

M. G. B. 73/ 7

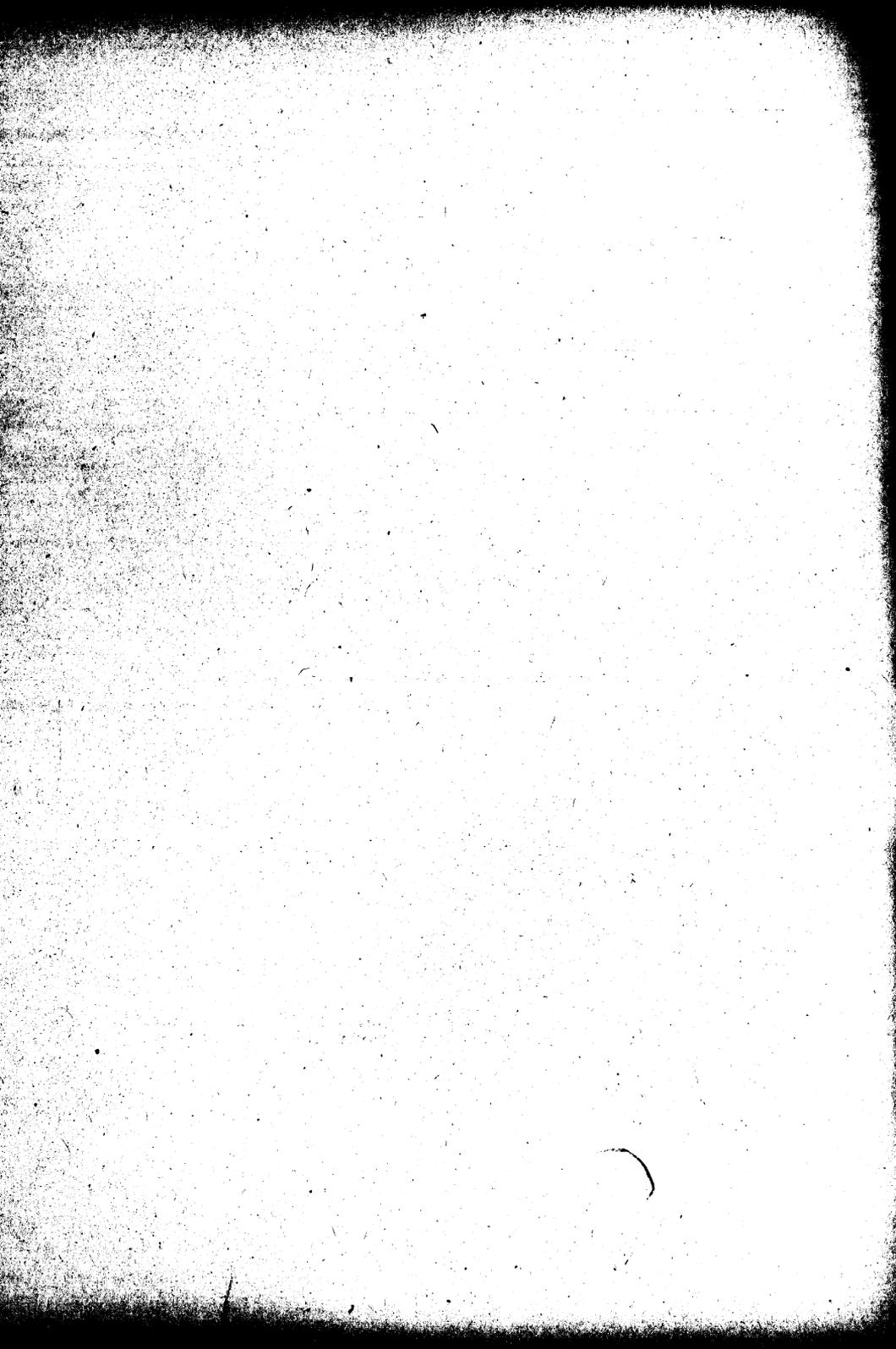
Dott. GIUSEPPE GRASSI

**SOPRA UN CASO DI ASCESSO PROFONDO
DELLA PARETE ANTERIORE DELL'AD-
DOME DI RARA EVOLUZIONE.**

Estratto dal **BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA**
Anno LXIX (1943) - Fasc. 7



DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1943

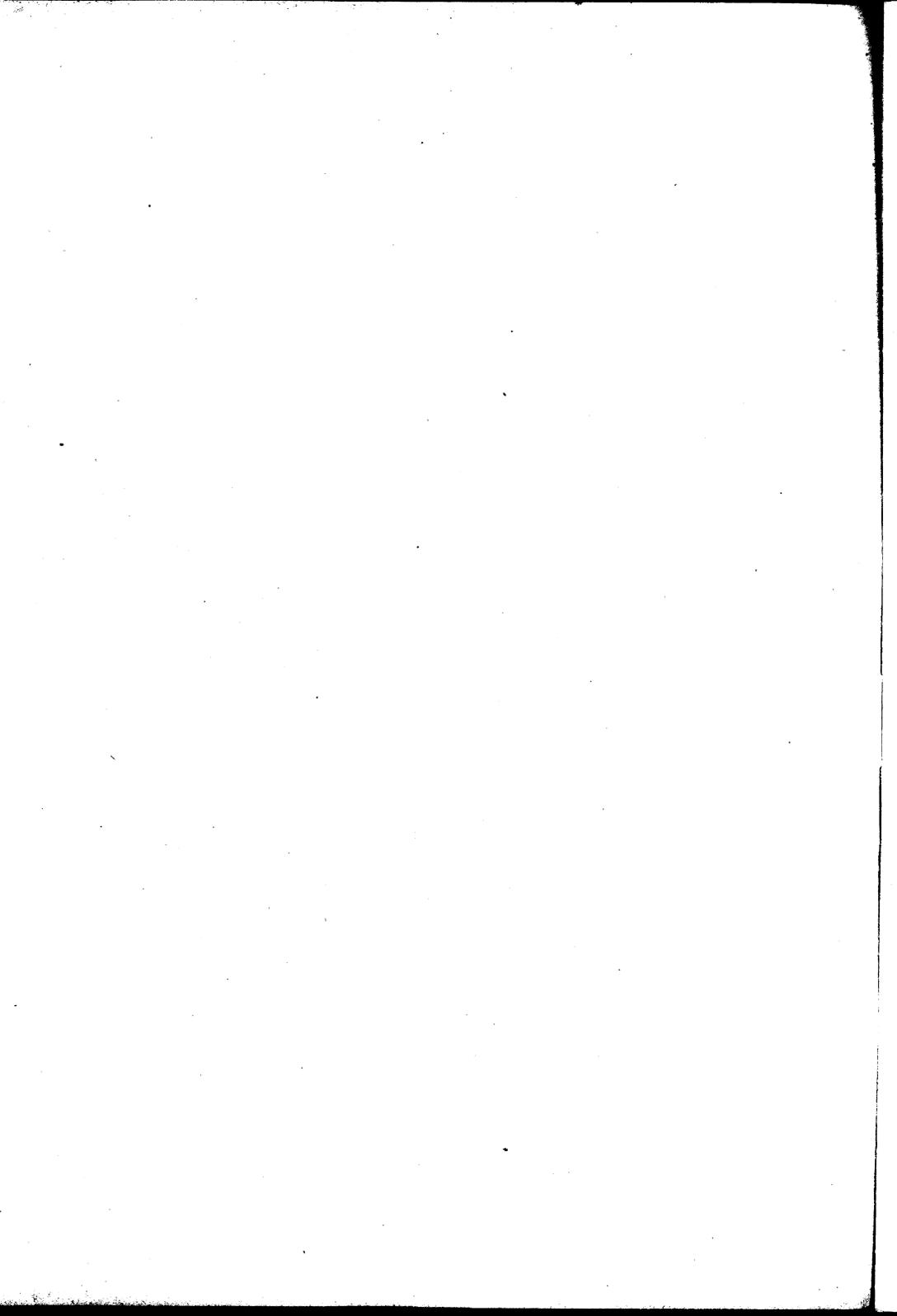


OSPEDALI RIUNITI DI ROMA - OSPEDALE DEL LITTORIO - PADIGLIONE MORGAGNI
Diretto dal PROF. C. ANTONUCCI

DOTT. GIUSEPPE GRASSI

SOPRA UN CASO DI ASCESSO PROFONDO
DELLA PARETE ANTERIORE DELL'ADDOME
DI RARA EVOLUZIONE

*Comunicazione alla Seduta del 30 luglio 1943
della Accademia Medica di Roma*



Presento un caso di ascesso profondo della parete anteriore dell'addome, localizzato al di dietro del muscolo retto di destra, nel tessuto peritoneale, in diretta continuità e vicinanza dello spazio prevescicale del Retzius.

