

302

6

DOTT. REPETTO EMANUELE

Fibroma della parete addominale anteriore

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica), anno XLI (1934)



80
B
6

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1934

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA

Direttore: Prof. L. DOMINICI.

Fibroma della parete addominale anteriore.

Dott. REPETTO EMANUELE, assistente.

Numerosi sono gli studi clinici, istologici, istogenetici e istopatologici sui fibromi delle pareti addominali (secondo gli AA. Francesi) o desmoidi (secondo quasi tutti gli AA. Tedeschi, Inglesi, Americani e qualche Italiano).

Il primo caso di fibroma, diagnosticato istologicamente, fu descritto da Langembek nel 1850. In seguito Ledderhose ne raccolse 100 casi e Pfeiffer nel 1904 ne radunò altri 400 casi. Secondo il Polacco, riunendo alle precedenti le altre piccole raccolte (Stewart e Monat, Petresco, Olshausen ecc.) e i numerosi casi illustrati nella letteratura, si raggiungerebbe il migliaio.

Sebbene i tumori delle pareti addominali non siano una rarità, tuttavia non sono tanto frequenti e in una statistica del Gurli, fatta su 16.637 casi di tumori provenienti dai vari ospedali di Vienna, si trova che vi erano solo 8 fibromi della parete addominale, cioè il 0,48 per mille.

Data anche la dubbia etiopatogenesi di tali neoproduzioni ritengo interessante riferire un caso operato nella nostra Clinica Chirurgica di Perugia.

Francesca C., a. 30, nata a Bastia.

Entra in Clinica il 6-II-1932.

Nulla ricorda degli avi paterni e materni. I genitori sono viventi e sani. Quattro fratelli morirono in tenera età per malattia che la paziente non sa precisare; altri due godono ottima salute.

La paziente è nata da parto eutocico; ha avuto allattamento materno. Normali i primi atti fisiologici. Ha sofferto i comuni esantemi infantili. Mestruò a 16 anni e le mestruazioni seguenti furono sempre normali per qualità, quantità e ciclo di ritorno. Sposò a 22 anni un uomo tuttora vivente e sano. Ebbe 4 gravidanze: le prime tre furono condotte bene a termine ed i figli godono buona salute; la quarta, circa sei anni or sono, ebbe esito in aborto al terzo mese, pare, secondo la paziente, per eccessivo lavoro. In seguito le mestruazioni furono sempre regolari. A 20 anni soffrì di una leggera nefrite, sulla quale la paziente non sa dare altre notizie; guarì da questa affezione in breve tempo con cure appropriate.

Malattia attuale: circa 8 mesi or sono la paziente casualmente notò in corrispondenza del quadrante inferiore destro dell'addome una tumefazione della grandezza di un uovo di colombo. Detta tumefazione era indolente e non arrecava disturbo. La paziente non notò mai rialzi termici. Siccome detta tumefazione andava gradualmente aumentando di volume consultò un Sanitario che le consigliò l'intervento chirurgico.

E. O. generale. Pannicolo adiposo ben conservato. Muscoli ben sviluppati. Cute e mucose visibili rosee. Scheletro regolare. Niente a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio.

E. O. locale. All'ispezione dell'addome non si nota nulla di notevole. Nel quadrante inferiore destro la cute è di colorito normale, non esiste reticolo venoso e non è visibile nessuna tumefazione.

Alla palpazione della fossa iliaca destra, in corrispondenza quasi della linea spino-ombellicale nel suo terzo medio, si sente una tumefazione ovoide, della grandezza di un dito indice di adulto, lunga circa 6 cm., diretta obliquamente dall'esterno all'interno e leggermente dall'alto al basso, con margini perfettamente netti, di consistenza duro-fibrosa, con superficie liscia, indolente. La tumefazione sembra fissa colla sua estremità laterale. Facendo contrarre i muscoli delle pareti addominali si rileva che detta tumefazione si trova al di dietro dei piani muscolari.

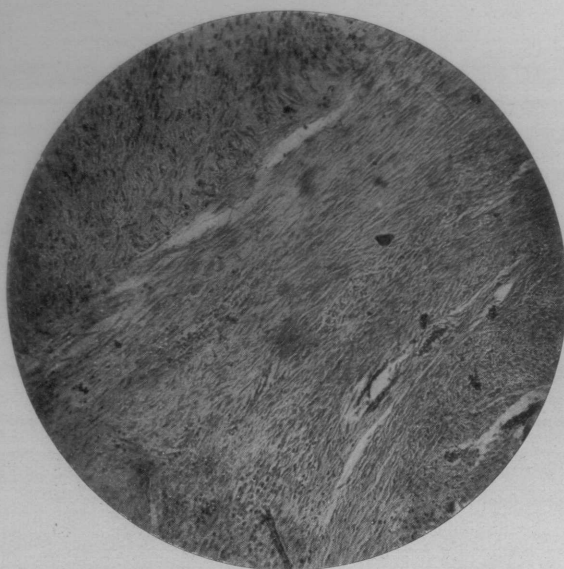


FIG. 1. — Zona centrale della neoplasia: fasci di tessuto connettivo che hanno varie direzioni e danno all'insieme un aspetto fascicolato. (Reichert; oc. 4 comp.; obb. 3).

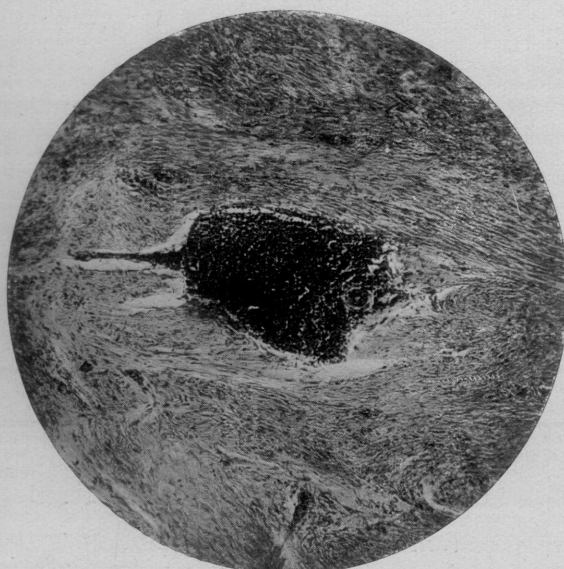


FIG. 2. — Zona centrale della neoplasia: elementi parvicellulari riuniti in accumuli, che hanno l'aspetto di un ascesso microscopico circoscritto, circondati da tessuto connettivo. (Reichert; oc. 4 comp.; obb. 3).

Esame ginecologico negativo.

Esame urine: albumina e glucosio assenti; sedimento negativo.

Cutireazione alla tubercolina negativa.

Operazione: 10-II-1932.

Rachianestesia novocainica positiva.

Incisione curvilinea in corrispondenza della tumefazione. La tumefazione rilevata all'esame obbiettivo è della parete ed è situata fra il piano muscolare ed il peritoneo, aderente però al muscolo trasverso in vicinanza del margine della guaina del retto. La tumefazione viene asportata assieme a fibre muscolari che aderivano intimamente al suo margine latero-esterno. Chiusura delle pareti per primam.

Decorso post-operatorio regolare.

La paziente viene dimessa dalla Clinica il 25-II-1932 guarita.

Il 25-X-1933 ho avuto occasione di rivedere la paziente: essa gode buona salute e localmente non esiste nessuna recidiva.

Esame macroscopico del pezzo asportato.

È del peso di pochi grammi. Ha forma ovalare con diametro longitudinale di circa 5 cm. e diametro trasversale di circa 2 cm. La tumefazione è provvista di una

capsula fibrosa ad eccezione di un tratto dove aderisce e si continua con le fibre muscolari. La consistenza è duro-fibrosa su tutta l'estensione e la superficie è liscia. Alla sezione della tumefazione il tagliente stride ed incontra una certa resistenza. La struttura sembra in alcuni punti fascicolare, ed in altri plessiforme. Il colorito è generalmente madreperlaceo, ad eccezione del tratto dove aderisce alle fibre muscolari che è più scuro. Non vi sono formazioni cistiche, nè zone di rammollimento o di degenerazione.

