

Amprio

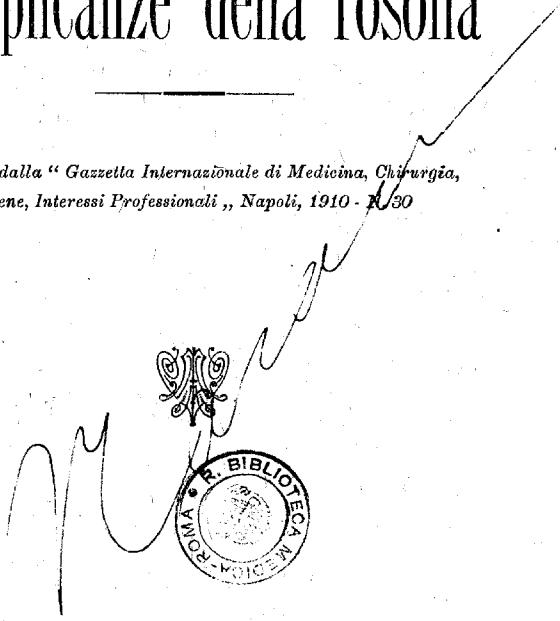


CARLO DOM. MARTELLI
Assistente all' Istituto di Anatomia Patologica di Napoli

LE

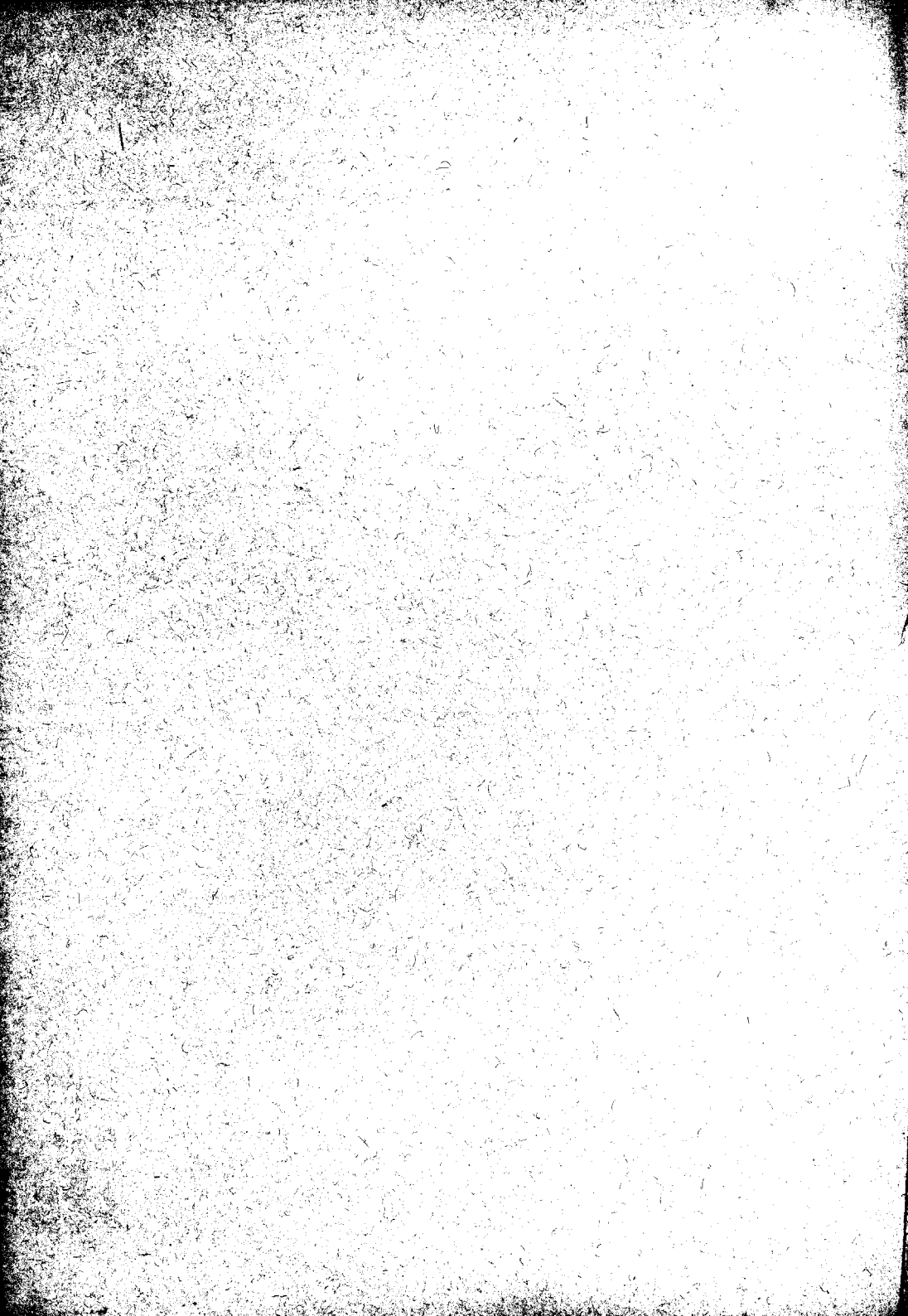
Complicanze della rosolia

*Estratto dalla "Gazzetta Internazionale di Medicina, Chirurgia,
Igiene, Interessi Professionali", Napoli, 1910 - N. 30*