La rarità di questa particolare localizzazione, di cui ebbe ad occuparsi per primo BERNUTZ nel 1850, la probabile origine ematogena, per via metastatica, del processo flemmonoso, giustificata dall'assenza di lesioni viscerali apprezzabili, l'eccessiva rarità dell'evoluzione della raccolta ascessuale, che dal tessuto peritoneale si è diffusa in profondità verso la grande cavità peritoneale, sono stati gli elementi che mi hanno indotto a rendere di pubblica ragione la osservazione di cui riporto i dati clinici ed operatori.

Ehde B., di a. 25, d. d. c., coniugata con 1 figlio.

Nulla nei precedenti familiari.

Mestruada regolarmente dall'età di 15 anni, senza alcuna alterazione nel ritmo, nella quantità e nella qualità.

Nulla di speciale nell'anamnesi patologica remota.

Da 15 giorni la p. accusa dolori continui ai quadranti inferiori dell'addome, più particolarmente a quello di destra. I dolori sono persistiti quasi immo­dificati, con lievi remissioni, senza speciali irradiazioni, e sono stati sempre accompagnati da modica febbre, sui 37,5-37,8. Negli ultimi tre giorni i dolori si sono accentuati, è comparso vomito, e la febbre si è innalzata. L'alvo è stato in questo periodo stitico; l'urinazione sempre regolare.

Entra in Ospedale il 18-4-42.

Esame obiettivo. — Condizioni generali discrete. Sensorio integro. Decubito preferito supino. Cute e mucose visibili rosee. Pannicolo adiposo discreto. Sistema linfoglandolare indenne.

Lingua umida, patinata. Faringe normale con modica ipertrofia delle tonsille. Dentatura sana.

Polso 98, ritmico, uguale, a pressione apparentemente normale.

Temperatura: 38°; respiro: 24.

Torace e cuore: nulla di speciale.

Addome: non meteorico, indolente e trattabile nei quadranti superiori. I quadranti inferiori sono dolenti e particolare dolenza si suscita alla palpazione della fossa iliaca destra, ove si apprezza contrattura muscolare. La difesa è qui

accentuata e non permette, nemmeno con la palpazione più delicata, di esplorare gli organi intraddominali. Invitando la p. a respirare profondamente si riesce soltanto ad apprezzare, nell'istante di minore contrattura, un impacco profondo circoscritto alla fossa iliaca destra in prossimità della linea mediana.

Gli organi ipocondriaci si delimitano normalmente e il sistema nervoso appare in ordine.

Sulla base dei criteri anamnestici ed obbiettivi si decide di intervenire con diagnosi di ascesso di origine appendicolare.

Atto operatorio (18-4-42: Dott. GRASSI).

R. A. novocainica regolare.

Incisione di Mac Burney.

Aperto il peritoneo si rileva il segmento ileo-cecale in sede normale, con appendice apparentemente indenne, senza segni di processi infiammatori in atto o pregressi. In basso e in vicinanza della linea mediana, all'altezza dell'ipogastrio, si apprezza un impacco costituito da omento, della grandezza di un grosso uovo, che aderisce alla parete addominale. Le anse intestinali sono libere e senza alcun segno di flogosi. L'esplorazione degli organi genitali fa riconoscere l'utero e gli annessi normali. Previa appendicectomia e accurata difesa della cavità addominale con pezze e lunghette tutt'intorno all'impacco omentale, si apre una raccolta purulenta, che era delimitata dall'omento e si svuota con l'aspiratore. Qualche goccia di pus si preleva a parte per l'esame batteriologico. La cavità ascessuale, esplorata digitalmente, si porta nello spessore della parete addominale, al di dietro del muscolo retto di destra, dove si scava ampiamente in superficie. Si reseca un tratto di omento necrotico che delimitava posteriormente la cavità ascessuale e si tampona questa con un tampone provvisorio per aprire dal davanti la parete anteriore dell'ascesso. Per far ciò si prolunga la incisione di M.B. con un taglio trasversale esteso dall'estremo inferiore della M.B. alla linea mediana si apre la linea alba, si penetra, dopo aver superato lo spazio soprapubico, nello spazio prevescicale di Retzius, si scolla nel tessuto properitoneale verso destra e si riconosce *de visu* la cavità ascessuale, la cui parete anteriore è costituita dalla fascia transversalis ispessita. La cavità, della grandezza complessiva di un pugno, era scavata in gran parte nel tessuto properitoneale, delimitata da aderenze infiammatorie, e in piccola parte si affacciava nella cavità peritoneale dove veniva delimitata posteriormente e ai lati dall'omento. La apertura nel peritoneo era contrassegnata da un foro circolare, del diametro di 3-4 cm. Si tampona allora con tubi e garza iodiformica, facendo fuoriuscire i drenaggi che pescano nella grande cavità addominale dalla parete anteriore dell'ascesso, e si chiude così totalmente la incisione di M.B.