Si preleva asetticamente un frammento del pezzo e si innesta nella massa muscolare para-vertebrale di un coniglio. La ferita guarisce per primam. La tumefazione va gradatamente diminuendo di volume. Dopo 80 giorni si preleva il tratto dei muscoli nei quali era stato innestato il frammento. Alla sezione di esso si nota che al centro esiste un tessuto fibroso, che al taglio presenta maggiore resistenza e che aderisce alle fibre muscolari circostanti. Non si nota nessuna zona di rammollimento o di degenerazione; non raccolte purulente.

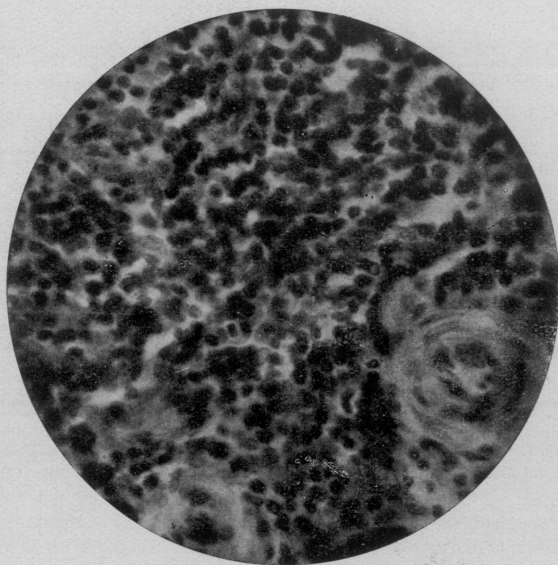


FIG. 3. — Preparato precedente (fig. 2) a più forte ingrandimento: elementi parvicellulari con scarso protoplasma e con nucleo rotondeggiante, grosso e colorato intensamente. (Reichert; oc. 4 comp.; obb. 7).

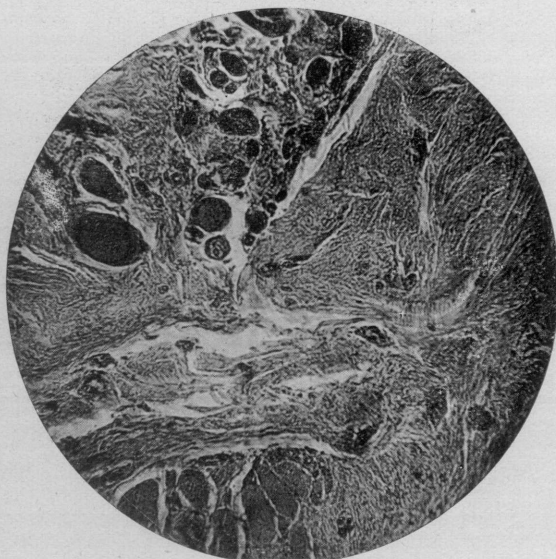


FIG. 4. — Zona periferica della neoplasia: tessuto connettivo fibrillare in mezzo al quale si trovano scarse zolle di tessuto muscolare striato. (Reichert; oc. 4 comp.; obb. 3).

Esame microscopico del pezzo asportato dalla paziente.

Preparati della zona centrale. A piccolo ingrandimento (fig. 1): si vede un tessuto costituito da fasci di tessuto connettivo che hanno varie direzioni, alcuni sono paralleli tra loro, altri si incrociano trasversalmente dando all'insieme un aspetto fascicolato; oppure i fasci più raramente si intrecciano fra loro senza alcuna netta direzione, prendendo l'aspetto plessiforme. La sostanza fondamentale è abbondante: in alcuni punti i nuclei sono numerosi, in altri piuttosto scarsi. Nei fasci connettivali sezionati in senso trasversale essi sono piuttosto piccoli, rotondeggianti, ed in quelli sezionati in senso longitudinale sono grossi, allungati, fusiformi. La vascolarizzazione è scarsa e rappresentata da piccoli vasi, alcuni con pareti ispessite, altri, in maggior numero, con pareti sottilissime costituite dal solo strato endoteliale, attraverso al quale, in alcuni punti, fuoriescono scarsi globuli rossi. In vicinanza dei vasi, e soprattutto di quelli che hanno le pareti ispessite, si notano degli elementi piccoli con scarso protoplasma e con grosso nucleo rotondeggiante, intensamente colorato. In alcune zone tale infiltrazione parvicellulare è talmente intensa che gli elementi si riuniscono a formare dei veri e propri accumuli. Tali accumuli in alcuni punti sono circondati da tessuto connettivo normale ed hanno l'aspetto di un ascesso microscopico circoscritto (fig. 2). Non

si notano zone degenerate nè raccolte ematiche. Nessuna traccia di tessuto muscolare liscio o striato. A forte ingrandimento: si mette bene in evidenza la struttura fibrillare ed i caratteri delle cellule. Le fibrille hanno direzioni varie, sono riunite in fascetti, che a loro volta formano dei fasci che assumono un aspetto ondulato o serpiginoso. I nuclei delle fibrocellule sono generalmente allungati e fusiformi col maggiore asse parallelo alla direzione delle fibrille. In alcune zone i nuclei sono numerosi, in altre scarsi. I vasi generalmente hanno un semplice strato endoteliale e con frequenza in vicinanza di essi si notano piccole emorragie, con globuli rossi ben conservati. Attorno ai vasi con pareti ispessite si notano i suddetti accumuli di elementi parvicellulari con scarissimo protoplasma e con nucleo rotondeggiante, grosso e colorato intensamente (fig. 3).

Preparati della zona periferica.

A piccolo ingrandimento: procedendo dal centro verso la periferia del tumore si vede del tessuto connettivo in mezzo al quale si trovano scarse zolle di tessuto muscolare striato (fig. 4) il quale, man mano che si procede verso l'esterno, va gradatamente au-



FIG. 5. — Frammento della neoplasia innestato nei muscoli di un coniglio. (Reichert; oc. 4 comp.; obb. 3).

mentando fino a che il connettivo è completamente scomparso e vi è solo tessuto muscolare. Anche in questa zona il tessuto connettivo è essenzialmente fibrillare, con scarsi nuclei allungati e fusiformi. La vascolarizzazione è più abbondante ed i vasi con pareti ispessite sono più numerosi. Attorno ad essi spessissimo si trova grande quantità di elementi parvicellulari. Il tessuto muscolare presenta fenomeni di degenerazione, che sono molto più evidenti nelle zone più profonde. Le fibre muscolari sezionate trasversalmente presentano forma e grandezza varie, assumono la colorazione in modo non uniforme e sono notevolmente dissociate fra loro dal tessuto connettivo. All'esterno della neoplasia le fibre muscolari riacquistano i caratteri normali.

A forte ingrandimento: il tessuto connettivo presenta quasi gli stessi caratteri di quello della zona centrale; in qualche punto gli elementi cellulari sono più numerosi ed alcuni nuclei sono grossi con forma di passaggio fra la rotondeggiante e la fusata. In alcuni punti la sostanza fondamentale interposta tra gli elementi è più scarsa di quella della parte centrale. Il tessuto presenta sempre l'aspetto nettamente fascicolato, ma le travate sono di spessore minore e si intrecciano fra loro con più frequenza e assumono un andamento circolare nei tratti dove circondano qualche residuo di tessuto muscolare. Questo, soprattutto nelle zone più profonde, presenta evidenti processi di degenerazione a carico del sarcolemma, del sarcoplasma, dei nuclei e della striatura.

