

Omaggio



DOTT. VASCO FORLÌ

SUI DISTURBI PSICHICI NELL'UREMIA

Estratto dal POLICLINICO, Volume XIV — M

*mi.
B
65
60*



ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO",
N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

1907



DOTT. VASCO FORLÌ

SUI DISTURBI PSICHICI NELL'UREMIA

—
Estratto dal POLICLINICO, Volume XIV — M
—



ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO"
N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

—
1907

Proprietà letteraria

OSPEDALE DI SANTO SPIRITO IN SASSIA

Sui disturbi psichici nell'uremia

per il dott. VASCO FORLÌ,
medico aiuto negli Ospedali di Roma, assistente nella R. Clinica Psichiatrica.

Già Lasègue (1) aveva richiamato l'attenzione su alcuni disturbi psichici che si manifestano nell'uremia: indifferenza, apatia, torpore; e, malgrado più tardi il Griesinger (2) affermasse che le malattie dei reni non hanno importanza nell'etiologia delle psicopatie, e che i sintomi cerebrali del morbo di Bright non vanno annoverati fra le malattie mentali, numerosi osservatori rivolsero l'attenzione a questo argomento *.

Disturbi psichici (confusione, allucinazioni transitorie) si presentano, in molti casi di nefrite, come fenomeni iniziali dello stadio terminale [Honigmann (3)]. Ma oltre questi casi, in cui i sintomi mentali possono venire considerati come un epifenomeno, altri ne esistono in cui il delirio assume una importanza preponderante, e ai quali ben si addice il nome di follia brightica [Dieulafoy (4)].

A tale denominazione non corrisponde però un complesso sintomatico determinato; anzi, può dirsi che all'uremia sono stati riferiti i quadri più disparati. Bischoff (5) ammette, è vero, che i sintomi più di frequente riscontrati siano quelli della confusione mentale, ai quali, nei soggetti ereditariamente predisposti, possono aggiungersi tratti catatonici. Ma le osservazioni di Hagen (6) dimostrerebbero che l'uremia, acuta e cronica, può dar luogo a quadri malinconici, o ad accessi alternanti di mania e di malinconia; Brissaud (7) descrisse un quadro di uremia cerebrale con atteggiamenti catalettiformi; De Fleury (8) ammise che le psicosi del brightismo possono assumere la forma di mania, di melanconia con idee persecutive, di stupore, di deliri allucinatori; nel caso di Maggiotto (9) esisteva mutismo, eccitazione psicomotrice, tendenza a commettere atti violenti contro gli altri e contro

* In Italia il Vassalle (Rivista sperimentale di freniatria, 1890) ha già molto tempo fa richiamata l'attenzione su questo argomento, illustrando quattro casi di psicosi nefritica.

se stesso; Scherb (10) descrisse un caso in cui, nel corso dell'uremia, si svilupparono i segni della confusione mentale, accanto ad una sindrome cerebellare; in un caso osservato da Lugaro (11), ad uno stato d'indebolimento mentale, torpore, apatia si aggiungevano sintomi a focolaio, si da simulare un tumore del lobo frontale sinistro; e Coulonjou (12), in seguito alla ritenzione di urina consecutiva a restringimenti cicatriziali dell'uretra, osservò un delirio simulante quello della paralisi progressiva.

Oggi in molti trattati di psichiatria viene dedicato alle psicosi uremiche un capitolo speciale. Ma poichè, come innanzi si è detto, il quadro caratteristico è tutt'altro che ben delineato, nel singolo caso, quando venga riscontrata l'albuminuria, manca ogni preciso criterio per stabilire se essa sia la causa della psicosi, o rappresenti solo una coincidenza fortuita.

Ma v'ha di più; anche ammesso un rapporto tra la nefrite e la malattia mentale, resta dubbio se l'affezione renale abbia direttamente determinato l'insorgere della psicosi, o soltanto favorito il manifestarsi di essa. E così il Ballet (13) non ammette una follia brightica speciale, e ritiene l'intossicazione uremica egualmente capace sia di risvegliare la predisposizione latente, provocando così l'esplosione di una psicosi costituzionale, sia di determinare da sè sola una sindrome mentale con i caratteri delle intossicazioni di origine endogena.

Fermarsi però a questo modo di vedere è un arrestarsi a mezza via. Malgrado la psichiatria abbia ancora molti quesiti da chiarire, essa può ritenersi ormai in possesso di cognizioni sicure e quel che più importa, di metodi d'indagine rigorosi, i quali autorizzano le migliori speranze di progresso. Sicchè è lecito credere che, sulla guida di numerose ed accurate osservazioni, si giungerà infine non solo a scervere quei casi, se ve ne hanno, in cui l'uremia rappresenta soltanto la causa occasionale per l'insorgere di una psicosi d'altra natura, ma anche a stabilire i caratteri speciali delle sindromi mentali legate direttamente all'uremia, sì da poterle distinguere da tutte quelle determinate da intossicazioni di origine diversa. Per giungere a ciò è necessario anzitutto l'analisi accurata di un abbondante materiale; indi un lavoro di sintesi mediante il quale, eliminando quanto vi è, nei singoli casi, di accessorio e di secondario, si riesca a delineare i tratti caratteristici delle psicosi uremiche.