Ad un successivo ed accurato interrogatorio della malata per indagare se nella storia esistesse il focolaio iniziale d'origine della cavità ascessuale, risultò che nessun disturbo urinario, nè altre sofferenze a tipo intestinale aveva sofferto la paziente; inoltre nessun trauma di una certa entità aveva colpito le pareti dell'addome. Esisteva soltanto nella storia recente che 20-30 giorni prima dell'ingresso in Ospedale aveva notato la comparsa di 2-3 foruncoli sulla cute

dell'avambraccio che sparirono dopo qualche giorno. All'infuori di questo episodio passeggero, la p. non ha sofferto recentemente di altre localizzazioni cutaneo-mucose di processi infiammatori sia pure di lieve entità.

Esame urine. — P. S. 1018. Albumina e Zucchero: assenti. Sedimento: nulla di patologico.

L'esame batteriologico del pus dimostrò lo sviluppo di numerose colonie di stafilococco aureo.

Decorso post-operatorio: regolare. La paziente fu dimessa completamente guarita in 42° giornata.

I flemmoni e gli ascessi della parete anteriore dell'addome sono stati variamente classificati a seconda dei criteri patogenetici o di quelli anatomo-patologici.

Nei vecchi trattati, seguendo il criterio della sede, si sono distinti in *flemmoni superficiali*, *flemmoni intramuscolari* e *flemmoni sottoperitoneali*.

GUINARD fa una principale classificazione, basata sul criterio patogenetico in *flemmoni di origine esterna* e *flemmoni di origine interna*.

I primi, nei quali i germi provengono dall'esterno, sono quelli secondari ad una lesione infettiva della pelle (eczema, foruncoli...) o ad una ferita accidentale oppure operatoria con ritenzione o meno di corpi estranei (scheggie, fili di seta ecc.) e possono essere superficiali o profondi.

I flemmoni di origine interna che sono sempre dei flemmoni profondi, possono rappresentare o la manifestazione locale di un'infezione generale oppure, come più frequentemente accade, sono propagati per vicinanza da un viscere vicino malato. I flemmoni di origine interna vengono distinti da GUINARD, per la sede, in *ascessi dei muscoli retti* e *ascessi della loggia del Retzius*.

DONATI, seguendo un criterio rigidamente anatomico, fa la seguente classificazione :

- 1) *ascessi e flemmoni superficiali, distinti in circoscritti e diffusi;*
- 2) *ascessi situati nella guaina del muscolo retto;*
- 3) *ascessi dello spazio soprapubico;*
- 4) *ascessi dello spazio prevescicale;*
- 5) *ascessi properitoneali, ascessi sotto-ombelicali.*

BOPPE, seguendo parimenti il criterio anatomico, distingue :

- 1) *ascessi e flemmoni superficiali del tessuto cellulare sottocutaneo;*
- 2) *ascessi e flemmoni della guaina dei retti;*
- 3) *flemmoni dello spazio prevescicale o flemmoni del Retzius con la sottoclasse dei flemmoni di Heurteaux;*

4) *flemmoni del tessuto cellulare sotto-peritoneale (flemmoni del Bernutz).*

Dal punto di vista patogenetico credo che sia molto utile la classificazione di GUINARD in flemmoni di origine esterna e flemmoni di origine interna. Essa ci dà la separazione netta fra due classi di raccolte ascessuali della parete dell'addome che clinicamente vanno inquadrati differenzialmente, in relazione non soltanto al meccanismo patogenetico, ma anche alla sorgente dell'infezione. I flemmoni di origine interna, che sono quelli che qui c'interessano direttamente, rivestono una fisionomia particolare, potendo essi spesso conferire al quadro clinico l'importanza dominante, in quanto il processo originario, da cui i germi sono partiti, o sfugge all'osservazione, o è spento, o è molto limitato da passare in seconda linea.