*mil
B
64
48*

NAPOLI
Tipi Fratelli Ruggiano
Vico Fico al Purgatorio, 1
1910



CARLO DOM. MARTELLI

Assistente all'Istituto di Anatomia Patologica di Napoli

LE

Complicanze della rosolia

*Estratto dalla "Gazzetta Internazionale di Medicina, Chirurgia,
Igiene, Interessi Professionali", Napoli, 1910 - N. 30*



NAPOLI

Tipi Fratelli Ruggiano

Vico Fico al Parlatorio, 1

1910



Le complicanze della rosolia ⁽¹⁾

La rosolia non è di quelle malattie cui si suol dare d'ordinario grande importanza sia per la mitrezza dei sintomi, sia per l'assenza di complicanze, sia anche per la facilità della cura.

Tuttavia, è già da tempo che seri ricercatori hanno richiamato l'attenzione su questa pretesa benignità della rosolia, descrivendo di essa varie, ed alle volte gravi complicanze che molto acconciamente Cheinisse ha riassunto in un articolo su la *Semaine Médicale* (dicembre 1906 N. 52).

Bisogna in vero convenire che, se gli autori Francesi sono stati in sul principio alquanto ottimisti al riguardo, non mancarono però quelli inglesi e tedeschi di richiamar l'attenzione sulla possibilità di complicanze spesso gravi e, talvolta anche letali, della rubeola.

Fu Cheadle pel primo che al VII Congresso di Medicina di Londra, ove fu stabilita l'autonomia di tale forma morbosa, richiamò l'attenzione sul fatto che a lato della forma lieve, comune della malattia, una altra vi fosse, per fortuna più rara, che può assumere un decorso molto grave o tale in seguito addivenire, per sopraggiunte complicanze, e che può anche talvolta condurre all'esito letale: e tale opinione fu a pieno condivisa dal Delastre in Francia (1883) ed in Germania dal Baginsky, il quale descrisse (1899) le gravi complicazioni respiratorie e digestive della rubeola e citò anche dei casi di morte riportati dallo Edwards.

Malgrado ciò, sembra che l'idea della perfetta benignità della rosolia debba ancora carezzare la mente dei clinici e di recente Comby, Heubner ed altri non isdegnano d'affermare che questa « è sempre una malattia molto benigna che

(1) Una parte dell'articolo è stata già pubblicata sulla « *Semaine Médicale*, 1910 n. 27 ».

non minaccia mai la vita dell' infermo » (Comby) e che essa « è la malattia più lieve e mai pericolosa e solo quando si sviluppi in persone affette da pertosse può provocare un certo peggioramento della forma morbosa preesistente, ma la prognosi ne è sempre favorevole » (Heubner). Molto più esatto al contrario rivela Hutinel, nel suo classico trattato. Non crede che vi siano « complicanze speciali nella maggioranza dei casi; in qualche caso grave si è segnalato una albuminuria leggera e passeggera. La prognosi è favorevole e, solo in casi rarissimi, si osserva la morte per complicanze, specie polmonare ». Egli dunque già ammette la possibilità di un esito infausto ma va più oltre ancora, giacchè rileva che « in certe epidemie si osservano casi più gravi ».

Noi vedremo fra breve quanto ciò sia vero e come alcune epidemie di rosolia, possano assumere un decorso molto grave, onde bisogna considerare avventata l'asserzione del Romberg che « la rosolia abbia sempre un decorso semplice e benigno e che l'opinione dei medici americani come quella dei vecchi medici tedeschi circa una rubeola maligna merita conferma ».

Come pel morbillo, cui ora nessuno più si permetterebbe di onorare della sua graziosa ed innocua denominazione, così sebbene in modo minore, accade per la rubeola di cui conviene sfatare l'idea della assoluta benignità e ricordare che anch' essa può dare complicanze gravi ed alle volte mortali.

Le varie complicazioni per l'addietro descritte (Eichhorst) quali l'orticaria, la porpora, i dolori muscolari ed articolari, la difterite e la broncopolmonite, l'albuminuria, l'eclampsia ec. sono state successivamente riconfermate e sempre più arricchite da altre non meno gravi.

Così: Cheinisse di Parigi, descrive il caso di una giovane di 22 anni di cui la vita fu messa a serio pericolo da una grave angina secondaria sviluppatasi al 6° giorno di malattia quando era già per scomparire l'esantema; Sevestre accenna a fenomeni di intensa ipertermia con delirio inquietante osservati in un ragazza; E. Beviliod ed E. Long descrivono una tipica polineurite, intensa e generalizzata, che si protrasse per circa due mesi in un ragazzo di otto anni e Chevalier presenta al Congresso della Soc. Franc. d'Oftalm. (6 maggio 1907) un caso di neurite ottica bilaterale in un giovanetto di 13 anni; Vincent descrive un caso di nefrite acuta con cilindruria ed ematuria; Bambace moltissimi casi di ematuria in una epidemia di rubeola e Luc una suppurazione acuta fronto-etmoido-mascellare che bisognò operare di urgenza.