Naturalmente sono utilizzabili a questo scopo solo quei casi in cui il rapporto fra uremia e disturbi psichici risulta in modo incontrastabile; e poichè ciò non accade frequentemente, io credo interessante comunicare un caso di tal genere caduto sotto la mia osservazione nel reparto del Prof. Carducci.

R. R. di anni 58, da Roma, vetturino dapprima, poi, da molti anni, garzone di negozio; ammogliato, cattolico, di coltura elementare.

Il padre è morto in età di circa 60 anni, sembra per cachessia malarica; non aveva mai sofferto alcun disturbo nervoso; non era bevitore. La madre morì a 33 anni, sembra per tubercolosi polmonare. Ha tre sorelle vive, in buona salute, non

sofferenti di malattie nervose; tre altre sono morte in età rispettivamente di 6, 10 e 16 anni, per malattie che non si riesce a precisare. Due fratelli sono morti in età adulta, non si sa per quale malattia; un altro, strenuo bevitore, morì in seguito ad un attacco di apoplezia a 58 anni; un quarto fratello è vivo e sano. L'infermo nega recisamente che in famiglia vi siano stati casi di malattia nervosa o mentale.

Il paziente è nato a termine, dopo gravidanza e parto normali, e in buone condizioni; fu poi allattato successivamente da varie donne, a quanto egli dice, tutte con latte cattivo. Racconta che fino all'età di 4 anni non fu in grado di camminare da solo. A 10 anni avrebbe sofferto il vaiolo; attualmente non si scorgono tracce di detta malattia. Nel 1868 contrasse febbri malariche, che durarono 3 mesi; nel 1886 fu di nuovo malarico per circa un anno e mezzo. A 25 anni soffrì benenoria, cui seguì adenite inguinale bilaterale suppurata. Nega assolutamente di aver contratto ulceri; ma riferisce che una volta, a causa di una eruzione cutanea, si fece visitare da un medico, il quale sospettò si trattasse di sifilide, e gli prescrisse una cura, che egli però praticò solo per pochissimi giorni; ciò malgrado l'eruzione cutanea scomparve in breve tempo, e più tardi l'infermo non ha mai presentato alcun segno di sifilide secondaria o terziaria.

Non ha mai sofferto convulsioni.

Dice di essere stato sempre di carattere irritabile e strano. A 17 anni, all'epoca del governo papale, fu arrestato perchè portava un cappello di forma proibita; più tardi è stato varie volte in carcere, una sol volta accusato (a quanto egli dice, a torto) di furto, tre o quattro altre volte per ferimenti in rissa.

A 28 anni prese moglie, e ne ebbe due figlie, morte rispettivamente a 3 e 6 anni, non si sa per quale malattia. Fin dai primi anni di matrimonio l'infermo vive separato dalla moglie, che lo tradiva; egli la sorprese insieme con l'amante e, armatosi di un lungo chiodo, ne inferse a questi tre colpi, alla moglie quattordici.

A 20 anni, non si sa per quali motivi, dette segni di alienazione mentale, per cui fu ricoverato al manicomio. Egli non sa dare schiarimenti intorno ai sintomi allora presentati; nessuna notizia esiste negli archivi del manicomio. Solo si sa che l'infermo, internato il 10 ottobre 1879 con diagnosi di frenosi paralitica (?), fu dimesso guarito l'11 febbraio 1880.

Assicura di non aver mai fatto uso abbondante di vino, e di non aver mai bevuto liquori. Egli dice però che già l'ingestione di piccole quantità di vino erano sufficienti a produrre in lui gli effetti sgradevoli dell'ebbrezza.

Dice che da vari anni soffre di insonnia e di senso di peso alla testa; non ha avuto formicolii, vertigine, vomito, però da due anni urina abbondantemente, si da essere costretto ad alzarsi ogni notte 4 o 5 volte.

Circa 8 mesi fa ha notato affanno, che è andato gradualmente aumentando, fino a costringerlo a ricoverare all'Ospedale il 14 settembre 1906. Qui i sanitari riscontrarono ipertrofia cardiaca, rantoli umidi alle basi polmonari, urina abbondante (cmc. 1800-2000) a peso specifico basso (1010-1012), contenente albumina. Non esisteva a quell'epoca alcun disturbo mentale. Fu sottoposto a dieta lattea e gli vennero praticate iniezioni di caffeina. Uscì migliorato il 23 settembre 1906.

Tornato a casa migliorò ancora, finchè l'affanno scomparve del tutto; ma dopo poco esso si manifestò di nuovo, dapprima lieve, poi sempre più grave, fino a divenire intensissimo negli ultimi giorni di febbraio. In quest'epoca egli si sentiva intontito, gli sembrava, egli dice, « di avere in testa come un vulcano »; però non

commise mai stranezze. La sera dell'1 marzo, mentre si recava spontaneamente all'ospedale per farvisi di nuovo ricoverare, fu preso improvvisamente da viva agitazione; si gettò in terra urlando, chiedendo aiuto, lacerandosi gli abiti; non ha memoria chiara di ciò.