Procedendo dall'interno verso l'esterno della tumefazione, le prime fibre muscolari che si osservano sono rarissime e separate le une dalle altre da un notevole spessore di tessuto connettivo neofornato che le strozza: il loro volume è piccolissimo, i nuclei sono quasi completamente scomparsi ed assumono un'intensa colorazione. Ancora più all'esterno le fibre divengono più numerose, sono riunite a gruppi ed in alcuni punti i nuclei sono molto numerosi e raggruppati. Poi le fibre vanno gradatamente aumentando di volume, sono separate da scarsissimo tessuto connettivo, però presentano sempre evidenti alterazioni, il sarcoplasma in alcuni punti è ispessito, in altri quasi scomparso, i nuclei sono situati non soltanto alla periferia ma anche nell'interno di qualche fibra ed in alcuni sono completamente assenti. La striatura longitudinale non sempre è uniforme. La colorazione presenta delle zone più chiare e delle zone più scure e si notano delle linee incolori che interessano parzialmente o totalmente la fibra muscolare; non si notano nell'interno delle fibre dei vacuoli o delle pigmentazioni anormali.

La vascolarizzazione è più abbondante ed i vasi generalmente hanno pareti ispessite. Intorno ad essi si nota l'infiltrazione parvicellulare già descritta, che in questa zona è anche più frequente e più abbondante.

Esame microscopico del pezzo innestato nel coniglio.

Il frammento innestato nei muscoli di un coniglio è circondato da tessuto muscolare normale che presenta dei caratteri degenerativi solamente nella zona che è in contatto con l'innesto, dove si notano fenomeni di atrofia e di degenerazione (fig. 5). Tra il tessuto muscolare e l'innesto vi è uno strato di tessuto connettivo lasso ricco di vasi sanguigni. Il tessuto innestato presenta la sua struttura connettivale nettamente fascicolata, i suoi nuclei sono molto scarsi, piccoli, rotondeggianti, ed in molti punti sono in preda a fenomeni degenerativi. Esiste invece una abundantissima infiltrazione parvicellulare, soprattutto intensa in corrispondenza dei vasi sanguigni, che sono molto numerosi e spesso ripieni di sangue. In alcuni punti il tessuto connettivo è necrotico ed ha perso completamente la sua struttura. Non si notano formazioni ascessuali.

Le statistiche dimostrano chiaramente che i fibromi delle pareti addominali si trovano quasi esclusivamente nelle donne. Secondo Pfeiffer l'87 %; Ledderhose il 90 %; Stewart e Monat il 75,7 %; Merlini il 92 %; Olshausen il 100 % dei casi. In questi ultimi anni i casi di Angelelli, Pacetto, Polacco ne aumentano ancora tale frequenza. Sui 345 casi, osservati in donne, della statistica del Pfeiffer nel 94,3 % dei casi vi era stata precedentemente alla comparsa del tumore una o più gravidanze. Anche nelle altre statistiche la percentuale in donne che hanno avuto gravidanze è sempre molto alta e tale notizia anamnestica la troviamo anche nei casi di Mucci e Proti, Pacetto, Polacco e su 5 casi di Angelelli.

L'età nella quale si riscontrano con più facilità tali tumori è fra i 25-35 anni. Sono stati osservati anche 9 casi in bambini (sei in bambine, e tre in ragazzi) ed uno (Desprès) in una vecchia di 80 a., la quale però aveva il tumore già da circa 20 anni.

In un caso osservato dal Pfeiffer nella Clinica di Bruns ed in uno riportato da Kramer il tumore era congenito.

Pfeiffer su 242 casi trovò che 146 appartenevano a donne fra i 25 e 30 anni; 41 fra i 15 e 25 anni; 35 fra i 35 e 50 anni; 15 oltre i 50 anni.

I pochi casi riscontrati negli uomini (Pfeiffer il 12,9 %, Labbé e Remy il 4 %, Ferranti l'8 %) riguardano individui fra i 35 e 50 anni, sebbene ne siano stati osservati anche al disotto dei 35 e al disopra dei 50 anni.

Anche il fattore ereditarietà pare non abbia nessuna importanza nella genesi di tali tumori.

Ad eccezione di qualche caso, in cui il tumore compare in diversi componenti di una famiglia (Doleris, Mangiù), il fibroma delle pareti addominali ha colpito sempre un solo individuo.

Generalmente è unico, ma nella letteratura si trovano descritti casi in cui era multiplo (Pinkus, Flaischlen, Loubry); secondo Labbè e Remy sarebbe multiplo nel 3 % dei casi.

La sede di tali neoproduzioni, secondo tutte le statistiche, è quasi sempre nei quadranti inferiori dell'addome, soprattutto a destra; ma ne sono state osservate anche nei quadranti superiori, nella linea mediana e nelle regioni lombari.

Mentre alcuni AA. (Pfeiffer, Caubet, Volkmann, ecc.) ammettono che tali neoformazioni fibrose posseggano una vera capsula, altri (Lecène, Delamare, Angelelli, ecc.) lo negano.

La forma è ovoidale o rotondeggiante; il volume varia da quello di un uovo a quello di un'arancia ed il peso è di pochi grammi; ma ne furono trovati grandi come una testa di adulto (Pfeiffer) e del peso di parecchi chilogrammi (Paget 22 Kg.; Pstrokowski 9 Kg. e mezzo; Solomka 9 Kg.; Wyder 10 Kg.; Rokitsky 17 Kg.; ecc.).

Nel maggior numero di casi descritti queste neoformazioni connettivali avevano origine dalle guaine e dai ventri muscolari dei retti e meno frequentemente dal trasverso, dall'obliquo esterno ed interno, dal piccolo obliquo, ecc.

Spesso il tumore presenta delle intime aderenze con le ossa (ileo, pube, colonna vertebrale), col grasso preperitoneale, con il peritoneo; raramente con la pelle e con il sottocutaneo.

Clinicamente con molta frequenza si apprezza un peduncolo, che talvolta non si riscontra poi all'atto operativo, tanto che alcuni Autori francesi (Péan, Tuffier, Claude, ecc.) ne negano l'esistenza; ma altri (Pfeiffer, Olshausen, Diegner) trovarono un vero peduncolo che univa la tumefazione anche a delle ossa vicine.

Secondo Lequette il peduncolo sarebbe dovuto all'addensamento di fasci di tessuto muscolare in corrispondenza degli estremi del tumore per il divaricamento da lui prodotto.

Escluse con i reperti istologici le antiche teorie: la origine osteo-periosteale sostenuta da Huguier e dall'antica Scuola francese e quella di Lagrange che ammetteva un'origine dal tessuto cellulare grasso perimuscolare, e stabilito che la loro origine è di natura muscolo-aponevrotica (Sanger, Pfeiffer, Petresco e Novlano, ecc.) sorsero nuove teorie per spiegare quale importanza abbiano i fattori, età, sesso, sede e pregresse gravidanze nella genesi di tali neoplasie; fattori che in base alle statistiche assumono una grande importanza essendo essi raramente assenti.

Guinard ritiene che i fibromi delle pareti addominali abbiano un'origine genitale anziché un'origine muscolo-aponevrotica. Il Puyhaubert, sostenitore di tale teoria, si basa soprattutto sul fatto che i fibromi sono quasi sempre unici, che si trovano quasi sempre nei quadranti inferiori dell'addome, che hanno istologicamente una forte rassomiglianza con i fibromi uterini.

La teoria genitale in seguito fu combattuta da vari Autori (Delbet, Heresco, Guicciardi) i quali con numerosi casi dimostrarono che i fibromi si possono originare anche senza che vi sia alcun rapporto con l'apparato ge-

nitale, potendosi avere anche in uomini ed in regioni molto lontane da qualunque porzione del legamento rotondo.

Nel 1879 Gratzler, basandosi sulla teoria del Conheim, pensò che la gravidanza, sia per il maggior afflusso di sangue nella pelvi, sia per la diminuita resistenza delle pareti addominali dovuta alla distensione, determinasse un accrescimento dei germi embrionari esistenti nelle pareti addominali. Il Gratzler spiegherebbe questa facile presenza di germi tumorali, rappresentati da fibre muscolari lisce di origine intestinale o di origine vasale, data la comune origine mesodermica del tubo intestinale, della parete muscolo-aponevrotica addominale e dei vasi.