Ed infine, Aviraguet ed Apert narrano di una epidemia di rosolia nella quale, sopra 10 infermi si ebbero due morti di cui uno per bronco-polmonite, e Dournel (These de Paris 1906) descrive una gravissima epidemia ove su 27 infermi si ebbero 8 morti e nel la quale oltre alle solite complicanze di cui s'è

fatto già cenno (bronchite, broncopolmonite, diarrea verde, meningite, adenite ecc.) notò un caso di otite doppia suppurata, un altro di ulcerazioni crostose delle fosse nasali ed un terzo di ascesso sotto periosteo.

Vi ha quindi quando basta per bandire ogni idea sulla assoluta benignità della rosolia.

Ma oltre che per le complicanze, questa può già insorgere primitivamente in modo grave ed assumere un decorso allarmante e talvolta anche fatale. Tal fatto messo prima in evidenza da Cheadle è stato di recente controllato dal Dournel e da altri i quali attribuiscono la gravità di questi casi in gran parte agli antecedenti ereditari alcoolici o tubercolari dei bambini o ad altre cause debilitanti.

A prescindere da queste cause che possono certamente concorrere alla gravità del singolo caso, questa dipende il più delle volte dalla intensità e dalla virulenza del virus morboso che conferisce spesso uno speciale carattere di gravità a certe epidemie. È ormai riconosciuto che a lato di leggere epidemie di morbillo, che meritano a questo il suo vezzeggiativo, altre se ne osservino, gravissime, che fanno di questa malattia una delle forme morbose più terribili.

Come per le malattie esantematiche, tale profonda differenza di decorso e di prognosi si avvera anche in alcune epidemie di altre malattie infettive e ognuno ricorda le gravi pandemie di influenza che sparsero il lutto nel mondo intero, e come il siero Behring, tanto efficace di solito nella difterite, riesca affatto inattivo in alcune gravi epidemie (Sem. Méd. 1908 pag. 310).

La rosolia può quindi assumere un decorso molto serio non solo per sé stessa, quando decorre in forma epidemica grave, ma tale anche divenire per l'insorgere di complicanze.

*

**

Di queste a me è occorso di osservare parecchie forme nell'estate ultima in una epidemia scoppiata in un piccolo paese della Calabria (Torre di Ruggiero) ove ebbi l'agio di osservare a lungo e di studiare minutamente 46 infermi. Moltissimi altri non vennero alla mia osservazione nè a quella di altro sanitario per la lieve entità della malattia che non reclamava cura alcuna.

Lievissima ne fu infatti, nella maggioranza dei casi la sindrome clinica. Dopo un periodo affatto inosservato di prodromi, insorgeva l'esantema spiccatamente morbilliforme, talora accompagnato da modica febbre, tal'altra affatto apirettico; in qualche caso con leggeri fenomeni bronchiali o con disordini intestinali che ne aggravavano un pò il decorso; tutto ciò però spariva quasi sempre in 4-6 giorni e senza lasciar tracce.

Tuttavia vari casi presentarono complicanze che forse non è del tutto inutile qui accennare.

Si ebbe in tre lo sviluppo di una *polmonite lobare* iniziate durante la convalescenza o dopo qualche giorno dalla guarigione; polmonite di cui non sembra possa mettersi in dubbio la dipendenza della rosolia giacchè altre cause etiologiche di essa non v'erano e la malattia è rarissima d'estate in quel paese.

Eccone accennato il decorso sempre felice, se non sempre lieve.

Il primo caso riguarda Dan. Lucia di anni 7, bambina un pò gracile, spiccatamente linfatica, ma senza alcuna nota interessante nel gentilizio.

Sofferse verso la fine di Luglio 1909 di imbarazzo gastrico febbrile e di elmintiasi di cui guarì presto mercè la dieta ed i purganti e potè ritornare ai soliti eccessi alimentari. Ma l'undici agosto fu colta di bel nuovo da febbre elevata con anoressia, sete intensa e tutti gli altri sintomi dell'imbarazzo gastrico, onde fu d'uopo purgarla nuovamente e si ebbe anche questa volta espulsione di numerosi ascaridi. Malgrado ciò la febbre persisteva, sebbene un pò diminuita, e cominciava a notarsi chiaramente un ingorgo di tutto l'apparato ghiandolare linfatico, molto accentuato al collo ed ai gangli sottomascellari, ove però anche abitualmente questi si mostravano alquanto tumefatti, e dopo un paio di giorni, si aveva lo sviluppo della rosolia. La quale decorse lievemente e l'esantema era quasi scomparso e le funzioni gastro-intestinali del tutto rimesse quando si ebbe nuova elevazione di temperatura (39°8) preceduta da qualche brivido ed accompagnata da lieve ansia respiratoria e da dolore puntorio al torace di destra. Nell'urina si notavano leggero aumento dell'acetone e tracce d'albumina, ma non cilindri; intensa indicanuria e fortissima diminuzione dei cloruri (gr. 2,30 0100).