In tale stato fu ricoverato nel reparto degli agitati dell'Ospedale di Santo Spirito.

Esame obiettivo (2 marzo 1907). — Stato della nutrizione, deficiente. Mucose pallide, lievemente cianotiche. Lingua leggermente impatinata. Non edemi. Si palpano all'inguine piccoli gangli duri; non al collo nè all'epitroclea. L'infermo è affannato, ma l'esame dell'apparecchio respiratorio riesce negativo. La punta del cuore batte al sesto spazio, all'esterno della emiclaveare; esiste manifesto ritmo di galoppo; alla punta si percepisce un rumore sistolico aspro. Il polso è teso, ritmico, frequente (100). La temperatura era di 37°,4 al momento dell'ingresso ma dopo poche ore discese al disotto di 37°, e durante tutto il tempo della degenza all'ospedale oscillò fra 36°,4 e 36°,8.

Nell'urina si riscontra albumina in discreta quantità, non zucchero.

L'esame neurologico accuratissimo non fa rilevare alcuna alterazione.

Esame antropologico. — Una breve osservazione rivela la presenza di numerose note antropologiche. L'esame accurato, praticato più tardi, ha fatto rilevare quanto segue:

Statura cm. 152,4; grande apertura delle braccia, cm. 145. Misure del cranio: circonferenza massima mm. 570, emicirconferenza anteriore mm. 300, emicirconferenza posteriore mm. 270, emicirconferenza destra mm. 245, emicirconferenza sinistra mm. 275. Curva anteroposteriore mm. 355, semicurva anteriore mm. 190, semicurva posteriore mm. 165. Diametro anteroposteriore mm. 196, diametro trasverso massimo mm. 152. Indice cefalico 76,55.

Cranio dolicocefalo. Manifesta plagiocefalia crociata anteriore destra, posteriore sinistra. Occipite prominente, capelli radi, brizzolati, con vortice unico spostato verso destra. Fronte alta. Bozza frontale destra assai più prominente della sinistra. Profilo facciale ortognato. Arcate sopracciliari marcate, sopracciglia castagnoscuri non riunite sul nasion. Naso aquilino. Bocca grande, rettilinea; labbra piuttosto grosse, specie il superiore. Mancato accavallamento delle arcate dentarie; molti denti avariati, parecchi mancano per carie; in nessuna delle arcate è spuntato il terzo molare; non diastemi. Le orecchie sono inserite in posizione leggermente obliqua, con il padiglione alquanto distaccato dal piano osseo, e sono tra loro asimmetriche per impianto e per forma. L'orecchia destra è un po' più grande della sinistra, impiantata più in alto e alquanto più indietro; l'elice, poco accartocciato nella sua branca montante, si continua nella conca dividendo questa nettamente in due metà, una superiore, l'altra inferiore; l'antelico prevale sull'elice; il lobulo è sessile. A sinistra il lobulo non è sessile e appare notevolmente ridotto di volume (la porzione inferiore fu recisa, in rissa, da un colpo di coltello); la branca montante dell'elice appare, nella sua prima porzione, come smozzata; la branca discendente divide, come a destra, la conca in due porzioni; l'antitrageo prevale sul trageo, la fossetta intertragica è assai spaziosa. Leggero grado di torace inbutiforme. Lieve scoliosi lombare a convessità sinistra. Mani tozze; indice e anulare, in ambo i lati, allo stesso livello.

Esame psichico. — L'infermo si mantiene soltanto per breve tempo tranquillo nel suo letto; di tanto in tanto, anche senza che nessuno stimolo esterno venga ad importunarlo, si agita e si solleva a sedere, gridando che lo si vuole avvelenare.

Interrogato, risponde a malincuore, con evidenti segni di ostilità verso il medico e il personale d'assistenza. E' disorientato nel tempo e nel luogo (non ricorda la data, risponde di non sapere se è giorno o notte; crede di essere al Viale del Re, in treno, ecc.) e pare anche che non abbia un concetto esatto della propria persona (dice di chiamarsi Giovanni. Antonio ecc.). L'attenzione spontanea è nulla la conativa scarsissima. La percezione è ritardata e limitata alle domande più semplici. Le risposte vengono date con notevole ritardo e rivelano torpore e limitazione evidente dei processi associativi; spesso anzi egli non risponde affatto a tono. Anche spontaneamente esprime idee deliranti, confuse e slegate di persecuzione: afferma che tutti lo odiano e lo perseguitano; dice che i medici vogliono avvelenarlo per farlo oggetto di studio, li tratta da assassini e promette loro che verranno uccisi nella prossima rivoluzione sociale; accusa gli infermieri di pungerlo con la forchetta per tutto il corpo (probabilmente allude alle iniezioni che gli vengono praticate). Non risultano allucinazioni visive ed acustiche; dopo vive insistenze si riesce a fargli confessare che i cibi hanno odore e sapore sgradevoli. E' irritabile, ostile, sospettoso. Non chiede dei parenti, non si occupa affatto degli altri infermi. Non commette alcun atto violento o impulsivo, ma reclama continuamente che lo si lasci in libertà, perchè non vuole rimanere in mezzo agli assassini. Si presta poco docilmente all'esame.

