La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

JANUARY EDITION

In ricordo della scomparsa del Prof Mario Randelli, Filippo Calanna intervista il Dott. PierLuigi Gambrioli.

Tributo a Mario Randelli da parte della SICSeG per i suoi 90 anni.
Da sinistra a destra: Alex Castagna, Mario Randelli, Ferdinando Odella, PierLuigi Gambrioli e Pietro Randelli

Mario Randelli

Il Prof. Mario Randelli ha sviluppato il suo interesse per la chirurgia della spalla dall'inizio degli anni 80'. Fondatore della Società Italiana di Chirugia della Spalla e del Gomito (SICSeG), presidente prima della Società Europea della Chirurgia della Spalla e del Gomito (SECEC) e poi della S.I.O.T, ha rivoluzionato la chirurgia protesica di spalla, dando vita al primo sistema protesico di spalla italiano (SMR), ormai diffuso largamente in tutto il mondo. La sua lungimirante passione per la spalla ha creato una scuola di eccellenti chirurghi, a cui spetta adesso l'arduo compito di rinnovare e diffondere questi principi.

PierLuigi Gambrioli

Il Dott. Pierluigi Gambrioli, storico e fedele aiuto del Prof. Mario Randelli è stato presidente della SICSeG nel biennio 2003-2004, vivendo al fianco del Professore i momenti più importanti della sua carriera. Anche dopo il trasferimento del Professore in Humanitas , il dott. Odella ed il dott. Gambrioli hanno proseguito la tradizione della chirurgia di spalla presso l' Istituto Ortopedico Gaetano Pini, collaborando strettamente con i colleghi del gruppo di Humanitas. Ci è parso quindi lecito pensare a lui come testimone del lungo percorso chirurgico e scientifico del Prof. Mario Randelli, che grazie a questa intervista abbiamo voluto rievocare.

SIAGASCOT

La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

La triste notizia della scomparsa del Professor Mario Randelli ha lasciato a tutta la comunità ortopedica un vuoto che difficilmente verrà colmato. Possiamo oggi affermare che abbia creato una scuola che forma ancora nuove generazioni di specialisti nella Chirurgia della Spalla?

Con la sua scomparsa si chiude una stagione eccezionale nello sviluppo della chirurgia ortopedica. A chi resta spetta il compito di rinnovarla. Certamente la sua influenza si sentirà a lungo. La nascita e lo sviluppo più che ventennale della SICSeG lo conferma. L'interesse del Prof Mario Randelli per la chirurgia della spalla data dall'inizio degli anni 80, con pubblicazioni e ricerche in Italia e all'estero. Come in ogni impresa vi è una persona che prende le iniziative più significative riunendo coloro che si muovono verso il medesimo obiettivo. Quando nel 1992 ha fondato a Milano la Società Italiana di Chirurgia della Spalla e del Gomito chiamò come co-fondatori il Professore Lamberto Perugia, con il quale aveva concertato il progetto, e i Professori Luigi Celli di Modena e Franco Postacchini di Roma ognuno dei quali ha poi costruito un centro di eccellenza italiana ed europea per questa specialità chirurgica. Io per diversi anni sono stato il "giovane" Segretario della SICSeG , ragione per cui sono qui a rievocare una storia che ho vissuto dagli inizi, restando poi nella società con diversi compiti sino al 2012. La SICSeG , dalla sua fondazione ha sempre avuto dai trecento ai quattrocento iscritti, moltissimi dei quali sono oggi nomi autorevoli della chirurgia della spalla. Sarebbe un elenco troppo lungo ricordarli tutti, ma chi si interessa a questa patologia non può non conoscerli e credo che quasi in ogni servizio di ortopedia dove vi sia una chirurgia della spalla se ne possa trovare uno.

Chi sono stati i suoi più fedeli compagni di viaggio?