Si iniziò in tal modo una polmonite crupale al lobo inferiore del polmone destro, la quale seguì il suo corso e si propagò nei giorni successivi al lobo medio e superiore e, malgrado le cure più varie ed accorte essa mostrava poca tendenza alla risoluzione; che avvenne molto lentamente, e stentatamente, la bambina si rimise con l'aiuto di intense cure ricostituenti.

Un secondo caso si riferisce ad Immac. E. robusta e sana bambina di 5 anni ed immune da qualsiasi labe ereditaria.

Sofferse verso la metà di agosto di rubeola che sopportò benissimo e senza guardare il letto, quando d'un tratto, mentre l'esantema era già scomparso e tutto sembrava felicemente esaurito, fu assalita da forte febbre e da un pò di ansia respiratoria. All'esame obbiettivo presentava temperatura elevata (39° 9), polso frequente, addome tumido, milza e fegato nei limiti, respiro aspro e leggera subottusità al torace in corrispondenza del lobo medio del polmone di destra, lieve ansia

respiratoria e pomelli, massime quello di destra, fortemente arrossiti. Vieni prescritto un energico purgante e dei cataplasmi senapati ma, ad onta di ciò, il processo infiammatorio segue la sua evoluzione e si sviluppa una tipica polmonite franca che decorse normalmente e si risolvette per crisi al 9° giorno senza lasciar postumi.

Il terzo caso riflette un bambino di 4 anni (Pria. Dom.) anch'esso robusto e sano il quale, verso i principi di settembre soffersse di rubeola con spiccato esantema morbilliforme. Tutto era felicemente scomparso senza alcuna cura quando fu assalito da forte febbre per cui mi si venne ad invitare in tutta fretta. All'esame obiettivo fu facile rilevare un respiro aspro, accentuato, al torace di destra ed una leggera subottusità, cui tennero dietro nei giorni successivi tutti gli altri sintomi della polmonite lobare che decorse rego armente e cadde per crisi in ottava giornata. Notevole in questo caso fu il ripetersi, durante la polmonite, dell'esantema morbilliforme che non può addebitarsi a fattori intestinali del tutto assenti.

Senza indugiarmi in discussioni superflue e senza avventurarmi in alcuna ipotesi, si può qui brevemente dedurre dalla esposizione di questi 3 casi che nella rubeola, non sempre si possano invocare per lo sviluppo di complicanze, la maggiore virulenza della malattia, nè la poca resistenza organica dello infermo, o l'influenza di cause ereditarie.

*
* *

Di grande interesse sono i sintomi riguardanti l'*apparato uropoietico* i quali di solito trascorrono sconosciuti nel lieve quadro morboso della malattia. In sei infermi io potetti notare discreta albuminuria (gr. 0,50-1,50 0/100) con cilindruria ed anche aumento dell'urea; e se, in due tal reperto poteva essere anche messo in rapporto con disturbi intestinali e con una leggera elevazione febbrile, nei rimanenti decorsi molto lievemente e senza febbre, bisognava unicamente riferirlo alla rubeola.

In un caso, decorso anch'esso lievemente come gli altri, mi fu dato di osservare una leggera ematuria, che si iniziò di botto durante la convalescenza, quando era già del tutto scomparsa la leggera febbre e dopo che l'infermo avea ripreso la sua dieta normale, ematuria che si prolungò per una decina di giorni malgrado la rigorosa dieta lattea e le varie cure. Essa era accompagnata da lievissima albuminuria (gr. 0,45 0,60 0/100) che scomparve al 4°, 5° giorno di dieta lattea, e da rarissimi cilindri granulosi che continuarono ad eliminarsi anche per qualche giorno dopo che l'ematuria era scomparsa, e poi sparirono anch'essi del tutto.

Tale ematuria descritta pel primo da Vincent nel 1907 in

un caso di nefrite acuta, venne di poi illustrata nel 1908 da Bambace che ebbe l'agio di osservarla in una epidemia di rubecola in cui quasi tutti gli infermi presentarono questo sintoma che appariva indubbiamente legato ad un processo infiammatorio del rene alla cui gravezza modella il suo decorso e la sua durata - Conviene accennare però, al proposito, che l'unico caso da me osservato non presentò durante la malattia spiccati sintomi di nefrite; la leggera albuminuria e la scarsa cilindruria furono meno accentuate anche di altri casi ch'eran rimasti affatto immuni da ematuria.

Il fatto che nell'epidemia osservata dal Bambace tutti gli infermi presentavano tale sintoma, può indurre ad ammettere che una causa generale, forse legata a speciale attività del virus morboso o forse anche a spiccata elettività di esso pel filtro renale, agisca sulla patogenesi di tale ematuria; ma il trovarla isolata in una epidemia, permette di credere che, anche condizioni individuali, probabilmente idiosincrasiche, possano esserne la causa.

In ogni modo l'ematuria riscontrasi quale complicanza della rosolia e forse, non è avventato lo ammettere che essa sia più frequente di quanto si sia finora creduto e che, per la sua lieve entità e perchè spesso non accompagnata da altri fenomeni morbosi trascorra, il più delle volte, affatto inosservata.

* *

Importanti sono pure le note relative all'*apparato ghiandolare linfatico*.