Altri AA. (Pfeiffer, Sonntag, Dittel, ecc.) ammisero la teoria del Ribbert.

Ebner e Hertzog emisero la teoria meccanica. Questi AA. pensarono che esistesse un intimo rapporto fra l'insorgenza della neoformazione e il continuo traumatismo delle pareti addominali dovuto al graduale ingrossamento dell'utero, traumatismo che determinerebbe delle piccole lesioni negli strati muscolo-aponevrotici con secondari piccoli stravasi sanguigni, i quali in seguito ad un processo infiammatorio reattivo subirebbero una trasformazione connettivale. In alcuni casi tale neoformazione connettivale diventando esuberante produrrebbe il tumore, il quale sarebbe quindi una cicatrice esuberante.

Tale teoria fu sostenuta da molti (soprattutto dal Gerard) ma fu anche combattuta da diversi AA.

Mucci e Protti nel 1924, descrivendo un caso di fibroleiomioma del piccolo obliquo dell'addome e basandosi sulla teoria dello squilibrio oncogeno del Fichera, emisero nel loro caso l'ipotesi « di una patogenesi da alterata armonia nella costellazione endocrina determinata verosimilmente dalla gravidanza e dal puerperio ».

Pacetto associa la genesi traumatica e la genesi disendocrina, cioè crede che « nella genesi del suo caso abbiano importanza come cause determinanti il trauma muscolare provocato dalla distocia ed eventualmente l'infezione puerperale, agenti però su terreno predisposto da disfunzione endocrina, la quale avrebbe alterato il normale processo di cicatrizzazione ».

Angelelli ritiene che fra gravidanza e neoformazione connettivale parietale muscolare esistano dei rapporti, i quali però da soli sarebbero insufficienti a produrre la neoplasia, e per ciò egli crede che quel *quid* necessario per determinare la ipergenese connettivale possa esser dato da un processo tubercolare polmonare ad andamento benigno e sclerotico, che ha trovato sempre presente nei suoi casi; ed ammette l'ipotesi che « dato le alterazioni degli strati muscolo-aponevrotici per la gravidanza e il parto, le tossine tubercolari possono avere impresso al connettivo interfascicolare una certa spiccata attività di accrescimento e quindi la abnorme neoproduzione connettivale ».

*
* *

La sintomatologia clinica dei fibromi delle pareti addominali spesso è netta, chiara e di facile diagnosi, mentre talvolta può presentare delle vere e proprie difficoltà diagnostiche, come lo dimostrano i numerosi casi illu-

strati, nei quali la diagnosi clinica fu errata (Olshausen, Glandenoy, Fritsch, Leyenne, Solomka, Werteim, ecc.).

Molto spesso il fibroma delle pareti addominali è stato notato casualmente, avendo all'inizio un andamento lento e subdolo con assenza di segni obbiettivi di qualche importanza; in seguito l'aumento del volume determina un senso di peso e di dolenzia che talvolta può essere anche intenso. Il tumore cresce lentamente e progressivamente, talvolta con periodi alterni di sosta e di rapido accrescimento. In molti casi la gravidanza ne ha determinato un notevole e rapido aumento di volume. Generalmente non ha alcuna azione nociva sulle condizioni generali del paziente e salvo casi eccezionali (aborto, Fantini; ostacolo meccanico al parto, Faiss) non determina alcun disturbo degno di nota. Eccezionalmente può determinare la morte per compressione sui grossi vasi (Beveredige). Se è molto voluminoso può provocare delle alterazioni negli organi da esso compressi.

La palpazione del tumore provoca momentaneo e scarso dolore: raramente il dolore è spontaneo e trafittivo.

I limiti a volte sono netti, altre indistinti e si perdono nei tessuti circostanti. La consistenza generalmente è duro-elastica; la superficie è liscia o bernoccoluta.

Per stabilire la sede dei fibromi delle pareti addominali Merlini e Angellesi ricordano il segno di Bochacourt, che li rende mobili e poco evidenti a parete addominale rilasciata, fissi e più appariscenti a parete contratta, mentre è l'opposto per i tumori endo- o retroperitoneali; e il segno di Tillaux che fa rilevare durante le forti inspirazioni un movimento dall'indietro ai davanti nelle tumefazioni delle pareti ed un movimento dall'alto al basso nelle tumefazioni endoaddominali.

Se spesso la sintomatologia clinica di questi tumori è netta e chiara, per cui è anche di diagnosi facile e sicura, invece alcune volte si presenta con caratteri incerti ed oscuri, che ne rendono molto difficile la diagnosi. Nella letteratura troviamo numerosi casi nei quali mentre si fece diagnosi di tumore a carico degli organi endocavitari invece all'intervento chirurgico si constatò che la lesione era delle pareti, e viceversa (Ellischer, Labbè, Furst, Weil, Solomka, Werteim, ecc.).

Olshausen su 22 casi errò la diagnosi tre volte: in un caso in cui aveva fatto diagnosi di tumore dell'ovaio destro si trattava invece di un fibroma delle pareti ed in altri due casi in cui si fece diagnosi di tumore delle pareti all'operazione trovò in uno un mioma della parete anteriore dello stomaco e nell'altro un cancro della cistifellea.

Per la diagnosi differenziale di tali tumori sarà bene quindi prendere in considerazione sia le lesioni a sviluppo parietali sia le lesioni a sviluppo endocavitario.

Le affezioni parietali infiammatorie acute, sia circoscritte che diffuse, presentano dei sintomi abbastanza netti (anamnesi, decorso rapido, condizioni generali interessate, febbre, dolore, ecc.), che le fanno facilmente differenziare dai tumori fibrosi, anche se questi presentano dei fatti infiammatori impiantatisi secondariamente su lesioni ulcerative.

Le tumefazioni flogistiche delle pareti addominali che si sviluppano, sia per l'azione dei germi più comuni (stafilococchi, streptococchi) i quali o per

diminuita virulenza o per scarsa reazione dei tessuti darebbero luogo a questo speciale processo, sia intorno a dei corpi estranei penetrati accidentalmente: forcine, aghi, spilli, scheggie di legno, chiodi, ecc. (Fioravanti, Perez, Aperlo, ecc.) o residuati da pregressi interventi chirurgici: fili di seta, frustoli di tamponi (Schloeffeffer, Alessandri, Hagler, ecc.) o a sconosciuta porta d'ingresso: foglia di pino (Taddei) o di origine gastroenterica: frammenti d'ossa, spina di pesce, ecc., sono molto simili ai fibromi tanto da poterli facilmente confondere per la loro evoluzione lentissima e cronica, per la loro scarsa o nulla tendenza a piccolissime e limitatissime zone di suppurazione ed al contrario, per la loro spiccata tendenza a processi di infiltrazione e di proliferazione connettivale.

Gli ematomi si differenziano facilmente sia per l'anamnesi (trauma, sforzo, dolore improvviso, comparsa rapida della tumefazione, ecc.) sia per l'esame obbiettivo (consistenza molle elastica, a volte fluttuante, crepitazione sanguigna, ecchimosi iniziali o tardive, dolore alla pressione e soprattutto durante la contrazione dei muscoli interessati).

Meno facile la diagnosi differenziale riesce con gli esiti di un ematoma; ma l'anamnesi e soprattutto il cambiamento del volume della tumefazione, che negli ematomi aumenta rapidamente e poi va gradatamente diminuendo, mentre nei fibromi aumenta lentamente e progressivamente, tutto al più con intercalato qualche periodo di stasi mai di regressione, li fa abbastanza facilmente escludere.

Le cisti di echinococco si differenziano dai tumori fibrosi oltre che per i caratteri obbiettivi (limiti netti, consistenza molle elastica, forma rotondeggiante) anche per la eosinofilia e per il reperto della intradermoreazione del Casoni e della sieroreazione del Ghedini-Weimberg. La puntura esplorativa, che escluderebbe qualsiasi dubbio, generalmente non si deve eseguire per le gravi complicazioni anafilattiche cui spesso dà luogo, sebbene nelle cisti superficiali sia molto meno pericolosa.