Terapia. — Si sottopone l'infermo a dieta lattea, e si praticano iniezioni di caffeina e clisteri salini.

10 marzo. — Nei primi giorni lo stato dell'infermo si è mantenuto invariato; il paziente si è lagnato sempre di esser fatto segno ad una quantità di dispetti. Da due giorni invece è diminuita l'agitazione, e si va facendo più evidente il torpore intellettuale. L'infermo non grida più, non si ribella quando gli si praticano le iniezioni; rimane ordinariamente disteso, con gli occhi chiusi, non risponde alle domande del medico, rifiuta cibi e bevande, sicchè è necessario insistere energicamente per indurlo a nutrirsi. Non esprime più idee di avvelenamento. Domanda talora il vaso, ma per solito urina in letto. Per questo fatto non è possibile misurare la quantità di urina emessa nelle 24 ore. L'urina, esaminata varie volte, è chiara, limpida, ha peso specifico 1014-1016, contiene $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$ ‰ di albumina; nel sedimento si riscontrano cilindri ialini e granulosi. L'affanno è un po' diminuito.

11 marzo. — Da questa notte è di nuovo agitato; torna a dire che lo si vuole avvelenare, si lagna di cefalea, si raccomanda che non gli si cavino gli occhi.

15 marzo. — E' ritornato, poco a poco, più calmo, ma ha sempre paura che lo si avveleni. Non rifiuta più il cibo. Continua ad urinare a letto, e qualche volta vi defeca.

17 marzo. — E' più tranquillo, non si lagna più di nulla, nega di aver paura di venire avvelenato. Appare orientato rispetto al luogo ed al tempo. Si mostra sempre ostile verso i medici e gli infermieri, che guarda sorridente in aria canzonatoria. Nelle urine persiste albumina in scarsa quantità.

22 marzo. — Il miglioramento ha continuato. Non esistono più idee deliranti, i discorsi dell'infermo sono più coerenti; si mantiene però sempre ostile. Non si riesce ad ottenere che conservi l'urina delle 24 ore; egli continua ad urinare a letto, e rifiuta di dire il motivo della sua disobbedienza. L'affanno è scomparso, la cefalea è cessata.

Si sospende la somministrazione di caffeina.

29 marzo. — E' tranquillo, ilare; si riesce a farlo parlare a lungo. Si mostra ben orientato, risponde in modo coerente alle domande; rammenta di avere accusato, all'inizio della malattia, idee di persecuzioni di cui ora riconosce l'assurdità. Nega di aver mai avuto allucinazioni visive o acustiche, mentre conferma che gli sembrava che i cibi avessero odore e sapore sgradevole.

Si è riusciti finalmente ad ottenere che conservi le urine delle 24 ore. La quantità di esse supera i 2000 cme., talora raggiunge i 2700; il colore è giallo-chiaro, la reazione debolmente acida, il peso specifico oscilla tra 1008 e 1012; si riscontrano solo tracce di albumina; esistono sempre, quantunque in scarsa quantità, cilindri ialini e granulosi.

5 aprile. — Continua il miglioramento. L'infermo parla, ride, mangia volentieri; solo di tanto in tanto commette, a quanto riferiscono gli infermieri, qualche stranezza; butta l'acqua per terra, dice di non voler più conservare l'urina.

15 aprile. — L'infermo non presenta più alterazioni psichiche apprezzabili. E' in discrete condizioni di nutrizione, le mucose sono bene irrorate, non più cianotiche. Lingua umida, pulita. Non edemi. La punta del cuore batte al 6° spazio, all'esterno della mammillare; l'fatto è rinforzato; esiste lieve pulsazione epigastrica; non freniti; l'aria di ottusità cardiaca è lievemente aumentata, ma il ventricolo destro non deborda; alla punta si sente manifesto ritmo di galoppo; il 2° tono aortico è rinforzato; non si odono più soffi. Nell'urina si riscontrano tenui tracce d'albumina; il sedimento mostra cilindri ialini e qualche frammento di cilindri granulosi, scarsi leucociti, qualche cellula vescicale.

20 maggio. — L'infermo esce dall'ospedale, in apparenza completamente guarito. Non accusa alcun disturbo, è tornato alle condizioni psichiche abituali. Nell'urina esistono però sempre tracce minime di albumina e nel sedimento si riscontrano cilindri. E' sempre percettibile nettamente il ritmo di galoppo.