Dal punto di vista anatomico, seguendo l'anatomia della regione, e prescindendo dalle flogosi superficiali, ritengo opportuno, semplificando, considerare:

- 1) *i flemmoni della guaina dei retti distinti in premuscolari muscolari e retromuscolari;*
- 2) *i flemmoni properitoneali;*
- 3) *i flemmoni dello spazio prevescicale, dei quali fanno parte i cosiddetti flemmoni di Heurteaux.*

I flemmoni e gli ascessi della guaina dei retti possono essere situati al di sopra o al di sotto dell'ombelico. Quelli situati al di sopra derivano il più spesso dalla suppurazione di un ematoma per rottura muscolare, e ciò è stato oggetto di numerosi lavori per spiegarne la patogenesi. Quelli situati al di sotto, oltre che da suppurazione di ematomi spontanei o provocati, possono essere dati da miositi suppurate, come manifestazione metastatica di stati infettivi gravi o leggeri (tifo, setticemie, foruncolosi, affezioni infiammatorie cutaneo-mucose ecc.).

Quando l'ascesso è sviluppato fra il muscolo e la guaina, è quasi sempre retromuscolare, poichè è nello spazio retromuscolare che il processo trova una loggia facilmente scollabile e lassa, mentre nello spazio premuscolare, per le aderenze intime della guaina alle intersezioni tendinee del muscolo, il pus trova condizioni di sviluppo poco favorevoli.

Nei flemmoni della guaina dei retti riteniamo di comprendere quelli che da talune classificazioni sono indicati a parte col nome di flemmoni dello spazio soprapubico (spazio di Charpy-Leusser). È noto infatti che lo spazio soprapubico di Charpy-Leusser fa parte della loggia retromuscolare dei muscoli retti, essendo formato dal divaricamento in basso del muscolo retto e della fascia transversalis, i quali si allontanano l'un l'altro

progressivamente per terminare il primo innanzi al pube, la seconda sul labbro posteriore del margine superiore dello stesso osso. I flemmoni che si sviluppano in questo spazio pertanto debbono essere compresi nei flemmoni della guaina dei retti in quanto si sviluppano nel tessuto areolare che dipende dallo strato areolare perimuscolare che circonda il muscolo stesso.

Anche dei flemmoni propperitoneali bisogna distinguere quelli sopra-ombelicali e quelli sotto-ombelicali. Diciamo senz'altro che i sopra-ombelicali il più spesso rappresentano uno stadio evolutivo di un flemmone pericolecistico, meno spesso pericolico, ed è importante il ricordo di questa evenienza per individuare l'origine di certe raccolte ascessuali sopra-ombelicali, divenute da profonde superficiali, e che potrebbero sembrare a prima vista apparentemente primitive.

I flemmoni propperitoneali sotto-ombelicali si confondono, nei limiti della regione dei muscoli retti, con i flemmoni prevescicali, poichè ci è noto dall'anatomia che lo spazio prevescicale del Retzius, delimitato in addietro dalla fascia ombelico-prevescicale estesa in senso trasversale da un'arteria ombelicale all'altra e nel senso verticale dall'ombelico al pavimento pelvico, e in avanti dal foglietto posteriore della guaina dei muscoli retti (fascia transversalis), comunica lungo i suoi margini con lo spazio propperitoneale, rendendo quindi molto facile il diffondersi verso questa regione degli ascessi originati nella cavità prevescicale e inversamente.

Nel nostro caso appunto si trattava di una localizzazione ascessuale nello spazio propperitoneale di destra, al di dietro della fascia transversalis, a metà strada fra ombelico e sinfisi pubica, in diretta continuità dello spazio prevescicale.

E per quanto riguarda i flemmoni dello spazio prevescicale propriamente detti, è stato considerato (CRESCENZI, AVERSENQ) un flemmone pericistico e uno extracistico. Il primo consiste in una raccolta che si forma attorno alla vescica e che si accompagna sempre con disturbi della urinazione. Il secondo, l'extracistico, sarebbe quello a sviluppo più netto della parete dell'addome, localizzato al davanti della fascia ombelico-prevescicale, senza o con pochi disturbi dell'urinazione, per gli scarsi o assenti rapporti di vicinanza con la vescica. CRESCENZI propose di sostituire al termine di flemmone extracistico quello di cellulite prevescico-pelvica.