All'inizio, negli anni 80-90 eravamo principalmente il Dott. Odella , io e il Dott. Minola, in ordine di età. Nel 96 il Prof.Randelli, seguito da Minola, assunse la Direzione della Clinica Ortopedica di Humanitas a Rozzano ed il gruppo si scisse in due parti. Qualche anno dopo Minola, che dagli inizi si diede a sperimentare e sviluppare con grande perizia e passione le tecniche artroscopiche, ha proseguito questa attività nella SIA – di cui sarebbe diventato in seguito Presidente - lasciando la sua posizione nel gruppo ad Alex Castagna che ha valorizzato in tutti questi anni il prestigio della SICSeG in ambito europeo sino a giungere alla Presidenza della SECEC , ed ha ampliato il gruppo in Humanitas con numerosi altri eccellenti collaboratori.

Il Prof. Randelli ha rivestito anche cariche a livello Europeo e nella S.I.O.T. ?

Nel 1987 è stato nel primo nucleo di co-fondatori delle SECEC – ESSSE, la Società Europea della Chirurgia della Spalla e del Gomito, creata da Didier Patte e Norbert Gschwend. Ne divenne Presidente nel 1990-91 e nel tempo ha guidato una folta rappresentanza italiana che ha dato un notevole contributo nelle cariche degli organi direttivi della SECEC.
La Presidenza SIOT fu il naturale riconoscimento dell'importante contributo da Lui dato allo sviluppo della moderna chirurgia ortopedica, in un'epoca in cui l'affermarsi delle Superspecialità ha cambiato il volto della pratica ortopedica complessiva. Ebbe anche un ruolo rilevante sin dall'inizio nella OTODI, di cui in anni recenti curò l'edizione della rinnovata rivista scientifica Lo Scalpello.

La preziosa collaborazione con Gabriele Lualdi fondatore della LIMA e con l'ingegnere Paolo Dalla Pria diede vita alla protesi di spalla omerale e glenoidea modulare non cementata (SMR). Come si è giunti alla realizzazione del primo sistema protesico di spalla italiano, ormai diffuso largamente anche nel mondo?

In occasione dei suoi 90 anni il Professor Randelli ha voluto ricordare personalmente tutti i suoi collaboratori, e soprattutto la storia di quella che è stata la sua più importante realizzazione. Si tratta di una testimonianza umana e scientifica notevole, ed è stata pubblicata sul Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia (GIOT) nel (4) 2018. Io vorrei solo ricordare alcuni aspetti. Originariamente vi era solo la protesi anatomica di Neer, con o senza glenoide, capostipite di modelli simili. Attorno al 1987 il Prof. Grammont realizzò il progetto di una protesi inversa per spalle con artrosi degenerativa da rottura irreparabile della cuffia dei rotatori.

Il primo impianto della protesi anatomica modulare di spalla non cementata Mario Randelli è del 1993. L'evoluzione successiva ha portato nel 2000 al sistema modulare SMR che ha riunito la possibilità di costruire una protesi anatomica oppure una inversa su uno stelo ed una base glenoidea non cementata di sicura stabilità nel tempo. Questo sistema modulare integrato permette di correggere l'impianto con una chirurgia meno impegnativa in caso di protesi dolorosa, instabile, con cedimento di cuffia o errori di posizionamento. Chi fa oggi chirurgia protesica di spalla non ha bisogno di sentirsi sottolineare quanto sia importante avere un sistema protesico integrato come la SMR. Dal punto di vista ideativo e costruttivo il sistema protesi SMR è stato opera esclusiva del Prof. Randelli con una collaborazione, da lui sempre grandemente apprezzata, dell'ingegnere Paolo Dalla Pria, oltre, naturalmente, il meritorio impegno industriale della Lima. Questa protesi interamente italiana ha avuto una diffusione internazionale e quasi tutte le protesi di spalla sono oggi evolute a sistema protesico.

Ci racconta qualche aneddoto divertente riguardo la sua vita professionale?