È noto come nel periodo d' invasione, già prima che si manifesti l'esantema, comincino ad ingorgarsi i gangli cervicali, mascellari ed inguinali che possono talvolta raggiungere anche un volume discreto.

A me è stato dato quasi sempre di notare questi ingorghi ghiandolari precoci, spesso generalizzati ma quasi sempre pochissimo accentuati, nè mi è mai accaduto di osservare le fortissime tumefazioni ghiandolari di cui parlano Hamburger e Schey le quali dominano il quadro clinico e si impongono verso i familiari.

Con una attenta e prolungata osservazione mi è parso di notare che, almeno in alcune epidemie come quella da me studiata, la tumefazione glandolare è solo in parte dovuta alla roseola. Infatti, negli individui sani immuni da linfatismo, l'apparato ghiandolare è spesso solo quello cervicale e sottomascellare si tumefà alquanto per effetto della malattia e rapidamente rientra nei limiti normali; e solamente nelle persone linfatiche il cui tessuto adenoideo è di continuo leggermente ingorgato, l'ingrossamento appare più manifesto ed è anche più restio a scomparire.

Del resto, a tale sintoma, non è da ammettersi grande importanza diagnostica giacchè esso si riscontra precoce in altre varie malattie infettive ed anche nel morbillo.

* * *

Convien qui inoltre osservare a proposito di diagnosi che l' *enanema*, cui Koplick attribuiva specifico valore diagnostico pel morbillo, può anche talvolta riscontrarsi nella rosolia come è stato già constatato da vari autori e come io stesso, contrariamente all' opinione di Hutinel, ho potuto nettamente osservare in otto casi.

Altrettanto può dirsi della *congiuntivite pterigiale* o *sintoma Aly-Belfâdel*, il quale vide nel 70^o dei casi di morbillo che la congiuntivite catarrale, descritta pel primo da Galezowski e che precede di qualche giorno l' esantema, si inizia « in quella parte della congiuntiva che resta scoperta nella rima palpebrale ai lati della cornea, cioè precisamente nella regione in cui si forma per lo più il pterygion ».

Ma a me è stato dato di osservare tale sintoma molto chiaro in cinque casi di rubeola, appunto uno o due giorni prima dello apparire dell' enanema, e di notare anche in tre di questi evidenti l' enanema di Koplick.

Ma non è qui il luogo di dilungarci sulla diagnosi differenziale della rubeola dalle altre malattie esantematiche; solo ci basti osservare che nessuno dei pretesi sintomi patognomonici del morbillo, può realmente considerarsi tale.

* * *

In ultimo qualche considerazione epidemiologica.

È ormai ammesso da quasi tutti gli autori che la rosolia sia una forma morbosa autonoma, indipendente dalle altre malattie esantematiche. In essa può osservarsi l' esantema, la congiuntivite, la corizza e la laringite come nel morbillo; l' angina, l' arrossamento e la tumefazione glandolare, la nefrite come nella scarlattina (Netter); l' esantema può assumere forma morbilliforme o scarlattiniforme e talora polimorfo, ed è forse per tutte queste rassomiglianze che qualcuno persiste ancora nel ritenere che la rosolia non costituisca una forma morbosa a sè ma risulti dalla fusione di forme spurie di morbillo e scarlattina.

Ma in verità mal si comprenderebbe, perchè due malattie gravi di differente etiologia come queste ultime, possano, con la loro fusione, dare una forma lieve come la rosolia, nè per qual meccanismo queste due malattie che lasciano forte e persistente immunità, la perdano poi compiutamente quando agiscono associate sotto forma di rubeola, onde questa non immunizza contro il morbillo nè contro la scarlattina.

Tale fatto è occorso di controllare di recente a H. M. Clahan il quale ha avuto occasione di osservare parecchi ammalati colpiti a distanza di poche settimane dal morbillo e dalla rosolia, onde egli è tratto a concludere che, sebbene la diagnosi differenziale sia talvolta difficile, è innegabile tuttavia che si tratti di entità nosologiche diverse.

Similmente, nell'epidemia da me studiata, io ho potuto fare in proposito delle osservazioni che avvalorerebbero, se mai ve ne fosse bisogno, l'idea della autonomia della rubeola. In molti individui che aveano sofferto di morbillo in una grave epidemia nel 1902 si ebbe regolare sviluppo della rosolia nell'estate del 1909 e, fatto ancora più interessante, in moltissimi che aveano superato questa, si ebbe nell'autunno dello stesso anno lo sviluppo di una forma gravissima di morbillo che parecchi condusse a morte per broncopolmonite.

Il morbillo quindi, come già è stato osservato in varie epidemie, non lascia immunità contro la rosolia, nè questa immunità contro il morbillo. Ed è appunto su questo assioma epidemiologico che è principalmente fondata la diagnosi di alcune malattie esantematiche, giacchè in verità, non vi è alcuna differenza clinica fra una forma di rosolia febbrile con catarro naso-congiuntivale ed esantema morbilliforme ed una forma leggera di morbillo, nè alcuna fra un caso di rosolia con fenomeni infiammatori del faringe ed esantema scarlattiniforme ed una forma leggera di scarlattina.