Gli angiomi, molto rari, presentano un carattere (la depressibilità) che li fa facilmente diagnosticare: se tale carattere manca la diagnosi è molto difficile e si fa solamente all'atto operativo.

I lipomi intermuscolari, se voluminosi, si possono differenziare per la loro superficie lobulata e per la loro consistenza, altrimenti la diagnosi giusta si può fare solo bioscopicamente.

L'actinomicosi e la sporotricosi presentano caratteri clinici molto differenti che li fa facilmente differenziare dai fibromi.

La tubercolosi muscolare, generalmente da propagazione dai tessuti vicini, presenta dei caratteri clinici molto chiari che divengono sempre più evidenti man mano che la lesione progredisce (zone caseificate, ascessi freddi). Inoltre lesioni tubercolari polmonari potrebbero facilitarne la diagnosi. Tale reperto, secondo l'Angelelli, non offrirebbe valido appoggio per la diagnosi differenziale tra lesioni tubercolari e neoformazioni connettivali, le quali ultime anzi verrebbero stimulate dalle tossine tubercolari circolanti.

Una diagnosi differenziale difficile, ma possibile, soprattutto per la rarità e per la successiva evoluzione della lesione, si presenta nei casi di tubercolosi primitiva (ematogena) dei muscoli.

La sifilide dei muscoli e soprattutto la forma fibrosa, rappresentata da un ispessimento cronico del connettivo interfascicolare con consecutiva atrofia delle fibre muscolari, presenta dei caratteri molto simili a quelli delle neoformazioni fibrose, e talvolta è anche difficile differenziarla istologicamente. Si potrà escludere la lues per l'anamnesi, per l'esame obbiettivo generale, per le reazioni sierologiche ed anche per l'esito negativo di una cura antiluetica.

Le ernie muscolari si possono escludere facilmente sia per l'anamnesi (trauma) sia per i caratteri obbiettivi (consistenza, riducibilità, rapporti con la contrazione ed il rilassamento dei muscoli colpiti) molto differenti da quelli dei fibromi.

Le ernie inguinali, lombari, epigastriche, ombelicali, gli eventramenti (congeniti o secondarii) presentano dei caratteri differenziali talmente chiari che ritengo superfluo prendere in esame.

Una diagnosi differenziale più difficile è quella con i tumori del legamento rotondo, soprattutto se sono del tratto situato nel canale inguinale ed a evoluzione intraparietale. Quelli di piccolo volume, se non hanno delle aderenze con tessuti vicini, non si spostano con i movimenti respiratori e non presentano nessuna modificazione né di forma né di volume durante la contrazione od il rilassamento dei muscoli addominali. Inoltre i tumori del legamento rotondo durante il periodo mestruale con frequenza aumentano di volume, con aggravamento dei fenomeni subbiettivi (dolore, senso di stiramento e di peso, ecc.). Se si provocano dei movimenti al tumore si risveglia in questi casi un senso di stiramento in corrispondenza degli organi interni. L'esplorazione vaginale combinata con la palpazione esterna può essere molto utile, se il tumore ha raggiunto un notevole volume, perchè mette in evidenza uno spostamento dell'utero.

L'esostosi infine possono presentare dei caratteri simili a quelli delle neoproduzioni connettivali che clinicamente presentano un peduncolo che unisce la tumefazione ad un osso. L'esostosi però si possono facilmente escludere perchè generalmente sono simmetriche e multiple.

L'esame radiologico poi ne fa fare la diagnosi sicura.

La diagnosi differenziale con lesioni cavarie è molto più facile specialmente quando il fibroma si è sviluppato negli strati più superficiali dei muscoli addominali; può riuscire maggiormente difficile quando il fibroma è preperitoneale, come nel nostro caso, per cui facendo contrarre i muscoli addominali si rileva che il tumore è dietro ai muscoli stessi.

Così ad es. sebbene la diagnosi differenziale con le lesioni degli organi genitali sia per lo più abbastanza semplice, soprattutto in base al reperto di un accurato esame ginecologico, talvolta però la diagnosi è molto difficile quando il tumore delle pareti ha raggiunto un volume ed un peso molto ragguardevole, e nella letteratura non mancano casi in cui la diagnosi clinica fu errata (Weinlechner, Fressen, Solomka, Weir, Glandenay, Rokitski, ecc.).

Le neoformazioni e gli ispessimenti dell'omento presentano delle difficoltà differenziali solo quando hanno preso delle aderenze con le pareti, perchè altrimenti l'anamnesi, l'esame obbiettivo ed anche l'esame radiologico

li fa facilmente diagnosticare; pur tuttavia i casi descritti da Cornil e Coudray, da Heurtaux, ecc. dimostrano che le lesioni dell'omento possono simulare un fibroma della parete addominale e viceversa, come nel caso di Wertheim nel quale un fibroma parietale fu diagnosticato come tumore dell'omento.

Le peritoniti croniche saccate e soprattutto quelle pseudo-neoplastiche (l'addei) si possono abbastanza facilmente differenziare per l'anamnesi, per il decorso, ed anche per l'esame obbiettivo della tumefazione (superficie, consistenza, dolore, ecc.).

I pseudotumori endo-addominali di origine infiammatoria, originatisi attorno a corpi estranei, sequestri, ecc., ed alcune flogosi croniche circoscritte endoaddominali a tipo prevalentemente neofornativo (forme a tipo granulomatoso e forme proliferanti del Perez) possono presentare delle difficoltà nella diagnosi differenziale con i fibromi delle pareti; si differenziano però da questi per alcuni caratteri sia generali che locali propri di tali affezioni. Il paziente, nelle suddette affezioni, presenterà per lo più deperimento generale, astenia, dolori vaghi e diffusi, lento e progressivo stato di intossicazione causato dalle tossine che vengono assorbite dall'organismo, intossicazione che può determinare in tutti gli organi alterazioni degenerative e, interessando anche gli emuntori e principalmente il rene, provocare una graduale diminuzione dei poteri di resistenza dell'organismo, che favoriscono sempre più l'accumulo in esso dei prodotti tossici (Perez).

Spesso la temperatura è normale però può aversi uno stato subfebbrile irregolare, anche a tipo subcontinuo (Perez).

Nel sangue si potrà trovare maggior numero di leucociti mononucleati e di linfociti in confronto dei polinucleati (Perez).

I processi infiammatori cronici hanno poi dei caratteri obbiettivi abbastanza chiari: sono fissi, a limiti non netti, con superficie irregolare, di consistenza duro-elastica e duro-fibrosa, spesso non uniforme, dolenti spontaneamente ed alla pressione; hanno più o meno tendenza a diffondersi in sito; molto spesso danno luogo ad alterazioni dei gangli linfatici proximiori.

I processi infiammatori hanno un decorso saltuario caratterizzato da periodi di sosta, di involuzione e di progressione.

Nella letteratura esistono casi in cui il fibroma delle pareti addominali fu confuso con una affezione della cistifellea, dello stomaco e del duodeno: però sia i dati anamnestici che clinici di tali affezioni ne rendono facile la diagnosi differenziale.

La prognosi è in generale benigna ed è subordinata alla precocità dell'intervento operativo; ma si possono avere recidive sia precoci che tardive.

La cura è essenzialmente chirurgica, con resezione ampia e generosa della tumefazione.

*
**

Prendendo in considerazione nel mio caso le ipotesi varie sulla eziopatogenesi di tale affezione si può facilmente escludere la teoria che ammette un'origine tumorale osteo-periosteale o dal cellulare sottocutaneo, perchè la neoplasia non aveva alcun rapporto sia con lo scheletro sia con il tessuto sottocutaneo.