A prescindere da queste classificazioni, che in verità sono piuttosto artificiose, i flemmoni prevescicali ripetono per la loro sede le disposizioni anatomiche dello spazio, il quale è diviso in logge secondarie da sepimentazioni che sono state ben studiate da CHARPY e AVERSENQ. Importanti i sepimenti trasversali, in numero di due, uno alto situato al di

sotto dell'ombelico, delimitante una piccola loggia superiore nella quale si sviluppano i flemmoni superiori dello spazio prevescicale, già descritti col nome di flemmoni di Heurteaux, e un altro basso, retropubico, delimitante una loggia nella quale si sviluppano i flemmoni pelvici, retro e sotto-pubici.

Per quanto riguarda la patogenesi, considerando i flemmoni di origine interna in cui il nostro caso va compreso, e mettendo da parte le discussioni patogenetiche che riguardano la primitività o meno e i rapporti con un trauma o meno delle raccolte ascessuali a carico del retto (miostite suppurata? ematoma dovuto alla rottura del muscolo malato? flemmone « essenziale » della loggia del muscolo?), accenniamo che i germi della suppurazione arrivano negli strati profondi della parete dell'addome o per via metastatica ematogena, oppure per contiguità e per via linfatica da organi vicini malati (visceri addominali, vescica, uretra, prostata ecc.). L'ascesso si può costituire cioè con due meccanismi differenti, o come manifestazione locale di un'infezione generale, che talora può essere anche molto lieve, ovvero come infezione diretta dovuta alla vicinanza di un organo malato.

Nel primo meccanismo, che è il più raro, rientrano i flemmoni e gli ascessi nel decorso di qualsiasi sepsi, particolarmente in quella tifoidea. Sono stati descritti casi di ascessi profondi della parete addominale, oltre che in decorso di tifo, nell'infezione peurperale, nell'erisipela (DUPLAY), nella parotite, nella foruncolosi (SCRIBA), nell'ascesso dentario (SCRIBA), nel pateruccio (HARTMANN). Gli ascessi nel corso di un tifo o di un paratifo sono stati visti anche in periodo di convalescenza e in qualunque sede (loggia dei muscoli retti, properitoneali, prevescicali).

Più frequente però è il secondo meccanismo, cioè quello per il quale l'ascesso è alle dipendenze di malattie dell'apparato digerente o dell'apparato uro-genitale.

Una lesione intestinale, ad es. (ulcerazione banale o specifica) può, contraendo l'ansa aderenze con il peritoneo parietale anteriore, rappresentare la porta d'ingresso dell'infezione. Alcuni hanno pensato che questo fosse il meccanismo di formazione degli ascessi nel corso del tifo, e a sostegno di queste ipotesi hanno richiamato il fatto che spesso l'ascesso, quando è della loggia dei retti, si forma al di sotto della linea semi-circolare del Douglas, laddove il muscolo è sprovvisto di aponevrosi posteriori. Comunque per gli ascessi della guaina dei retti di origine eberthiana, osservazioni e studi accurati (LABUZE, ZENKER, SABRAZÈS e PANZAT ecc.) hanno dimostrato che cause traumatiche minime agiscono nel corso del tifo sul muscolo retto in istato di degenerazione granulare e ialina

determinandone la rottura: l'ematoma che ne risulta suppara per l'intervento dei bacilli di Eberth e l'ascesso è costituito.

Anche le ulcere dello stomaco, quelle della parete anteriore in specie, possono penetrando nello spessore della parete dell'addome, dar luogo alla formazione di flemmoni e ascessi.

Il fegato e la colecisti sono spesso in causa; non è del tutto raro osservare raccolte ascessuali profonde prima e successivamente superficiali dell'ipocondrio destro, dell'epigastrio o periombelicali, che prendono origine da una colecistite suppurata o da un ascesso del fegato (POISSON).

Anche l'origine appendicolare è segnalata in alcuni casi con lo stesso meccanismo della propagazione da vicinanza (MAYERSON, GRANT, FRANCKE, BOPPE, FASANO, GIULIANI.....).