Così, la *quarta malattia* o *morbo* di Filatow-Duckes deve pure la sua esistenza autonoma al fatto che essa non immunizza nè contro la scarlattina nè contro la rosolia (Allaria) ed altrettanto può dirsi della *Quinta malattia* o *megalenterema infettivo* che decorre in forma epidemica per lo più associata ad epidemie di morbillo o di rosolia.

E se un giorno potesse tale assioma dimostrarsi non assoluto o addirittura errato, perderebbero la loro ragion d'essere molte di queste forme esantematiche le cui differenze cliniche sono trascurabili ed alle volte affatto assenti, e resterebbero solo quelle principali come il morbillo, la scarlattina ed il vaiuolo, di cui non è discutibile l'entità e l'autonomia clinica.

*
* *

Se si volesse in fine, da quanto sopra si è detto, trarre delle brevi considerazioni pratiche, si potrebbe così concludere:

I. La rosolia non è una malattia sempre lieve nè del tutto innocua. Essa può dar luogo a varie e spesso gravi complicanze che conducono talvolta all'esito letale, e può anche assumere sin da principio, specie in alcune epidemie, un decorso allarmante.

II. Si osservano in essa vari sintomi del morbillo e della scarlattina, nè si possono ammettere, seguendo qualche autore, se-

gni patognomonici che la differenzino nettamente dalle altre due malattie.

III. Malgrado le rossomiglianze cliniche che la rosolia può talvolta assumere con le forme leggere della scarlattina e del morbillo, essa deve considerarsi come una malattia a sè, differente da queste due contro le quali non immunizza e non resta immunizzata.