Riassumendo brevemente i fatti rilevati nel caso riportato, troviamo:

In un uomo di 58 a., affetto da nefrite cronica, si sviluppa, insieme con affanno e cefalea, una alterazione psichica in forma di uno stato confusionale, con allucinazioni gustative e olfattive e con idee deliranti, vaghe e slegate, di persecuzione. L'esame obiettivo fa rilevare polso teso, ipertrofia del ventricolo sinistro, manifesto ritmo di galoppo; l'urina contiene $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{100}$ di albumina, nel sedimento appaiono cilindri ialini e granulosi. Si interpretano tutti i sintomi, somatici e psichici, come legati alla alterazione renale e si sottopone l'infermo ad una cura adatta. L'affanno e la cefalea diminuiscono gradualmente, fino a sparire; i sintomi psichici vanno anche essi attenuandosi e si dileguano completamente in poco più di un mese. Simultaneamente diminuisce la quantità di albumina contenuta nelle urine, finchè se ne rilevano tracce appena apprezzabili.

Il rapporto fra i sintomi somatici dell'uremia e la sindrome mentale presentata dall'infermo non può assolutamente venir messo in dubbio. Mancava infatti ogni altra causa cui potesse venire attribuito il manifestarsi del disturbo mentale; i segni somatici e psichici insorsero, si accentuarono e regredirono con perfetto parallelismo; il complesso sintomatico mentale corrispondeva perfettamente a quello che comu-

nemente si osserva nelle intossicazioni; con un regime dietetico e terapeutico appropriato alla malattia renale si ebbe un rapido miglioramento, fino alla guarigione.

Ormai, del resto, come innanzi si è detto, è nota la possibilità dell'insorgere di disturbi mentali nel corso di malattie renali, ed i casi comunicati di vere psicosi uremiche sono sufficientemente numerosi. Le conoscenze che si hanno intorno ai disturbi mentali provocati da sostanze esogene tossiche (alcool, morfina, cocaina, ecc.) e tosoinfettive (deliri del tifo, del vaiolo, dell'influenza, ecc.) facilitano la interpretazione dei sintomi psichici legati all'uremia.

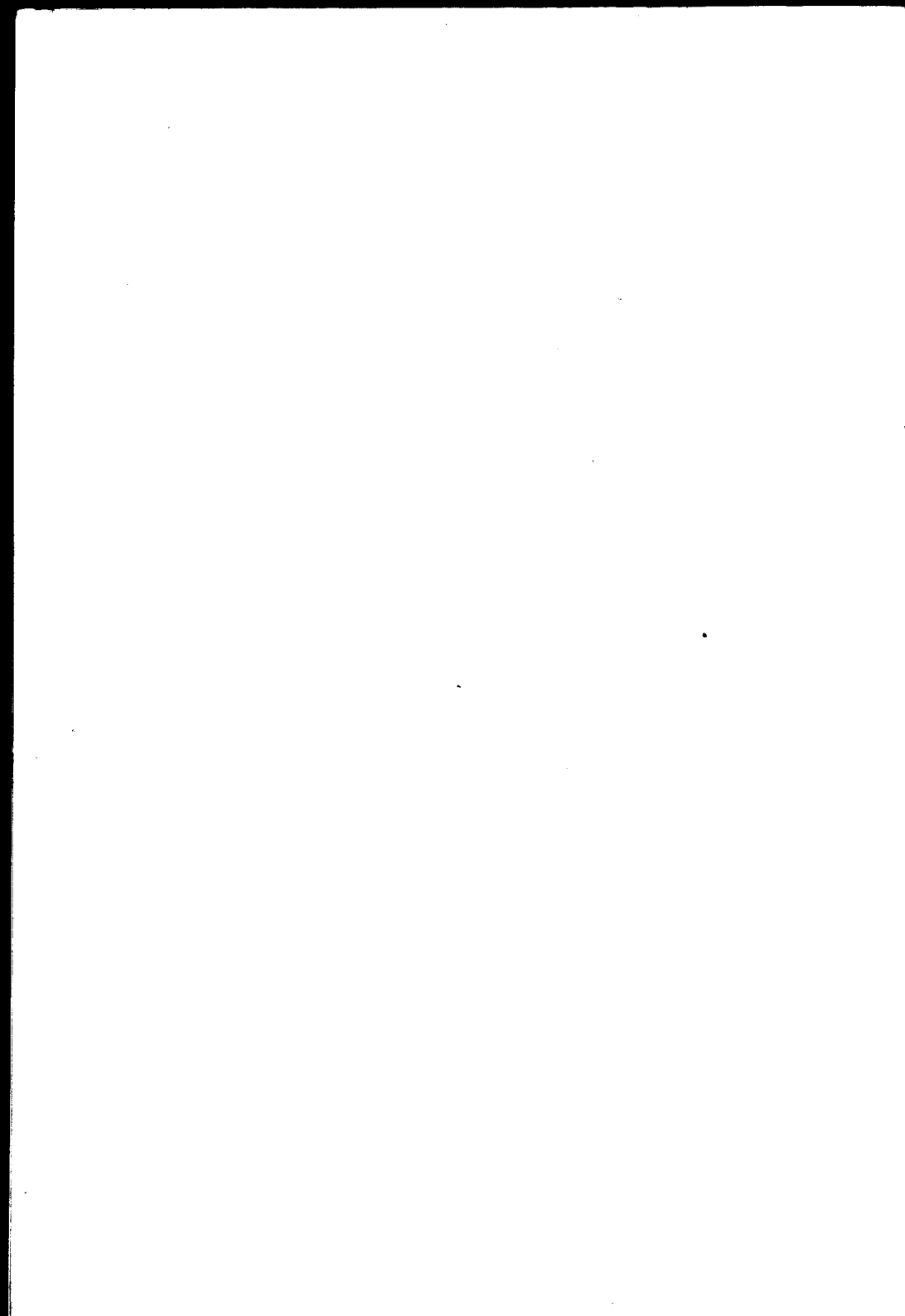
Come è noto, fatta astrazione dai casi, per lo meno rarissimi, in cui le alterazioni psichiche dei nefritici potevano venir riferite all'amaurosi (!) o, al pari degli stati crepuscolari post-epilettici, agli eccessi convulsivi (Bischoff (5)), sono stati invocati, a spiegare la genesi dei disturbi mentali, due fattori: l'edema cerebrale e l'intossicazione. All'edema dà importanza il Cantani (14); mentre invece il Lugaro (11) pensa che la presenza o l'assenza dell'edema cerebrale valga solo a modificare il quadro dell'affezione.

