenti alle esostosi ed encondromi multipli; loro trattamento*. Berl. Klin. Woch., 1920, t. LVII, n. 43, p. 1022-24 (5 fig.).
13. EXARDÒ. *Esostosi multiple osteogenetiche*. Rev. méd. de l'Uruguay, IV-V, 1915.
14. EXARDÒ VICTOR y ANAYA. *Exostosis multiples osteogenicas*. Arch. latino-amer. de Pediatria, III-IV, 1915.
15. HACKENBROCH. *Disturbi d'ossificazione di Ollier: condromatosi dello scheletro*. Arch. f. Orth. und Unfallchirurgie, t. XXI, 2° fasc., 192, p. 206-222.
16. JONES E. *Esostosi multiple in 5 bambini della stessa famiglia*. Soc. Ped. di Filadelfia, 14 marzo 1908.
17. LAGAS GARDA. *Esostosi osteogeniche multiple*. Arch. latino-amer. de Pediatria, 29 giugno 1912.
18. LANGENSKIOLD. *Esostosi multiple e loro patogenesi*. Journ. de Chir., XXV, p. 538.
19. MAYNARD H. e SCOTT C. R. *Esostosi cartilaginee multiple ereditarie*. The Journ. of the Amer. med. Ass., 1921, v. LXXVI, n. 9, p. 579-581, 4 fig.
20. MAUTNER H. *Un caso di esostosi multiple*. Riv. di Clin. Ped., vol. 11°, 1915, p. 552.
21. MOSENTHIN. *Complicazioni rare delle esostosi di crescita multiple*. Deutsche Zeitschr. f. Chir., t. CXXVIII, f. 3-4, apr. 1914, p. 241-259, 2 fig.
22. MURRAY COWIE. *Esostosi multiple ereditarie*. Soc. Amer. di Pediatr. Arch. of Pediatrics, vol. 34, n. 6, giugno 1917.
23. PERRIN M. *Exostoses ostéogéniques multiples accompagnées d'arrets de développement et de déformation du squelette*. Revue d'Orthopédie, XXV, 3^e s., t. V, 1 janv. 1914, n. 1, p. 51-82.
24. PRITCHARD D. ERIC. *Exostoses multiples with symmetrical wasting of the muscles of both upper arms*. Proc. of the Royal Society of Medicine, 1913.
25. RECLUS P. e SCHWARTZ A. *Les exostoses du calcaneum*. Revue de Chir., XXXIV, n. 6, 10 giu. 1909, p. 1052-1092, 13 fig.
26. RESCH A. *Ein Fall von multiplen Kartilaginären Exostosen*. Jahrb. f. Kinderheilk, Bd. 42, 1920.
27. ROVERE G. *Un caso di esostosi multiple*. La Pediatria, p. 905, dic. 1909.
28. SANVERENO. *Le esostosi osteogenetiche della crescita*. La Chir. degli org. di movimento, 1922, VI, f. 2, p. 165-185.
29. SESUÉ e NON. *Esostosi multiple in un bambino con reumatismo articolare acuto*. Soc. di Pediatria di Parigi, 19 febr. 1908.
30. SEVESTRE. *Un caso di esostosi osteogeniche ereditarie*. Ibid., 14 giugno 1906.
31. SORREL E. et M^{me} SORREL DÉJÉRINE. *Un cas d'exostoses multiples chez un enfant de 8 ans*. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris, a. XCII, n. 10, séance 10 déc. 1922, p. 453-460, 2 fig.
32. SPRIGGS E. J. *Un caso di esostosi multiple osteogenetiche*. Riv. Cl. Ped., V, 8, 1910, p. 71.
33. STIMPSON R. N. *Multiple cartilaginous exostoses*. Arch. of Pediatr., mag. 1917.
34. TAVERNIER. *Exostoses sous-calcaneennes et talalgie*. Comm. de la Soc. de Chir. de Lyon, séance 13 nov. 1924, in Lyon chirurgical, t. XXII, n. 7, janv.-févr. 1925, p. 100. Discuss. séance 20 nov. 1924; ibid., p. 115.
35. TEISSIER. *Esostosi osteogeniche ereditarie*. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 7 juillet 1908; La Sém. médic., 12 juillet 1905.
36. TEISSIER P. e DENÉCHAU M. *Un caso di esostosi osteogeniche multiple ereditarie e famigliari*. La Clinique infantile, 1 aug. 1905.
37. TUFFIER. *Exostoses ostéogéniques très multipliées, héréditaires et familiales*. Archives de Médecine des enfants, pag. 939, vol. XIV, 1911; Revue d'Orthop., 1^{er} juillet 1911.
38. TURNER. *Esostosi multiple: padre e figlio*. Soc. Reale di Med. di Londra, sedute II-III-IV-V 1914.
39. WOLF. *Esostosi multiple*. Deutsche mediz. Zeitung, n. 86, 1905, 10 juin 1909, p. 1052-1092, 13 fig.



IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE
diretto dai professori VITTORIO ASCOLI 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 se 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 perciò numerose e accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

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

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

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'interno, potendo esserne informate immediatamente, nonchè una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi Esami, Condotte vacanti, ecc.

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.

IL POLICLINICO

contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

adunque, 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.

ABBOGNAMENTI ANNUI PER 1928		Italia	Estero
Singoli:			
1.) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 65	L. 105	* 55
1.a) Alla sola sezione medica (mensile)	* 40	* 55	* 55
1.b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	* 40		
Quinquennali:			
2.) Alle due sezioni (pratica e medica)	* 95	* 150	* 150
3.) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	* 95	* 150	
4.) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	* 115	* 180	
Un numero della sezione medica e chirurgica L. 65 della pratica L. 350.			

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, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

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

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

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

L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato in due rate semestrali anticipate.
Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del «Policlinico», i JIGI POZZI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, 14 — ROMA (Telefono 42-809)