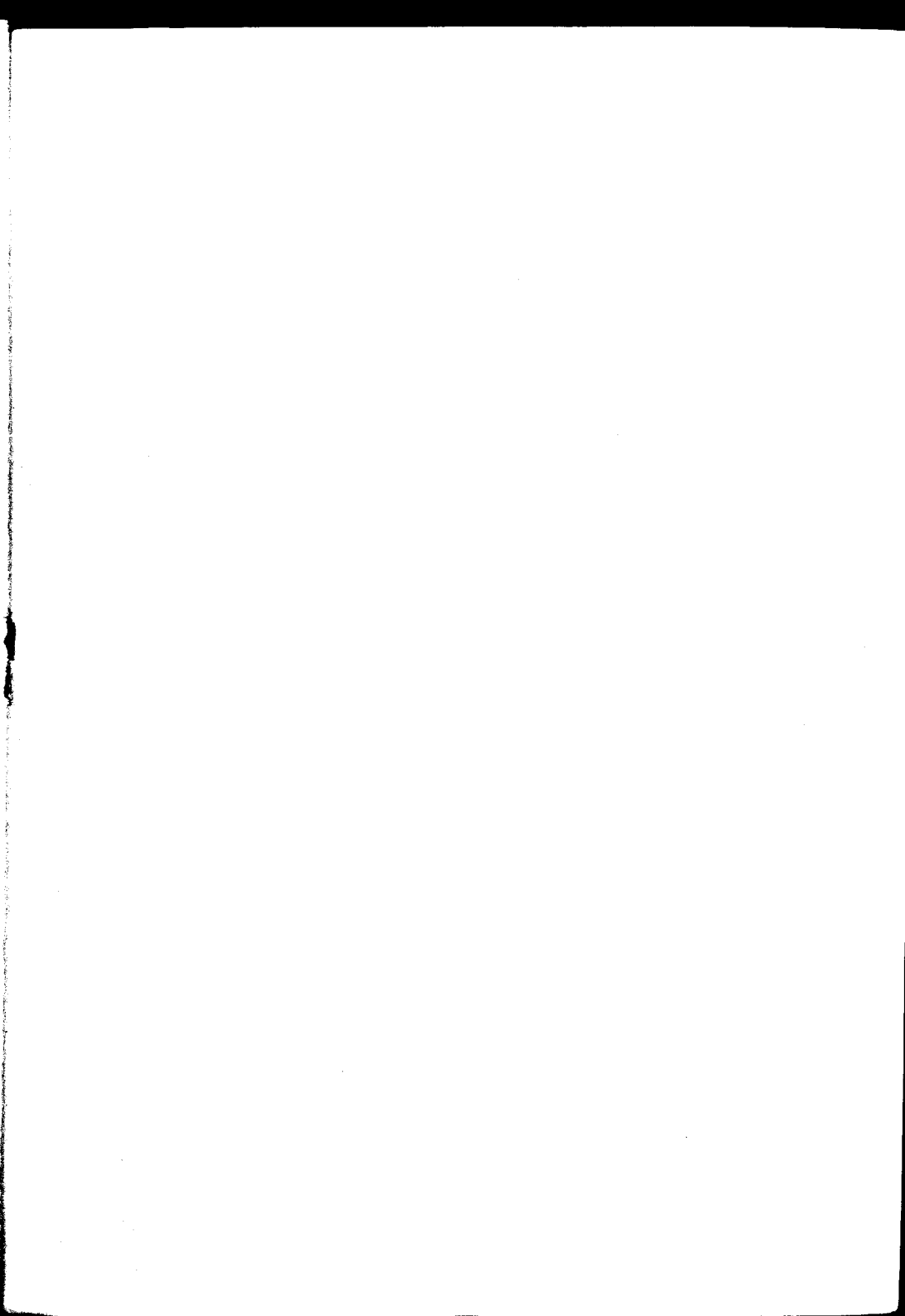
BIBLIOGRAFIA

- ALLARIA — nel nuovo trattato di Medicina di Brouardel et Gilbert. Vol. II. Febbri eruttive.
- ALY BELFADEL — Gaz. degli Osped. ec. 1907 n. 38
- AVIRAGUET ET APERT — de la Soc. de Pediat. de Paris - 20 febbraio 1906.
- BAMBACE — Sem. Méd. 1908 pag. 368.
- E. BEVILLIOD - E. LONG — Sem. Méd. 1906 pag. 133.
- CLANAHAN — Journ. of. The Americ. med. associaz. 1907 n. 23.
- DOURNEL — Journal de Medec. et de Chirurg. inf. - maggio 1907.
- DOURNEL — These de Paris 1906.
- EICHHORST. Trattato di Patologia Vol. IV.
- GRANCHER ET COMBY — Trait. des Malad. de l'enfan. Paris 1904.
- HAMBERGER E SCHEY; Münch. Mediz. Wochens 9 novembre 1909.
- HEUBNER. Trattato delle malattie dei bambini.
- LUC. Soc. de laring. ec. 6 giugno 1908.
- ROMBERG — Merings Lehrbuch d. inn. Med. 1906.
- ROVERE — Una piccola epidemia di Megalerythema epidemicum - La Pediatria gennaio 1908.
- VINCENT — Prov. Médic. 1907 n. 41.
- VIPOND — Sem. Méd: 1906 - n. 51.



57301





GAZZETTA INTERNAZIONALE

di Medicina, Chirurgia, Igiene e Interessi Professionali

Abbonamento annuo per l'Italia L. 10,00 Abbonamento annuo per l'Estero L. 20,00
SI PUBLICA IN NAPOLI TUTTE LE DOMENICHE

DIREZIONE ONORARIA: — Prof. Angelucci Arnaldo — Prof. Antonelli Giovanni — Prof. Bianchi Leonardo — Prof. Cardarelli Antonio — Prof. Castellino Pietro — Prof. Corrado Gaetano — Prof. Cazzolino Vincenzo — Prof. De Amicis Tommaso — Prof. De Giava Vincenzo — Prof. De Renzi Enrico — Prof. Fede Francesco — Prof. Galeotti Gino — Prof. Malerba Pasquale — Prof. Massel Ferdinando — Prof. Morisani Domenico — Prof. Paladino Giovanni — Prof. Pane Nicola — Prof. Pansini Sergio — Prof. Pascale Giovanni — Prof. Pianese Giuseppe — Prof. Reale Enrico — Prof. Romano Clemente — Prof. Schrön von Otto — Prof. Senise Tommaso — Prof. Sgobbo Franc. Paolo.

REDAZIONE EFFETTIVA

Patologia e Clinica Medica: Prof. Dr. ALFONSO CALABRESSE; Prof. Dr. GIOVANNI CASTRUOVO; Prof. Dr. NICOLA DE DOMINICIS; Prof. Dr. GIUSEPPE LICIBELLI; Dr. GIUGLIEMMO BARRICUOLO; Dr. GIUSEPPE MORITTO; Dr. GIUGLIEMMO MATOZZI-SCALFA — **Patologia e Clinica Chirurgica:** Prof. Dr. ERIBERTO ANJOLÀ; Prof. Dr. GAETANO BERNABEO; Prof. Dr. FRANCESCO LEUZZI; Prof. Dr. ANTONIO VARDIA; Dr. LORENZO NERI; Dr. VINCENZO SIMIONI — **Traumatologia:** Dr. FELICE D'ALESSANDRO — **Dermatologia:** Prof. Dr. MARIO GRIO — **Oftalmologia:** Prof. Dr. EDUARDO DE ANGELIS — **Otorinolaringoiatria:** Prof. Dr. DOMENICO CANTUCCI — **Otalmologia:** Prof. Dr. NOR SCALFARI — **Otorinolaringoiatria:** Prof. Dr. DOMENICO LAYSCA — **Igiene, Epidemiologia e Profilassi:** Prof. Dr. ALFONSO MONTESANO — **Psichiatria:** Prof. Dr. GIULIANO BOKNI — **Anatomia Patologica:** Dr. FABOZZI SALVATORE; Dr. C. D. MARTELLI — **Interessi Professionali e Ricettatori:** Dr. VITO BERNARDINI — **Rivista Critica della Stampa e Bibliografia:** Dr. LAURE MINERVINI — **Consulenza Sanitaria, Legale:** AVV. VINCENZO ALOISIO e AVV. GAETANO SOBRANCIANO — **Ingegneria Sanitaria:** Ing. GENNARO PROCIGIALLI.