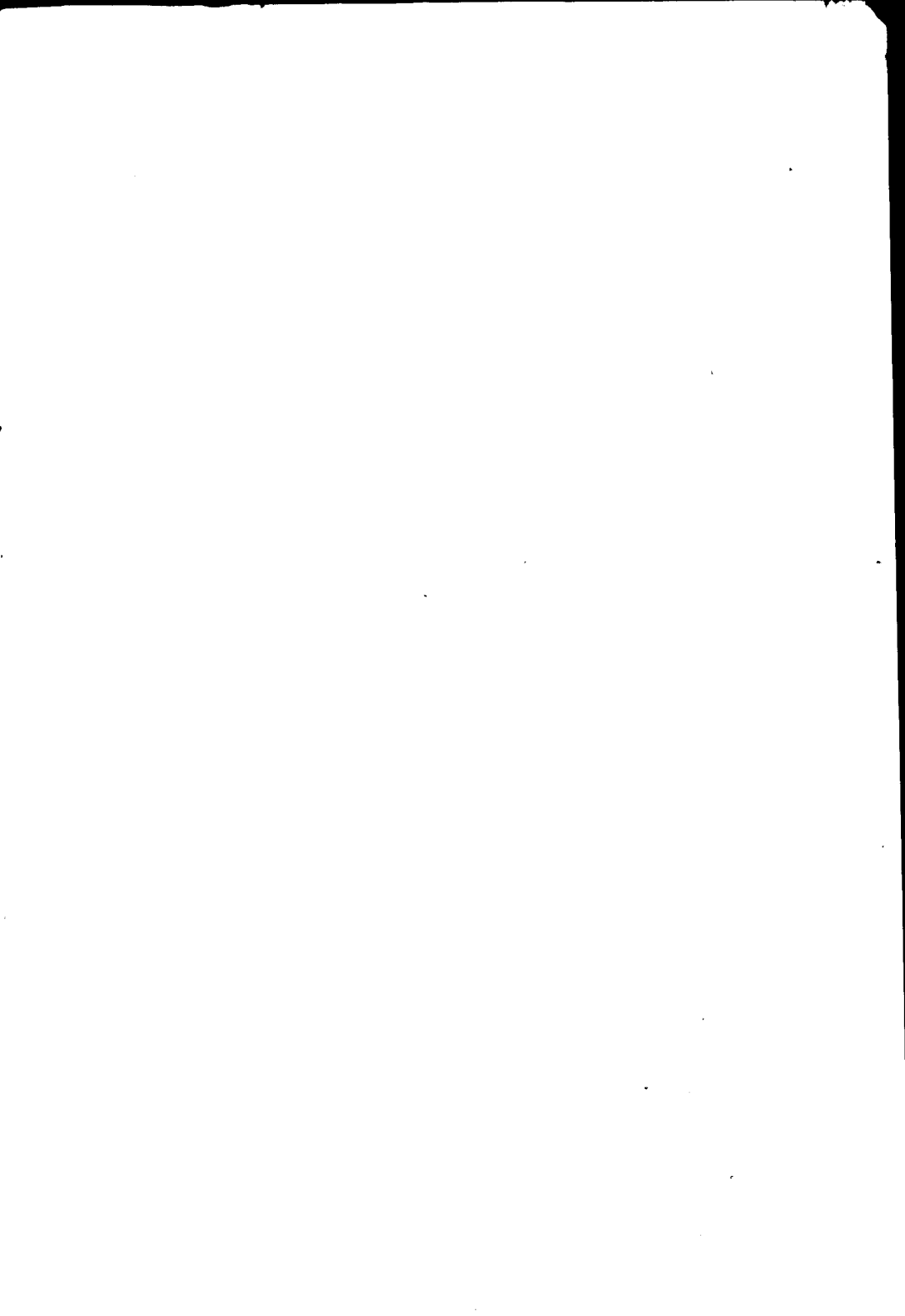
Il nostro caso, mancando il reperto anatomico, non autorizza a trarre conclusioni precise; ma la assenza di edemi constatabili nel resto dell'organismo, e i caratteri intrinseci della psicosi depongono a favore della ipotesi tossica.