Infine vanno ricordate le infezioni uro-genitali, che assumono importanza speciale per i flemmoni e gli ascessi del Retzius e per quelli properitoneali bassi. Si tratta di cistiti e pericistiti, di infezioni prostatiche, uretrali, di suppurazioni degli annessi ecc. (CASTANEDA Y CAMPOS, BOULLY, AVERSENQ, CRESCENZI.....).

Flemmoni della regione ipogastrica, a sviluppo perivescicale, inoltre, sono stati descritti in seguito ad osteomielite ed osteite traumatica del pube (OMBRÉDANNE, SOLIERI, ZOLI, GIULIANI...).

Prendendo in esame il nostro caso, riteniamo che nessuna lesione di vicinanza è stata osservata operatoriamente: il cavo addominale, che è stato possibile, mediante l'incisione di M.B. eseguita in relazione alla diagnosi di ascesso appendicolare, dominare con la vista prima dello svuotamento dell'ascesso, si è presentato, all'infuori del tratto di grande omento aderente alla parete anteriore dell'addome e costituente la parete posteriore della raccolta properitoneale, normale; sana si è presentata l'appendice e nessuna ansa intestinale aderiva alla parete o all'omento, sicchè si potè escludere l'origine intestinale; parimenti per la normalità assoluta, macroscopicamente rilevabile, degli annessi e dell'utero si potè escludere l'origine utero-annessiale. Infine l'origine vescicale è stata esclusa con l'interrogatorio della malata e con gli esami di laboratorio, che non fecero mettere in evidenza alcunchè di patologico a carico delle vie urinarie.

Indagando sulla eventuale presenza di processi infiammatori a distanza, in atto o pregressi, che potessero giustificare un'infezione sia pure leggera, e quindi la possibilità di una localizzazione metastatica sulla parete dell'addome, abbiamo trovato soltanto la presenza di una leggera foruncolosi dell'arto superiore destro sofferta una diecina di giorni prima dell'inizio dei sintomi acuti addominali.

In assenza pertanto di altra spiegazione patogenetica, dobbiamo ammettere che presumibilmente il foruncolo sia stato la porta d'ingresso dello stafilococco, germe che è stato individuato nel pus della raccolta ascessuale, senza peraltro voler escludere con ciò la possibilità che un'infezione di vicinanza minima, sfuggita all'osservazione, sia stata la causa del processo.

Abbandonati a sè stessi, i flemmoni profondi della parete dell'addome, dopo essersi diffusi in superficie per una certa estensione, tendono in genere a migrare verso gli strati più superficiali sino alla pelle. I flemmoni della guaina dei retti possono talora diffondersi nello spazio properitoneale e nello spazio prevescicale. Quelli prevescicali e properitoneali tendono ad aprirsi all'ombelico; talora però possono farsi strada verso le fosse iliache, verso il canale crurale o anche in addietro verso lo spazio pelvi-rettale superiore o le fosse ischio-rettali. Possibilità più rare sono l'apertura in vescica ovvero addirittura l'apertura nella grande cavità peritoneale, preceduta magari come nel nostro caso da aderenze omentali costituendosi così una peritonite circoscritta. Nel nostro caso l'ascesso era scavato in massima parte nello spazio properitoneale, raggiungendo medialmente lo spazio prevescicale, lateralmente il margine esterno del muscolo retto di destra e si prolungava attraverso un'apertura del peritoneo del diametro di 3-4 cm. nella parte affatto anteriore del cavo addominale, ove era delimitata posteriormente e lateralmente dal grande omento. Ne veniva così come un ascesso a bottone di camicia di cui la porzione parietale, presumibilmente anzi con quasi certezza, stante l'assenza di lesioni viscerali, era la primitiva, mentre la porzione addominale rappresentava l'evoluzione secondaria dell'ascesso.

La clinica dei flemmoni e degli ascessi profondi della parete dell'addome è piuttosto semplice: essa si riassume nei fenomeni tossici generali e nei fenomeni infiammatori locali, i quali ultimi talvolta, data la profondità del processo, possono mentire un'affezione endo-addominale, un ascesso appendicolare ad es., quando la raccolta è situata verso destra.

Talora, come abbiamo accennato, il processo flemmonoso della parete rappresenta l'evoluzione di un processo suppurativo addominale e pertanto la sintomatologia è associata. In questi casi spesso è l'intervento che permette di ritrovare il focolaio suppurativo iniziale.

