

## NORME REDAZIONALI

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore. Tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, che pubblica prevalentemente articoli sulla pediatria ambulatoriale e generalistica, per lo più di aggiornamento, ma anche su esperienze personali o di gruppo, o di riflessione, o di casistica ("Perché si sbaglia", "Rubrica iconografica", "Oltre lo specchio"), o di politica sanitaria, sono sicuramente molto graditi.

□ Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice: Medico e Bambino, via S. Caterina 3 34122 Trieste. Tel 040 3728911 Fax 040 7606590

È possibile l'invio anche per e-mail: [redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

□ Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura), oltre alle illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni). Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. La bibliografia va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta.

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore. Le lettere saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. Per le lettere è opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario, senza modificare la sostanza del contenuto.

### PAGINE ELETTRONICHE

Le pagine elettroniche di M&B ospitano

**Contributi originali** (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referee e, se accettati, pubblicati per estenso on line e in abstract su questa pagina verde ENTRO 60 GG DALL'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio in e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (citazione in ordine di comparsa nell'articolo, i primi 3 Autori, titolo, collocazione per volume, pagina, anno). L'abstract sarà elaborato in redazione. La sua traduzione in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione in estenso "on line". Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni. L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno). I contributori riceveranno 5 estratti della pubblicazione in estenso.

## Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 12 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 9 (50%), sono troppo difficili. Oppure voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### LETTERE

#### 1. La febbre da denti esiste?

a) No; b) Sì; c) Non si sa

#### 2. La ragade può essere sostenuta da una *Candida*?

a) Sì, a volte; b) No, mai; c) Una sovrainfezione da *Candida* è più la regola che l'eccezione.

#### 3. L'associazione *Mycoplasma-pneumococo* si verifica in 1/4 circa dei casi di broncopolmonite.

Vero/Falso

### BORRELIOSI DI LYME

#### 4. La *Borrelia burgdorferi*, agente eziologico della malattia di Lyme, è:

a) Una rickettsia; b) Una spirocheta; c) Un protozoo.

#### 5. Il suo ciclo nell'uomo e la patologia che produce assomigliano a quelli della lue.

Vero/Falso

#### 6. Il vettore della *Borrelia* è una zecca, lo *Ixodes ricinus*; vive sotto i 1500 metri di altitudine:

a) Nelle zone prative; b) Nelle zone boschive; c) Nelle zone paludose; d) In tutte e tre queste zone; e) In due soltanto di queste zone.

#### 7. In Italia, i focolai endemici sono:

a) L'entroterra ligure; b) Il Carso triestino; c) I Monti Nebrodi; d) Tutte e tre queste zone; e) Nessuna di queste zone.

#### 8. La lesione primaria, che si verifica in genere attorno al morso, è:

a) Il granuloma di inoculo, come nella lue o nella bartonellosi; b) Una macula che si espande formando un anello attorno alla sede del morso; c) Una lesione crostosa.

#### 9. Il periodo di incubazione che precede la comparsa della lesione dura:

a) Da pochi giorni a un mese; b) Due settimane; c) Una settimana.

#### 10. Le manifestazioni cliniche più comuni della malattia di Lyme sono:

a) L'artrite; b) Il blocco atrio-ventricolare; c) La paralisi del facciale; d) L'interessamento oculare (congiuntivite, cheratite, iridociclite); e) L'interessamento vestibolare con vertigine; f) La meningite; g) L'eritema migrante; h) Tutte queste; i) Tutte queste meno una.

#### 11. In presenza di una zecca adesa alla pelle è opportuno:

a) Farla staccare spontaneamente, avvicinando una fonte di calore; b) Farla staccare spontaneamente coprendola con olio o benzina, in modo da impedirle di respirare; c) Afferrala per la testa e staccare l'acaro strappandolo; d) Tutte queste metodiche vanno bene.

#### 12. Una volta constatato il morso di zecca, conviene prescrivere subito una breve terapia antibiotica

Vero/Falso

#### 13. Alla comparsa della lesione primaria o di un tipico eritema migrante conviene iniziare subito una terapia antibiotica.

Vero/Falso

#### 14. Le zecche (altre zecche) trasmettono anche:

a) Alcune encefaliti da artropodi; b) La febbre bottonosa mediterranea; c) La febbre delle Montagne Rocciose; d) Nessuna di queste; e) Tutte queste; f) Due sole di queste.

### FARMACORECENSIONI

#### 15. Nelle emorragie del tratto gastrointestinale è indicata:

a) La somministrazione di omeprazolo; b) La somministrazione di ranitidina; c) L'uno e l'altro farmaco vanno bene.

#### 16. Quattro settimane di trattamento con omeprazolo sono indicate:

a) Nell'esofagite da reflusso non recidivante (primo episodio); b) Nell'ulcera peptica Hp-positiva; c) Nell'ulcera peptica Hp-negativa; d) Nella sindrome di Zollinger-Ellison; e) In tutte queste condizioni; f) In tutte queste condizioni meno una.

### PAGINE ELETTRONICHE

#### 17. La discite richiede un trattamento:

a) Ortopedico; b) Antibiotico; c) Chirurgico.

#### 18. Gli indici di flogosi nella discite sono in genere:

a) Sempre francamente alterati; b) Moderatamente ma sempre alterati; c) Spesso limitati a un moderato aumento della VES con PCR normale.

## Risposte

LETTERE 1=c; 2=a; 3=Vero; BORRELIOSI DI LYME 4=b; 5=Vero; 6=e; 7=d; 8=b; 9=a; 10=i; 11=c; 12=Falso; 13=Vero; 14=e; FARMACORECENSIONI 15=c; 16=f; PAGINE ELETTRONICHE 17=b; 18=c