Anche la teoria genitale non credo si debba prendere in considerazione per la sede della tumefazione, abbastanza lontana dal canale inguinale ed assolutamente indipendente dal legamento rotondo, e per l'assenza nell'anamnesi di turbe nella sfera genitale ed infine per i reperti istologici nei quali mancavano quelle speciali formazioni epiteliali che secondo gli Autori (Taddei, Vercesi, ecc.) sono elementi tipici dei tumori del legamento rotondo.

La teoria traumatica con la origine muscolo-aponevrotica della neoformazione ritengo anche nel mio caso, nella cui anamnesi precedentemente vi sono state quattro gravidanze, possa avere molta importanza nella genesi della neoplasia. Le gravidanze con la distensione graduale e progressiva delle pareti addominali avrebbero determinate delle lacerazioni di fasci muscolari ed in secondo tempo ne avrebbero ostacolato, con la continua distensione, la normale cicatrizzazione, la quale avrebbe assunto un andamento neoplastico, forse anche su un terreno predisposto da disfunzione endocrina, come ha sostenuto il Pacetto. Che la sede più frequente di tali neoformazioni sia quella dei quadranti inferiori dell'addome rispetto ai superiori si spiega se si pensa che durante la gravidanza i quadranti inferiori sono i più soggetti alla distensione e quindi alle consecutive lacerazioni muscolari.

Soprattutto per i reperti istologici, che mettono in evidenza una abbondante infiltrazione parvicellulare attorno ai vasi, infiltrazioni che in alcuni punti è talmente intensa da formare dei veri e propri ascessi microscopici, ritengo che nella eziopatogenesi dei fibromi delle pareti addominali possa avere grande importanza il fattore infiammatorio. Durante il parto e il puerperio è facile che dei germi entrino in circolo, determinando una vera bacillemia; bacillemia che sarà più frequente e più grave nei casi in cui vi sia stato aborto o infezione puerperale. Si potrebbe quindi pensare che dei germi arrivati nei punti dove esistono le lacerazioni muscolari delle pareti addominali e le piccole emorragie, trovando un *locus minoris resistentiae* ed un terreno nutritivo adatto, determinino la formazione di ascessi microscopici i quali, essendo all'inizio probabilmente prodotti da germi attenuati ed in seguito divenendo sterili per le difese dell'organismo, si dovrebbero solamente considerare come una causa di stimolo alla neoproduzione connettivale. A favore di tale ipotesi starebbe il reperto dei preparati istologici nei quali si osserva una abbondante infiltrazione parvicellulare attorno ai vasi, un ispessimento delle pareti vasali, un riunirsi di tali elementi in ammassi tali da formare dei veri e propri ascessi microscopici. Che in seguito i germi scompaiano dal tumore e gli ascessi diventino sterili, come è dimostrato anche nel mio caso dall'esito dell'innesto di un frammento del tumore in un coniglio che non ha dato luogo a nessuna suppurazione, non è un fatto che contraddica l'ipotesi suddetta, perchè è noto che focolai flogistici possono divenire sterili.

In conclusione nella genesi del fibroma delle pareti addominali nel mio caso si potrebbe ammettere che il fattore traumatico, determinato dalle pregresse gravidanze, abbia valore e sia assolutamente necessario, dato che determina quelle lacerazioni muscolo-aponevrotiche che sarebbero il punto di origine del tumore. Ma il traumatismo da solo non basterebbe a provocare la neoformazione connettivale, la quale si avrebbe solamente in quei casi

cui la cicatrizzazione delle lacerazioni muscolari, consecutive al traumatismo, subisse un andamento atipico; andamento atipico a carattere neoplastico dovuto probabilmente alla continua distensione, per l'aumento progressivo dell'utero gravido, ed alla localizzazione dei germi circolanti nel sangue, che con la formazione di ascessi microscopici, determinerebbero un'intensa proliferazione del tessuto connettivo di reazione; il tutto forse reso possibile o per lo meno facilitato da una speciale predisposizione del soggetto per disfunzione endocrina, come è stato messo in evidenza in altri casi.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di fibroma della parete addominale anteriore.

Riporta le diverse teorie sulla eziopatogenesi di tale affezione e, basandosi soprattutto sui reperti istologici, conclude che il traumatismo, la continua distensione e la formazione di ascessi microscopici, determinerebbero un'intensa proliferazione del tessuto connettivo di reazione, che assumerebbe un andamento atipico a carattere neoplastico; il tutto forse facilitato o reso possibile da una speciale predisposizione del soggetto per disfunzione endocrina.

BIBLIOGRAFIA.

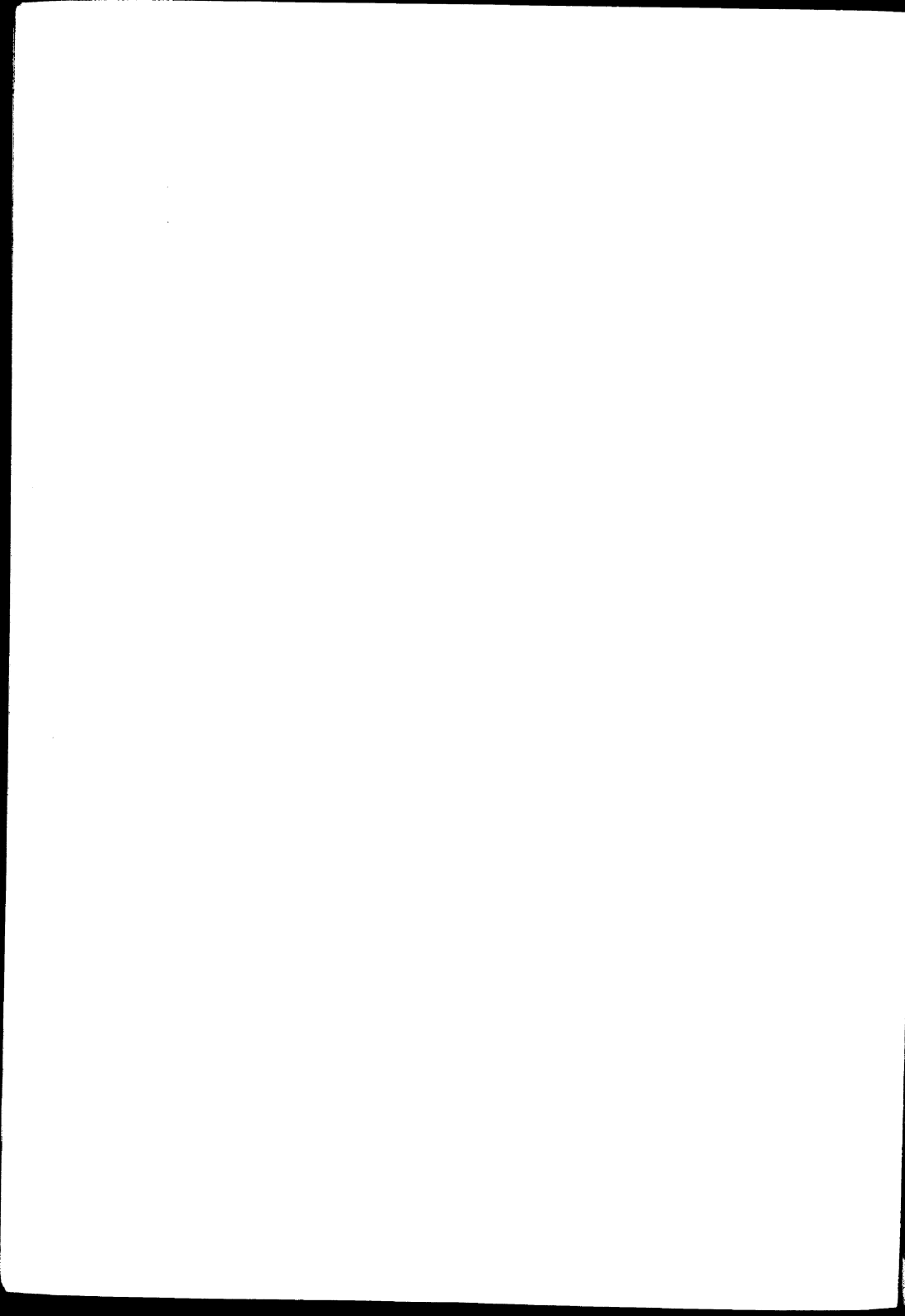
- ARADIE. *Fibrome de la paroi abdominale*. Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, V. 6, p. 675, 1903.
- ALBANESE. *Considerazioni su due casi di tumori aponevrotici a sede rara*. Annali II. di Chir., p. 746, 1932.
- ALESSANDRI. *Neoformazioni a tipo progressivo intorno ad un corpo estraneo*. Boll. R. Acc. Med. di Roma, XXXI, fasc. 2, 1905.
- ALONZO. *Sui tumori ad etiologia post-traumatica*. Firenze, Arcispedale S. Maria Nuova, 1925.
- ANDERSCH. *Bauchdeckenfibrome der Frau-Ätiologie, Diagnose, Prognose u. Therapie*. Diss. Greifswald, 1915.
- ANGELELLI. *I tumori connettivali degli strati muscolo-aponevrotici delle pareti addominali*. Tumori, pag. 594, 1928.
- ANGELETTI. *Emangioma primitivo del muscolo retto dell'addome*. Chir. degli Org. di Mov., vol. 6, fasc. 3-4, p. 449.
- ARRIGONI. *Fibroma della parete addominale anteriore*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 16, p. 512, 1929.
- AUVRAY et MARCILLE. *Fibrome de la paroi abdominale*. Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1899.
- BARD. *Fibrome aponevrotique intrapariétal de la paroi abdom. ant.* Lyon Méd., p. 301, n. 43, XVI, 1877.
- BASZYNSKI. *Ueber die Fibrome der Bauchdecken*. Diss. Freiburg, 1901.
- BECKER. *Ueber Desmoide der Bauchdecken*. Monatschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenk., a. 28, n. 1, p. 18, 1921.
- BIANCHETTI. *Sopra un raro tumore dei muscoli delle pareti addominali*. Il Morgagni, a. 64, p. 105, 1922.
- BIREAU D. *Fibromes de la paroi abdominale antérieure*. Thèse Bordeaux, 1897.
- BIRD. *Tumours of the anterior abdominal wall*. The Lancet, sept. 27, 1902.
- BODENSTEIN. *Ueber Desmoide der Bauchdecken*. Münch. med. Wochenschr., n. 1, 1892.
- BOBIN. *Des tumeurs fibreuses péripétriennes chez la femme*. Thèse de Paris, 1861.
- BONNEAU. *Le fibrome de la concavité de l'arcade crurale*. La Presse Médicale, p. 485, 1929.
- BURGER. *Bauchdeckendesmoid*. Zeut. f. Gyn., n. 19, 1905.