CORRISPONDENTI ORDINARI ITALIANI

Prof. e Dott. F. MAZZINI (Bologna) — G. PINNA (Cagliari) — M. GRAVANA (Catania) — F. MARINO (Catania) — S. AMICO ROZZAS (Catania) — N. TIBERTI (Firenze) — E. LUCO (Genova) — P. FIORENTINI (Messina) — C. CAO (Messina) — A. CAMPANI (Modena) — G. MARRA (Modena) — PUGLISI ALONERA (Messina) — GRASIANI (Padova) — A. SANCEROTTO (Pavia) — E. ALFANI (Pavia) — V. GARTISA (Pavia) — NERI (Pisa) — VINCENZO QUINIO (Pisa) — C. BERAGLIA (Roma) — A. BIONDI (Siena) — F. SIMONELLI (Siena) — E. FINALI (Torino) — L. CAMURRI (Udine) — C. D. MARTELLI (Calabria) ● ● ● ● ●

COLLABORATORI ORDINARI

A. ANTONELLI, Parigi — A. BLOCHMANN, Berlino — M. BERNARDINI, Berlino — C. BERARDI, Siena — FOR. BENDASINI, Berlino — K. BOARI, Bologna — C. BRUNI, Napoli — F. BUDIN, Parigi — G. CACCIOPPOLI, Napoli — A. CACCIOPPOLI, Parma — A. OBOONI, Torino — L. CONGERTI, Roma — G. CORREY, Berlino — D'ALLOCCO, Fermo — E. D'URSO, Napoli — S. DURLAY, Parigi — SCHUMMER, Zurigo — EWALD, Berlino — G. FALARI, Napoli — FINKLER, Bonn — H. FERNBERG, Strasburgo — G. GARITANO, Napoli — E. GIUSTINIANI, Parigi — P. GUIDONE, Napoli — JAFFE, Königsberg — V. JÜRGENS, Tübingen — KOCHER, Berna — KUSMALL, Heidelberg — F. LAOCETTI, Napoli — P. LERO, Napoli — L. MARENGOLA, Padova — R. MARA, Longo, Verona — A. MORZI, Vienna — A. MONTONI, Napoli — F. MORZI, Monaco — G. NERI, Napoli — P. PUCICCHI, Napoli — G. FETTERUTI, Napoli — F. FROLDY, Erlangen — L. FOLZGARI, Monaco — G. B. QUINIO, Pisa — QUINIO, Kiel — RUPPEL, Le Ha, Napoli — G. RUGGI, Modena — G. SODI, Napoli — H. SCHULZ, Greifswald — H. SZATOR, Berlino — W. SZEQUIREFF, Mosca — S. TOMARELLI, Catania — M. TRUFFI, Pavia — G. TRENDECKI, Napoli ● ● ● ● ●

Amministrazione e Direzione: Prof. Cav. G. Scognamiglio

Condizioni di Abbonamento

La "Gazzetta Internazionale etc.", vien pubblicata in grossi fascicoli tutte le domeniche.

Essa è organo della Facoltà Medico-Chirurgica dell'Università di Napoli, ha corrispondenti in tutte le Cliniche Ufficiali Universitarie italiane ed estere, si occupa a preferenza di Medicina e Chirurgia pratica, di Igiene ed interessi professionali.

L'abbonamento, sempre anticipato, decorre dal Dicembre ed è annuale al prezzo fisso, e di L. 10,00 per l'Italia e di L. 20, per l'Estero (Unione Postale). L'abbonamento non dissolto prima del 1. dicembre s'intende rinnovato. Le ricevute del vaglia, i tagliandi delle cartoline, servono di regolare quietanza. Gli autori di memorie originali se abbonati, avranno in dono 100 estratti. Le spese di invio vanno a loro carico. Desiderando un maggior numero di estratti il prezzo minimo è di L. 4. per ogni 50 copie di 8 fasciate; aumentando in copie ed in pagine il prezzo è in proporzione. I manoscritti non vengono restituiti.

L'amministrazione non può concedere clichés o planis grafite. Essa però provvede alla esecuzione delle illustrazioni, dividendo e intervenendo nella spesa, purché le dette illustrazioni si eseguano da artisti di fiducia del Giornale.

La redazione è assolutamente arbitra della pubblicazione dei lavori inviati al giornale né è tenuta a dire la ragione di una mancata pubblicazione. Inoltre da facoltà a tutti i suoi abbonati di collaborare sempre che i lavori rispondano ai requisiti e all'indole del giornale. I manoscritti debbono essere nitidi e chiari, possibilmente brevi e ciò nell'interesse dell'autore e del lettore.

Dei libri ricevuti in doppio esemplare sarà fatto un cenno bibliografico. L'abbonato ha diritto di rivolgersi alla Redazione quesiti scientifici e giuridici, intorno ad interessi professionali, accompagnando la richiesta da francobollo per la risposta.

Tutte le comunicazioni atinenti alla parte scientifica del giornale, come quelle amministrative debbono essere indirizzate al Prof. Cav. GENNARO SCOGNAMIGLIO. Per tutti gli effetti di legge si elegge il domicilio in Napoli.

REDAZIONE ed AMMINISTRAZIONE: Via Brogna 13 - NAPOLI