Non saprei quale aneddoto divertente ricordare riguardo al Prof. Randelli. Posso accennare alla vita del gruppo che ha lavorato con lui. Tutto era caotico e appassionante in quegli anni. I primi Corsi di Chirurgia della Spalla e del Gomito, quasi interamente autogestiti dal 91 al 95, le relazioni a Congressi italiani ed Europei, le pubblicazioni dei libri di chirurgia della spalla ed altre collaborazioni internazionali furono un grosso lavoro di equipe, spesso con riunioni a casa del Professore che si protraevano anche sino a notte tarda. Si era tutti coinvolti in discussioni continue, in reparto e in sala operatoria con l'obiettivo di migliorare il trattamento in tutte le patologie di spalla e gomito. Eravamo in perpetua (ed anche un po' amichevolmente perfida) concorrenza tra di noi per chi avesse ricerche interessanti o idee migliori. Erano gli anni dell'inizio della artroscopia di spalla e gomito, della chirurgia protesica e della traumatologia di omero e scapola. Il risultato finale erano le tante nottate in bianco prima dei Corsi o dei Congressi , armadi interi di casistiche in diapositive ed infinite ore davanti al computer per assemblare i Power Point delle relazioni. Spesso far convivere tutto ciò assieme al lavoro quotidiano, creava un discreto nervosismo. Ma il Prof. Randelli era comunque sempre olimpico, sereno e rassicurante, come ogni vero Maestro.

Cosa lascia in eredità la sua lungimirante passione per la spalla?

È quasi limitativo ricordare solamente il pur grande risultato del Sistema Protesico di Spalla (SMR). Molto, direi quasi tutto l'essenziale, di quanto si fa oggi nelle sale operatorie in tutte le patologie di spalla degenerativa, instabile o traumatica, lo si potrebbe ritrovare nelle pubblicazioni e nelle locandine dei Congressi e dei Corsi che il Prof. Randelli e la SICSeG hanno organizzato negli anni e che hanno formato ormai un paio di generazioni di chirurghi ortopedici. Certamente alla generazione attuale spetta il compito di proseguire autonomamente questa strada. Tutto si rinnova e dal punto di vista tecnico il materiale e i device ortopedici progrediranno aprendo magari campi come la chirurgia robotica. Si può prevedere che diventerà sempre più importante la collaborazione con i biologi per il trattamento preventivo o riparativo delle malattie degenerative articolari e delle parti molli. Ma quando si penserà alla storia della chirurgia della spalla si ricorderanno i grandi precursori come Codman e McLaughlin , un padre fondatore come Neer o un grande sistematizzatore come Rockwood e, nella modernità, dagli anni 80 in poi, credo che il Prof. Mario Randelli sarà ricordato soprattutto come l'iniziatore di questo rinnovamento in Italia, ma anche più largamente nel mondo, assieme ad illustri colleghi italiani , europei , americani , giapponesi ed anche australiani che sarebbe lungo elencare e dai quali ebbe non solo la collaborazione e la stima scientifica, ma anche l'amicizia e l'ammirazione sincera.

Un sentito grazie a nome di tutto il Comitato Giovani SIAGASCOT al Dott Pierluigi Gambrioli, che, con grande passione e dedizione, ci ha concesso questa intervista.

La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

Il comitato giovani sfonda al congresso nazionale

È il giubilo nelle piazze, negli stadi e per le strade. In pieno periodo Coviddi si è tenuto il primo congresso della «neonata» SIAGASCOT: We are back, We are connected.
Il Congresso online ha visto, nonostante la modalità più distaccata del previsto, un afflusso record di circa 2500 visualizzazioni.
Durante il congresso, tra i vari focus-on e sezioni parallele, ha dominato la scena quello del comitato giovani, piazzandosi indiscutibilmente al primo posto sul podio.
Merito dell'arduo lavoro? Dell'interesse degli argomenti trattati? Dell'estrema avvenenza degli oratori e moderatori? Ai posteri l'ardua sentenza.

Carlo Francesco Minoli

GOLD AWARD WINNER

GOLD AWARD WINNER

GOLD AWARD WINNER

La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

NON SIETE RIUSCITI A VEDERE WE ARE BACK, WE ARE CONNECTED?

Non siete riusciti a vedere il congresso il 24 ottobre? Non siete riusciti a vedere le più di 20 sessioni parallele in contemporanea?
So che vi state già strappando i capelli, ma non disperate. Questo mese è in offerta la crescina su Amazon e soprattutto tutti i contenuti son stati registrati e sono disponibili sul sito della Siagascot per riguardarseli con tutta calma!