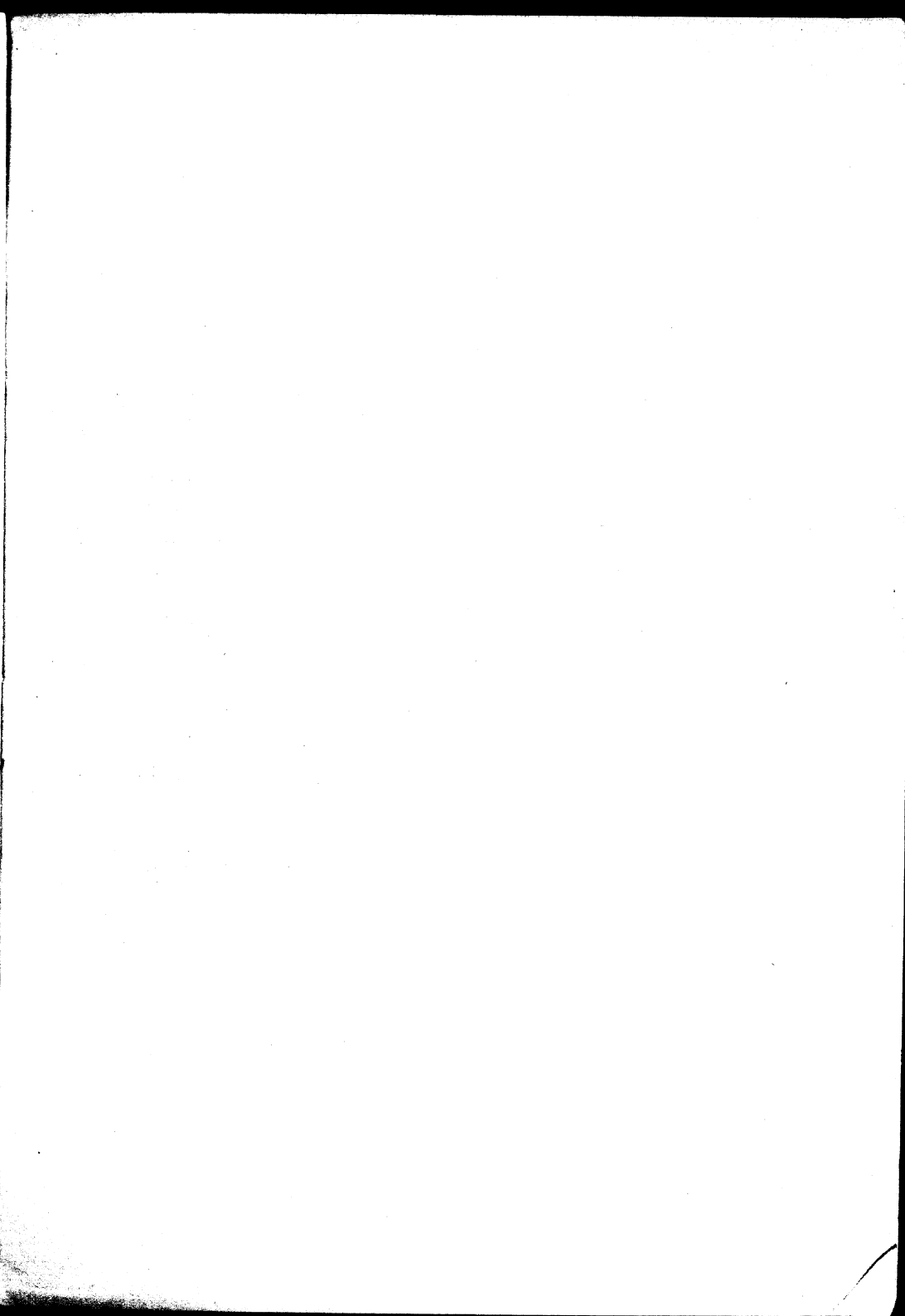
- CABN. *Ein Fall von Fibrom der Bauchdecken in einer Appendektomienarbe*. Zentralblatt f. Chir., XLIX, n. 4, 1922.
- CARDARELLI. *Tumore della parete addominale*. Studium, a. V, n. 3, 1912.
- CAURET. *Fibrome de la paroi abdominale*. La Presse Médicale, 1902.
- CECCHERELLI. *Fibroma della parete addominale e perinefrile sclero-adiposa sinistra*. La Clinica Chirurgica, t. XXII, n. 3, 1914.
- CIGERL. *Fibroma della parete addominale*. Giorn. Med. Osp. Civ. di Venezia, giugno 1930.
- CLARET. *Tumeurs primitives de la paroi abdominale antérieure*. Thèse de Paris, 1890.
- DAMALIX. *Fibromes de la paroi abdominale antér.* Thèse de Paris, 1886.
- DELBET. *Fibrome de la paroi abdominale*. Journ. de Prat., XXXVI, 630, 1922.
- Id. *Fibrome de la paroi abdominale*. Le Progrès Médical, n. 3, 1924.
- DESPRES. *Fibrome de la paroi chez une femme de 80 ans*. Bull. de la Soc. de Chir., 1878.
- DUCHÉNE-MARULAZ. *Des fibromyomes de la paroi abdom.* Thèse de Lyon, 1898.
- DUPLAY. *Fibrome de la paroi abdominale*. La Presse Médicale, p. 95, 1899.
- ERNER. *Grosses Fibrome der Bauchdecken; extirpation mit Eröffnung des Peritoneums*. Berl. Klin. Woch., n. 37, S. 528, 1880.
- FABRIS. *Sui fibromi della parete addominale*. Morgagni, n. 1, parte I, pag. 22, 1912; La clin. Chir., p. 507, 1912.
- FARAYRE. *Des fibromes de la paroi abdominale*. Thèse de Montpellier, 1896.
- FLATAU. *Desmoid der Bauchdecken*. Münch. Mediz. Wochschr., n. 40, p. 1957, 1905.
- GROSS. *Des tumeurs de la paroi abd. ant.* Semaine Méd., p. 169, 1893.
- GUICCIARDI. *Contributo allo studio dei tumori delle pareti addominali*. La Ginecologia, anno VII, n. 11, 1910.
- HERZOG. *Ueber Fibrome der Bauchdecken*. München., 1883.
- JEMINA. *Contributo statistico-clinico ed anatomo-patologico alla conoscenza dei tumori (desmoidi) della parete addominale nell'infanzia*. Pediatria, Arch. di Pat. e Clin. Pediatr., vol. 3, p. 1-19, 1929.
- KIRMISSON. *Volumineux fibrome calcifié de la paroi abdom. ant. chez un jeune-homme etc.* Bull. de Chir., p. 442, 1889.
- LABRÉ et RENVY. *Traité des fibromes de la paroi abdominale*. Paris, 1888.
- LEDBERHOSE. *Die Kirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken*. Deut. Chir., Bd. 45, 1890.
- LE DENTU. *Fibrome de la paroi abdominale développé dans la cicatrice d'une ancienne ovariotomie*. Bull. Soc. Chir. Paris, p. 934, 1890.
- LEDRU. *Extirpation d'un fibrome de la paroi abdom., adhérent au péritoine*. Séan. Méd., p. 159, 1891.
- LEQUETTE. *Fibromes pseudopédicules de la paroi abdominale antérieure*. Thèse de Lille, 1894.
- LUDWIG A. *Das Desmoid der Bauchdecken eine Hypertrophierende Muskelnarbe*. Münch. Med. Woch., n. 39, p. 1364, 1924.
- MARCHAND. *Fibrome volumineux de la paroi abdom.* Bull. de Chir., 25, VII, 1888.
- MASON. *Desmoid Tumors*. Ann. of Surg., p. 32, sett. 1930, p. 444.
- MERLINI. *Sul fibroma delle pareti addominali*. La Pratica Chirurgica e delle Discipline affini, a. 1, n. 6, p. 241, 1926.
- MORESTIN. *Fibrome de la paroi abdominale*. Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, maggio 1913.
- MUCCI e PROTTI. *Considerazioni sopra un caso di fibroleyomioma (perivascolare) del piccolo obliquo dell'addome*. Tumori, a. II, n. 2, p. 238, 1924.
- MÜLLER. *Fibrome du muscle grand droit*. La Presse Médicale, p. 1700, 1931.
- NICAISE. *Tumeur fibreuse de la paroi abdom.* Gaz. des Hôp., p. 132, 1877.
- NICHOLS RALPH W. *Desmoid Tumors. A report of thirty-one cases*. Arch. of Surg., vol. 7, n. 1, pag. 227, 1923.
- PACETTO. *Contributo allo studio del fibroma delle pareti addominali*. Studi Sassaesi, serie II, vol. IV, fasc. 11, 1926; La Clin. Chir., n. 8, 1926.
- PERACCHIA. *Fibroleyomioma della parete del grande obliquo dell'addome*. Ann. II. di Chir., n. 12, 1923.
- PEREZ. *Malattie da cause microbiche*. Tipografia Failli, Roma, 1932.
- PETRUSCO et NOVLEANO. *Le fibrome de la paroi abdominale*. Journ. de Chir., t. 26, n. 5, 1925; La Clin. Chir., p. 284, 1926.