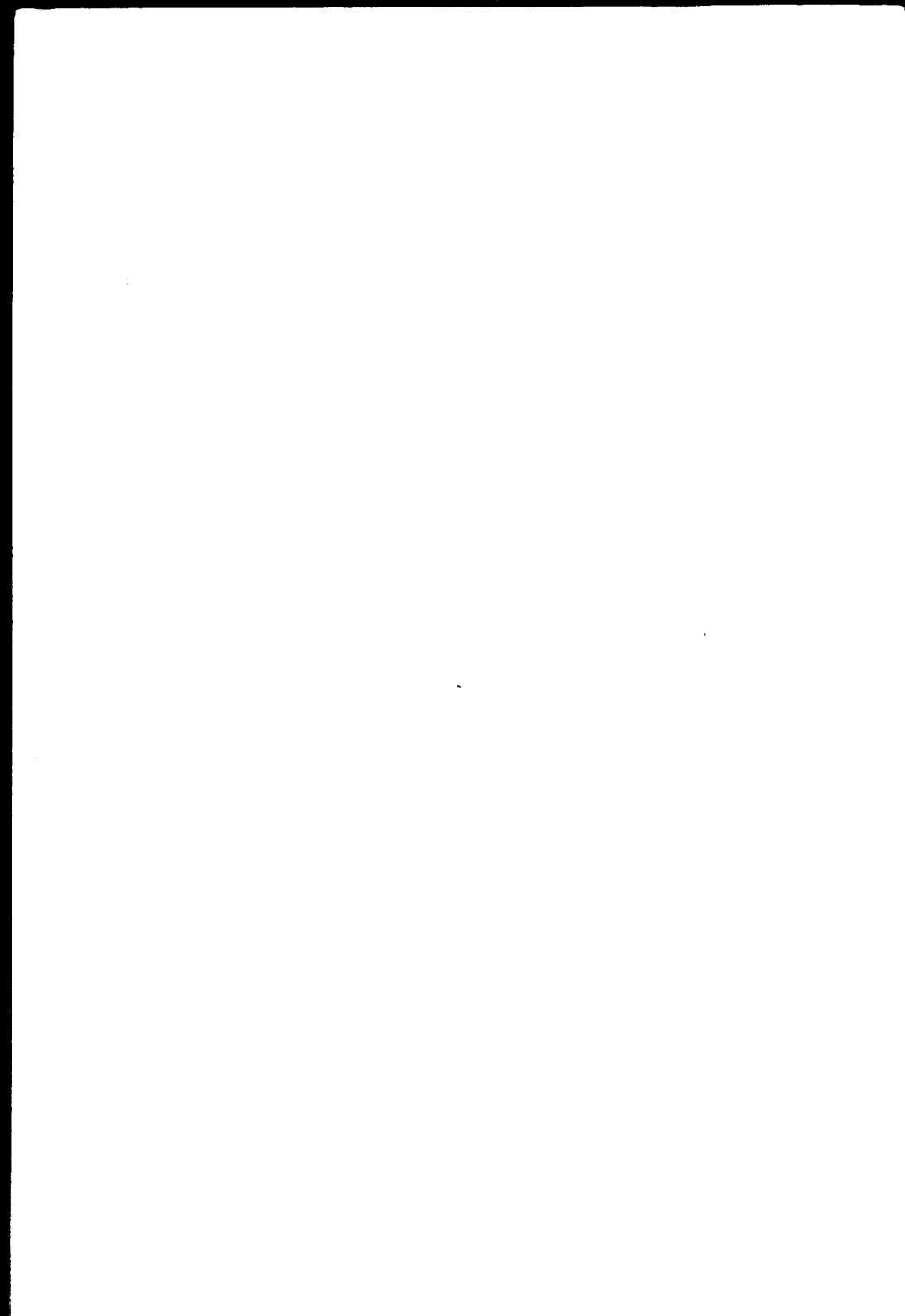
BIBLIOGRAFIA.