Carlo Francesco Minoli

LABO CRESCINA Isole Follicolari PLATE-LIKE COMPLEX 12 Capelli 1700 UOMO 20 Fiale

★★★★★ 3

~~139,00€~~

Spedizione GRATUITA

88,00€

29 Ott: Instabilità articolare: basic skills (Young Corner) – D-Meeting SIAGASCOT 2020 🥇

Instabilità articolare: basic skills (Young Corner) – D-Meeting SIAGASCOT 2020 Dall'evento We are back, we are connected SIAGASCOT del 24…

31 Ott: L'instabilità progressiva atraumatica nell'atleta LCM e LCL – D-Meeting SIAGASCOT 2020 🥈

L'instabilità progressiva atraumatica nell'atleta LCM e LCL – D-Meeting SIAGASCOT 2020 Dall'evento We are back, we are connected SIAGASCOT del…

31 Ott: Le tendinopatie della caviglia e piede nel paziente sportivo – D-Meeting SIAGASCOT 2020 🥉

Le tendinopatie della caviglia e piede nel paziente sportivo – D-Meeting SIAGASCOT 2020 Dall'evento We are back, we are connected…

La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

FALEGNAME O ORTOPEDICO?

Puntata numero 2 di: le viti, queste sconosciute. Ogni vite, per qualsiasi utilizzo la si applichi, presenta delle caratteristiche specifiche che ne differenziano funzione e proprietà.

- Dimensioni: per lunghezza e diametro esterno.
- Passo: distanza tra un filetto e il successivo. Viti con passo ampio (molta distanza tra un giro e il successivo) sono ideali per legni morbidi e osso spongioso. Viti a passo corto sono per legni duri, metallo e osso corticale. Una vite con passo ampio si affonda molto ogni giro, generando quindi poca forza lungo l'asse di affondamento, contrario per una vite a passo corto.
- Punta:

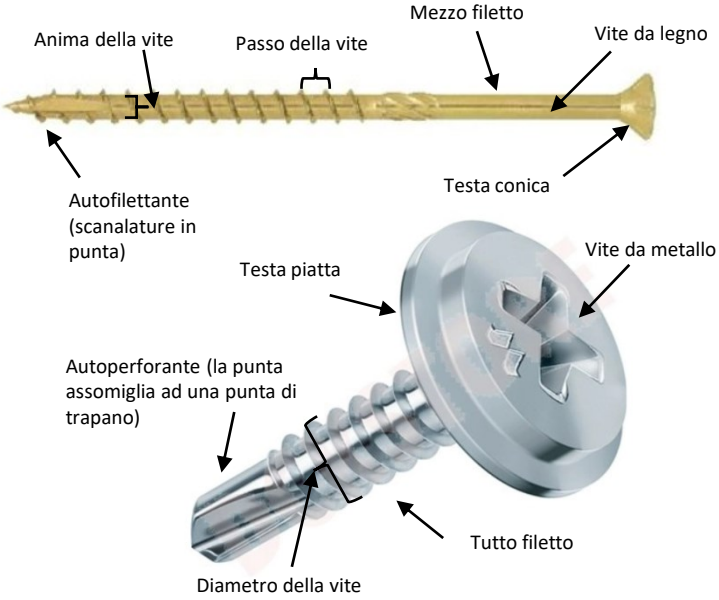
- Viti auto perforanti (non necessitano di pre-drilling). Il razionale di fare il pre-drilling è secondario alla forza di espansione che genera la vite mentre viene introdotta. Se il tessuto circostante è elastico il predrilling non è necessario, se il materiale è rigido l'anima della vite agisce da cuneo e genera fratture.

-Viti autofilettanti (non necessitano di maschiatura). I filetti della vite mentre la vite si affonda tagliano il tessuto circostante scavandosi un «maschio» sulle pareti del foro pre-creato. Più è rigido il materiale maggiore è la necessità di maschiatura o utilizzo di viti autofilettanti. Nell'osso spongioso non è necessario, come nell'abete. Per l'osso corticale pressoché tutte le viti sono autofilettanti, nel metallo è impossibile avvitare senza aver maschiato prima.