- PREIFFER. *Die Desmoide der Bauchdecken und ihre Prognose*. Beitr. z. Klin. Chir., Bd. 44, Hl. 2, 1904.
- POLACCO. *Fibroma voluminoso della parete addominale*. Arch. It. di Chir., t. XIX, p. 741, 1927.
- RENDU. *Fibrome de la paroi abdom. ant.; opération; guérison*. Lyon Méd., n. 1, 1901.
- RUNK. *Zur Histologie der Bauchdeckenfibrome*. Diss., Würzburg, 1891.
- SANTI. *Fibroma originatosi su cicatrice laparotomica*. La Ginecologia, t. X, n. 6, 1913.
- SAUGER. *Ueber Desmoide Geschwülste der Bauchwand und deren operation mit Resektion des Peritoneum*. Arch. f. Gyn., n. 24, 1884.
- SCALONE. *Sull'origine infiammatoria di alcuni tumori fibrosi della parete addominale*. Giorn. Internaz. delle Scienze Mediche, fasc. 23, 1908; La Clinica Chir., p. 313, 1909.
- SCHWARZ. *Tumeur fibreuse de la paroi abdom. prise pour un Kyste de l'ovaire*. Soc. de Chir., 26, II; Jahresb., p. 257, 1902.
- STEWART M. J. e MONAT T. B. *Fibroma of the abdominal Wall*. Brit. Journal of Surg., vol. 12, n. 46, p. 355, 1924; La Clin. Chir., p. 279, 1925.
- SONNTAG. *Ueber das Fibrom den Bauchdecken (sogenn. Desmoid)*. Münch. Med. Woch., Jahrg. 72, n. 8, p. 301, 1925.
- STONE H. B. *Desmoid tumors of the Abdominal Wall*. Ann. of Surg., XLVIII, 175, 1908.
- STOPPATO. *Tumori*, 1922.
- TADDEI C. *Sui tumori della regione inguinale della donna e su quelli del legamento rotondo in ispecie*. La Clin. Chir., n. 9-10, 1910.
- TADDEI D. *Trattato di semiologia fisica e diagnostica chirurgica*. Vol. I. Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino, 1931.
- TANSINI. *Estrirpazione di un voluminoso fibrosarcoma della parete addominale*. Rass. di Scienze Mediche, p. 253, 1891.
- TEMOIN. *Tumeur fibreuse de la paroi abdominal chez l'enfant*. Ann. de Gyn. et d'Obst., p. 516, Bd. 39.
- VERGESI. *Contributo allo studio dei tumori del legamento rotondo*. Folia Gyn., vol. 20, n. 4, 1924.
- WASSILEWSKY. *Ablation des fibromes de la paroi abdominale*. Thèse de Montpellier, 1903.
- WEHKE. *Sulle forme infiammatorie e sugli ematomi della parete addominale*. Acta Chirurgica Scandinavica, n. 6, vol. XLIII, 1928; La Clin. Chir., p. 232, 1929.

70857







“IL POLICLINICO,”

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante

diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica • Chirurgica • Pratica

IL POLICLINICO

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

LA SEZIONE PRATICA

che per sè 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 discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

Non trascura di tenere informati i lettori sulle scoperte ed applicazioni nuove, sui rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, sui nuovi strumenti, ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori.

Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonché ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al « Policlinico » per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

per gl'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 più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI PER IL 1933

	Italia	Estero
Singoli:		
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 58.80	L. 100
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	» 50 —	» 60
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 50 —	» 60
Cumulativi:		
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	» 100 —	» 150
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	» 100 —	» 150
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgia)	» 125 —	» 180

Un numero della sezione medica o chirurgica L. 6, della pratica L. 3.50

» Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno

L'abbonamento non disdetto prima del 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo.

Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del «Policlinico», LUIGI POZZI

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, 14 — ROMA Telefono (42-309)

Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.

La Sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.