In questa breve rassegna dei flemmoni della parete addominale noi ci siamo riferiti ai flemmoni acuti. Esistono però anche dei flemmoni lincenici della parete addominale e decorso cronico, veri tumori infiammatori, qualche volta confusi addirittura coi neoplasmi maligni, e che riconoscono la loro origine o in un corpo estraneo (scheggie, fili di seta, aghi...) oppure sono secondari ad una suppurazione addominale a lento decorso che magari passa inosservata.

RIASSUNTO. — L'A. presenta un caso di ascesso profondo della parete anteriore dell'addome, situato al di dietro del muscolo retto di destra, nel tessuto peritoneale in diretta continuità dello spazio prevescicale del Retzius. La rarità della localizzazione, la probabile origine ematogena per via metastatica del processo flemmonoso, giustificata dall'assenza di lesioni viscerali apprezzabili, l'eccessiva rarità dell'evoluzione della raccolta ascessuale che dal tessuto peritoneale si è diffusa in profondità verso la grande cavità addominale, sono stati gli elementi che hanno indotto l'autore a comunicare il caso.

Una rassegna sulle conoscenze attuali dei flemmoni e degli ascessi della parete anteriore dell'addome con particolare riguardo sulla patogenesi e sulle classificazioni completano l'esposizione del caso.

BIBLIOGRAFIA

- AVERSENQ, *Des péricystites*, « Ass. Franç. d'Urol. », Paris, 1913.
- BALICE, *Ematomi e flemmoni cronici profondi della parete addominale di difficile diagnosi clinica*, « Riv. Chir. », 4, 589, 1938.
- BEGOUIN, *Pathologie Chirurgicale*, T. IV: Pathologie de l'abdomen., Paris, 1938.
- BERNUTZ (cit. da BOPPE), *Des phlegmons de la par. ix abdominale*, « Arch. génér. de méd. », pag. 129, 1850.
- BOPPE, *Hématomes et abcès de la paroi abdominale antérieure*, « Journ. de Chir. », 19, 245, 1922.
- BOUILLY (cit. da GUINARD), *Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévescicale*, « Thèse de conc. d'agrég. », 1880.
- COVALI, *Abscesse und Phlegmone der Bauchwand*, « Rev. Stiint. med. », 23, 165, 1934; rif. in « Zentr. Org. Ges. Chir. », 69, 707, 1934.
- CRESCENZI, *Pericistiti flemmonose primitive*, « Ann. Ital. Chir. », p. 234, 1924.
- DONATI, *Chirurgia dell'addome*, U.T.E.T., 1914.
- EIVIN e VOURNAN, *Abscesse und Infiltrate der Bauchwand bei Kindern*, « Pædiatr. », n. 2, 113, 1938; rif. in « Zentr. Org. Ges. Chir. », 91, 278, 1938.
- FRANCKE (cit. da GIULIANI), « Muench. med. Woch. », n. 21, 1910.
- GERANDIE, *Contribution à l'étude pathogénique des phlegmons de la cavité de Retzius*, « Thèse de Montpellier », 1903.
- GIULIANI, *Considerazioni cliniche sugli ematomi e sulle raccolte ascessuali della parete addominale*, « Arch. Ital. Chir. », 14, 131, 1925.
- GUINARD, *Affections chirurgicales de l'abdomen*; in LE DENTU-DELBET, *Traité de Chirurgie*, vol. XXIV, Paris, 1910.

- HARTMANN, *Ein fall von Abscessus abdominis mit ungewöhnlicher Hætiologie*, « Norsk. Mag. Laeg. », 99, 1329, 1938; rif. in « Zentr. Org. Ges. Chir. », 92; 441, 1939.
- HEURTEAUX (cit. da BOPPE), *Phlegmon sous-ombelical*, « Bull. de la Soc. de Chir. de Paris », 1877.
- LABUZE, *Des abcès développés dans la gaine des muscles droits de l'abdomen*, « Thèse de Paris », 1871.
- OUGLOV, *Ueber Abscesse in geraden Bauchmuskel bei Typhus abdominalis*, « Chirurgija », n. 4, 89, 1938; rif. in « Zentr. Org. Ges. Chir. », 92, 44, 1939.
- SCARANO, *Flemmone peri-ombelical di Heurteaux dopo colelitiasi*, « Rinascenza Medica », 14, 412, 1937.
- ZOLI, *Di un caso di artite suppurativa della sinfisi pubblica in puerperio*, « Policlinico, Sez. Prat. », pag. 871, 1924.

351007