-Viti standard (bisogna fare il foro e la maschiatura prima di usarle).

- Anima e filetto: più è grande il rapporto filetto/anima maggiore è la rigidità della vite (minor rischio di rottura) ma minore è la tenuta del filetto (probabilità di «sfilarsi»). Il rapporto anima filetto è da mettere in relazione con il tessuto che si sta avvitando: osso spongioso e abete poca anima tanto filetto (vedi viti da spongiosa), osso corticale e metallo tanta anima poco filetto (vedi i bulloni). Il foro deve essere rapportato alle dimensioni dell'anima non della vite! Per questo nelle viti da 3.5 si fora 2.8.C
- Testa della vite: nelle viti da ortopedia la testa può essere liscia (viti libere o da compressione) o filettata (viti a stabilità angolare). Oltre alle note differenze tra le due, bisogna ricordarsi che le viti libere, avendo la testa conica, quando si affondano creano una forza a cuneo. Se l'osso è morbido, non è un problema, ma se l'osso è sclerotico rischia di generare fratture o non affondarsi la testa della vite. Per tale motivo, in alcuni casi, si svasa la sede di inserzione della vite. L'alternativa è usare una rondella, che di fatto rende piatta la superficie di appoggio della vite e determina inoltre una maggior area di distribuzione della forza in compressione. Per i legni duri si svasa sempre, per il metallo si usano, in genere, i bulloni che hanno la testa piatta.
- Tutto filetto/mezzo filetto: la vite tutto filetto stabilizza due componenti nella loro posizione, la mezzo-filetto comprime la parte più prossima alla testa della vite trazionando sulla porzione ingaggiata dalla parte filettata. NB le viti da compressione montate sulla placca hanno azione di compressione pur essendo tutto filetto. Ciò è dettato dal fatto che la testa della vite, che si rapporta con la placca, di fatto, fa il lavoro della componente non filettata nelle mezzo-filetto.

Carlo Francesco Minoli



La Gazzetta dello Specializzando
News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

THE FUNNY SIDE OF ORTHO

THE THROCKMORTON SIGN

Throckmorton sign, also known as **John Thomas sign**, refers to when the penis points in the direction of unilateral disease, typically of the pelvis or hip.

Throckmorton sign is a slang term used humorously by medical students and residents.

According to the first serious study of the sign published in 1988, the sign is less accurate than tossing a coin [2]. This finding was supported by another subsequent study and also a meta-analysis [5,7].

Il segno di Throckmorton (o John Thomas sign) risulta pertanto positivo quando in una Rx anteriore di bacino, effettuata con la cassetta a 1m e 15 con le anche intraruotate di 15°, il membro del paziente in questione punta verso il lato affetto da patologia.
Da una recente metanalisi pare che tale segno abbia una sensibilità e specificità ahimè leggermente inferiore a quella di un lancio di monetina[1].
Qui di seguito alcuni interessanti casi clinici.

Throckmorton sign positivo in paziente affetto da sindrome di Maffucci

Throckmorton sign positivo in paziente con distacco della SIAS

Throckmorton sign positivo in paziente affetto da osteomielite cronica dell'anca in free hip

Throckmorton sign falsamente negativo in frattura sottocapitata di femore sx

1) *Gerber L, Laher AE, Enyuma COA, McDowall J, Aigbodion SJ, Buchanan S, Adam A. The 'John Thomas' sign and pelvic fractures-Fact or humorous myth?: A systematic review and meta-analysis. (2019)* ***Journal of clinical orthopaedics and trauma.*** *10 (1): 161-166. doi:10.1016/j.jcot.2017.10.008 - Pubmed*

La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

ORTOQUIZ? ORTOQUIZ!

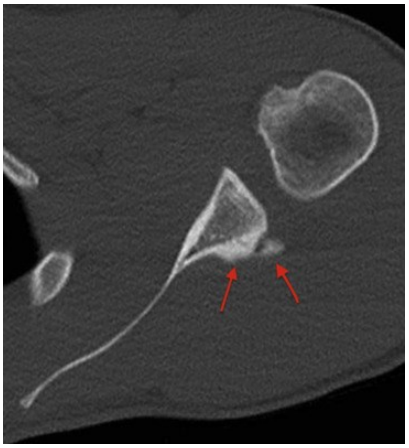
Caso Clinico

Ragazzo di 20 anni si presenta da voi riferendo di avere un dolore posteriore alla spalla soprattutto mentre fa sport.
Dice di essere un giocatore professionista per una squadra di baseball come lanciatore, e che si allena da quando era piccolo.

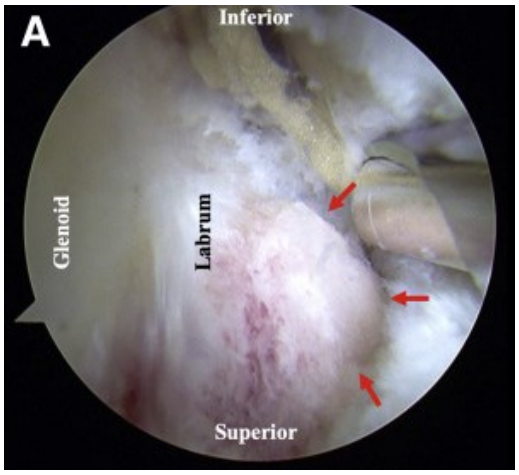
Clinicamente presenta una spalla con ROM completo, dolente in massima intrarotazione.
La spalla è stabile, negativi i test di Apprehension e Relocation.
Load and Shift ant e posteriore negativi, anche se al posteriore lamenta una sensazione di «fastidio/dolore».

Non vi sono segni clinici di lesioni di cuffia. O'Brien debolmente positivo.
Optate per far fare una Rx di spalla che mostra questo reperto radiografico.
Il paziente non riferisce episodi traumatici che si ricordi come particolarmente importanti.
Riferisce di non aver mai avuto, che si ricordi, una lussazione di spalla.

Alla luce della storia clinica e della rx, per far chiarezza sulla diagnosi richiedete uno studio TC di approfondimento.



Sulla base della clinica e dei reperti radiologici avete effettuato la vostra diagnosi.
Considerato che il paziente riferisce dolore persistente e limitazione nell'eseguire il gesto atletico optate quindi per il trattamento chirurgico artroscopico (di cui, guarda caso, salvate una schermata qui riportata).



L'intervento è un successo, il paziente torna a giocare come prima e tutti vissero felici e contenti.

Carlo Francesco Minoli

Qual è la diagnosi del paziente?

Soluzione a pagina 9

La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

Il nostro corrispondente dall'estero

lonely planet Of orthopedics!

CARTOLINA DAL MEDIO ORIENTE

Buongiorno a tutti, Sono Nicolò Cosmelli, specializzando all'ultimo anno a Milano, ho una gran passione per la trauma e ho avuto la fortuna di trascorrere l'ultimo anno a Gerusalemme. "Gerusalemme Gerusalemme o la fermata della metro?" mi chiedono i pazienti. Gerusalemme in Israele! In Israele, incredibile crocevia culturale tra Medio Oriente, Asia, Africa ed occidente, sono particolarmente orgogliosi dei risultati ottenuti in tre campi: nell'informatica, nel militare e nella medicina. Hanno consistenti risorse, una passione sconsiderata per la traumatologia e medici e chirurghi che dopo aver completato il loro training nei migliori ospedali del mondo fanno spesso e volentieri ritorno a casa. In ospedale ci sono medici israeliani, palestinesi, russi e occidentali che curano pazienti locali o dal resto del mondo. Un'armonia curiosa, in completo contrasto con le note tensioni fuori dalle mura del nosocomio. In origine dovevo trasferirmi con la moglie e con il mio adorato cane lupo cecoslovacco a Città Del Capo per un anno di traumatologia pediatrica. Poi, grazie al Prof Filippo Randelli, ho conosciuto il Prof Yoram Weil durante il corso AO trauma avanzato di Davos nel 2018. C'è stata subito grande intesa ed un cambio repentino di rotta con l'organizzazione di una Fellowship in traumatologia al Hadassah Medical Center, trauma center universitario di primo livello. Tutti in terra santa!

Il mio anno è stato diviso in 3 mesi di traumatologia pediatrica con il Dr Zaidman come tutor, successivamente 2 mesi di oncologia ortopedica con focus sulle fratture patologiche (con il Dr Omer Or) ed il restante periodo nel reparto di trauma, alla corte del Prof Rami Mosheiff e del Prof Yoram Weil. Il tutto sotto l'attenta supervisione del Prof Meir Liebergall. È stato un intensissimo anno di esperienza chirurgica In ambiente in cui la formazione del giovane specializzando è vissuta in stile bootcamp militare. Tanto studio, pratica, infinite discussioni di casi clinici, tanta altra pratica fino al raggiungimento dell'autonomia in sala operatoria. Quando lo specialista si fida dello specializzando non esita a lasciarlo in sala operatoria da solo. Alla riunione del mattino successivo si ha il severissimo feedback da parte dei capi. Ad maiora semper. Il giovane chirurgo deve essere "studiato", preparato e senza paura.
Ora son tornato a casa "al tempo del coviddi" e mi son ritrovato con i reparti del Gaetano Pini colmi di pazienti di trauma. Strano ma felice. Con gli adorati amici e capi di Gerusalemme ci si rivedrà per dei bei weekend di sci o a Davos alla fine di sta pandemia, speriamo non nel 2026.
Un abbraccio,
Nicolò

In foto, da sinistra a destra: Nicolò Cosmelli, Amit Davidson e Guy Feldman

«lo sparato» olio su tela, 2019, Amit Davidson

Nicolò Cosmelli e Menta (ci ha tenuto lui che la citassi)

La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

High-Tech **news for Residents**

Orthogers: come rendere la vita facile agli ortopedici

In Ortopedia, si sa, la clientela tendenzialmente non è esattamente di primo pelo.
E cosa affligge l'ortopedico medio che vuole approcciarsi, bisturi in mano, a questi pazienti di solito? No… non l'anestesista. Stavo parlando del fatto che il vacchietto/a in questione è scoagulato.
Che l'aspirinetta non vada mai sospesa ci siamo arrivati (credo), ma tutto il resto? Quanto prima devo stoppare il clopidogrel? Dopo quanti giorni faccio riprendere al paziente l'Eliquis? L'Edoxaban è una cosa che si mangia?
Fortunatamente le risposte a queste domande ci vengono fornite in maniera facile facile dai nostri amici dell'AO. Scaricatevi l'app Orthogers! In pochi click potrete dire con (finta) cognizione di causa di sapere davvero cosa state facendo.

AOTRAUMA ORTHOGERIATRICS

Mendeley: come rendere la vita facile ai ricercatori

Se vi è capitato di scrivere articoli scientifici certamente vi siete resi conto che la parte più complessa e frustrante (dopo la sottomissione al comitato etico) è certamente la creazione di una bibliografia. Le bibliografie sottostanno purtroppo in modo inderogabile a richieste spesso assurde, e tutte rigorosamente differenti, delle varie riviste. A darvi una mano c'è Mendeley.
Si tratta di un programma di (abbastanza) facile utilizzo, che vi permette, tramite una espansione per Chrome, di salvare le citazioni mentre si cercano gli articoli e successivamente inserirle nel vostro articolo. Ma, cosa più bella in assoluto, vi gestisce in automatico il formato specifico della rivista a cui è destinato l'articolo. E se dovete cambiare rivista? Un paio di click e la bibliografia è rapidamente aggiornata alle nuove astruse e confusionarie richieste della nuova rivista.

MENDELEY

Soluzione Ortoquiz

Si tratta di una lesione di Bennett: calcificazione della porzione posteriore del legamento glenomerale inferiore da microtraumatismi ripetuti.
Tutte le foto sono gentilmente offerte da questo articolo, dateci un occhio!

Arthroscopic Resection of Symptomatic Bennett Lesions
Author links open overlay panel Alexander M.VoM.Sc.[a]Kelly M.RogersM.Res.[a]Kevin F.BonnerM.D.[b]