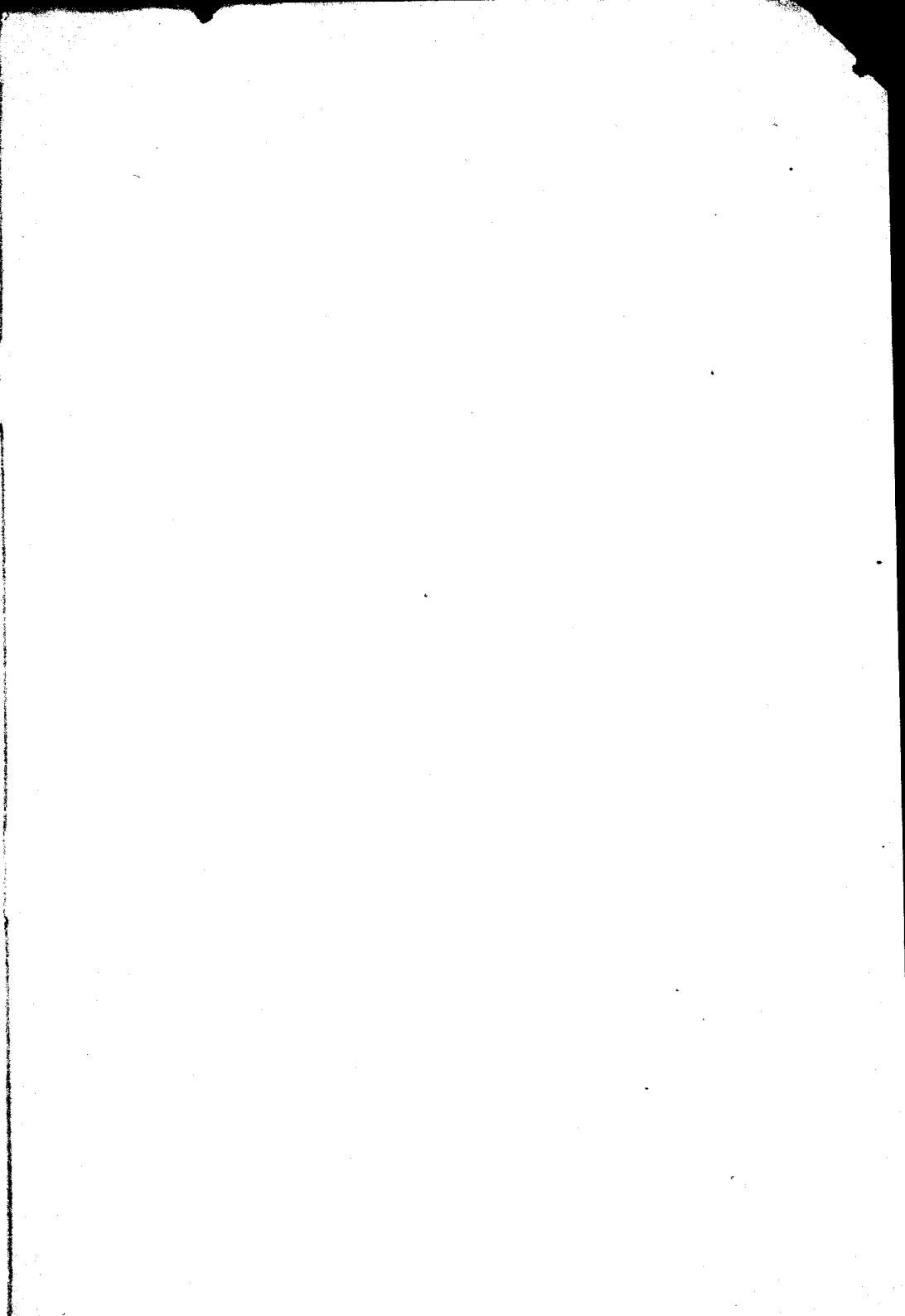
- (1) LASÈGUE. Arch. gén. de méd. 1852.
- (2) GRIESINGER. *Tratt. delle malatt. ment.* 1865.
- (3) HONIGMANN. Zeitschr. f. prakt. Aerzte 1896.
- (4) DIEULAFOY. Soc. méd. des Hôp. 1883.
- (5) BISCHOFF. Wiener klin. Wochenschr. 1898.
- (6) HAGEN. Allg. Zeitschr. f. Psych. u. ger. Med. XXXVII.
- (7) BRISSAUD. Sem. méd. 1893.
- (8) DE FLEURY. Sem. méd. 1899.
- (9) MAGGIOTTO. Rif. med. 1904.
- (10) SCHERB. Rev. neurol. 1902.
- (11) LUGARO. Riv. di pat. nerv. e ment. 1900.
- (12) COULONJOU. Annales méd. chir. du Centre. etc. 1905.
- (13) BALLET. *Traité des mal. ment.* Paris, 1903, p. 45.
- (14) CANTANI. L'arte medica, 1900.

57834









IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI | **FRANCESCO DURANTE**

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA
DI ROMA

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO
DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori Italiani e stranieri

si pubblica in tre Sezioni distinte:

Medica — Chirurgica — Pratica

IL POLICLINICO

chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA

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

che per sé 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 scienze mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze 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, speciali corrispondenze.

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 informato immediatamente, e una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quelli abbonati che si rivolgeranno al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno 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 o nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

alunque, 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 i più completi possibili e che meglio rispondono alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:

	Italia	Unione postale	estero
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica . . .	15	20	25
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica . .	15	20	25
3. Alle tre sezioni insieme	20	27	32
4. Alla sola sezione pratica	10	12.50	15

Un num. separato della **sezione medica e chirurgica Lire UNA**

Un num. separato della **sezione pratica cent. 50.**



Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio di ogni anno.

Il *Policlinico* si pubblica sei volte al mese.

La **sezione medica e la sezione chirurgica** si pubblicano ciascuna in fascicoli illustrati di 48 pagine, che in fine di anno formeranno due distinti volumi.

La **sezione pratica** si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine.