

557

DoTT. TITO TOSONOTTI

Contributo allo studio dei tumori maligni dell'appendice

Sarcoma primitivo di appendice erniata

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica), Volume XLVIII (1941)



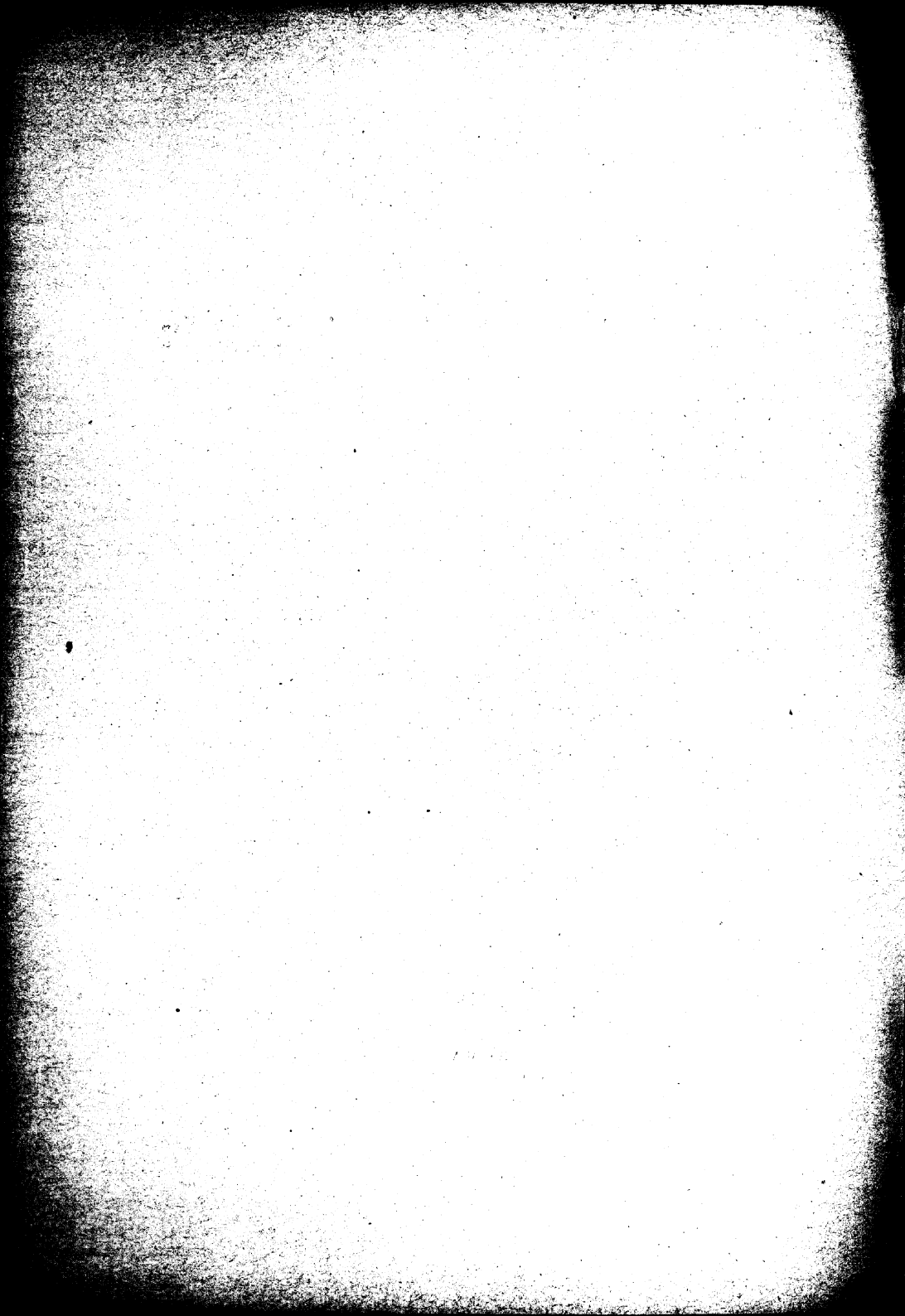
80
B
33

ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1941



DOCT. TITO TOSONOTTI

Contributo allo studio dei tumori maligni dell'appendice
Sarcoma primitivo di appendice erniata

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica), Volume XLVIII (1941)

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

1941

PROPRIETÀ LETTERARIA

OSPEDALE SAN CARLO - GENOVA-VOLTRI

Contributo allo studio dei tumori maligni dell'appendice.

Sarcoma primitivo di appendice erniata.

Dott. TITO TOSONOTTI, primario chirurgo

Affezioni maligne primarie dell'appendice furono rese note per la prima volta da Merling che, nel 1838, descrisse il caso di una ragazza deceduta di peritonite generale quale conseguenza della perforazione dell'appendice.

L'appendice fu trovata spessa, compatta e sede di piccoli noduli, che egli classificò quali carcinomi primitivi.

Prus, nello stesso anno, descrisse due casi di cancro dell'appendice, e, successivamente, Rokitsansky, Kolaszeck, Gelez, Lemaître riportarono altri casi di carcinoma primitivo dell'appendice. Tutte queste osservazioni mancano, però, di esame istologico, o questo è insufficientemente descritto, per cui sorge spontaneo il dubbio che possa essersi trattato di granulomi o di altri neoplasmi.

Il primo caso di tumore primitivo maligno dell'appendice studiato istologicamente fu descritto da Thiersch, nel 1882, si trattava di un adenocarcinoma.

Il primo caso di sarcoma primitivo dell'appendice fu descritto da Hastings Guilford, nel 1893, con reperto istologico di sarcoma a cellule fusate.

Dopo queste osservazioni, i casi di carcinomi e sarcomi appendicolari istologicamente accertati sono andati via via aumentando, con una grandissima prevalenza per le forme carcinomatose. Harte, di Filadelfia, nel 1908, dopo una assai accurata ricerca nella letteratura mondiale per raggruppare tutti i casi di neoplasie maligne dell'appendice, ne raccoglieva 120 casi, dei quali 114 erano carcinomi e 6 sarcomi.

Golstein, nel 1921, elenca a circa 325 i casi di tumori maligni primitivi dell'appendice, dei quali solo 8 o 9 sarebbero casi certi di sarcoma.

Wohl, però, già, nel 1916 ne raccoglieva 11 casi.

Dal 1921 a tutt'oggi, su circa 30 casi di neoplasmi maligni appendicolari da me raccolti solo cinque risultarono sarcomi.

Certo è che i sarcomi primitivi dell'appendice si aggirano oggi appena sulla ventina, dei quali alcuni sarebbero dubbi. Il contributo clinico italiano è rappresentato, a quanto mi risulta, dal solo caso di Capecechi, per cui ritengo opportuno riferire un'osservazione personale specialmente per alcune sue speciali particolarità e considerazioni.

C. Lorenzo, fu Giuseppe, a. 63, coniugato, falegname. Ricoverato il 18 ottobre 1939.

A. F. Padre morto a 82 anni, madre a 91, di malattia imprecisata. Due fratelli morti in tenera età di malattie esantematiche; tre fratelli viventi e sani.

A. P. Non ha sofferto malattie degne di nota prima dell'attuale.

Da tre anni ha notato la comparsa di una tumefazione alla regione inguinale destra, per la quale chiese il parere di un sanitario, che, diagnosticata un'ernia, consigliò l'intervento chirurgico. L'ammalato non si decise per l'operazione, ma applicò un cinto contenitivo, che portò non regolarmente, e continuò il lavoro senza avvertire apprezzabili disturbi. Quando la tumefazione si faceva molto pronunziata, con la semplice pressione veniva ridotta facilmente dall'ammalato. La sintomatologia andò, in seguito, però, modificandosi, e da un anno circa l'ammalato veniva preso, saltuariamente, da dolori addominali, localizzabili maggiormente al quadrante inferiore di destra, dolori che insorgevano e si facevano più intensi quando appariva la tumefazione all'inguine, dove allora avevano il massimo di intensità. Colla posizione orizzontale e la riduzione dell'ernia, che avveniva anche spontaneamente, il malato otteneva un sollievo immediato, persistendo, però, una certa dolenza al basso ventre. La tumefazione andò lentamente aumentando di volume e di consistenza, e nei tre mesi prima del ricovero il malato non riusciva più a ridurla, mentre la dolorabilità della parte si faceva più viva e persistente.

Non si è accorto di aver avuto febbre, non vomito.

E. O.: Individuo in mediocre stato di nutrizione, di colorito piuttosto pallido.

Nulla di notevole ai diversi apparati. Alla regione inguinoscrotale destra, stando l'ammalato in posizione eretta, si nota una tumefazione di forma oblunga, che occupa la parte inferiore della regione inguinale e la radice dello scroto; la cute soprastante è di colorito normale, senza alcun segno infiammatorio nè presenza di appariscente reticolo venoso, sollevabile normalmente in pliche. Facendo tossire l'ammalato, l'impulso dovuto all'aumento della pressione endoaddominale è trasmesso alla tumefazione, la quale, però, non aumenta sensibilmente di volume. Esaminando l'ammalato in posizione supina, la tumefazione inguinale non si riduce spontaneamente e praticando opportune manovre di taxis si riesce a ridurla in minima parte, provocando viva dolorabilità. Colla palpazione si rileva che la tumefazione, la quale occupa il canale inguinale e fuoriesce dall'anello inguinale esterno, è di consistenza dura-elastica, irregolare; nei tentativi di riduzione si avverte un caratteristico crepitio, simile al rumore dello sfregamento di due superfici sierose ruvide; la percussione dà suono ottuso. Alvo libero alle feci ed ai gas.

E fatta diagnosi di ernia inguinale obliqua esterna destra epiploica irriducibile.

S'interviene lo stesso giorno del ricovero in anestesia locale percaïnica, previa incisione di preanestesi.

Incisione solita per l'ernia inguinale. Aperto il sacco, si riscontra che il contenuto di esso è costituito dall'appendice, aderente, notevolmente aumentata di volume, specie nella sua parte prossimale, ove essa è come avvolta da una massa tumorale, che fa corpo con l'appendice stessa. Gli elementi del cordone funicolare sono tenacemente aderenti al sacco e mediante questo alla massa tumorale appendicolare, infiltrati, tanto che riesce impossibile isolarli senza lacerarli.

L'aspetto della massa riscontrata, l'infiltrazione del sacco erniario e degli elementi del funicolo fanno propendere per una neoplasia mali moris, per cui, ritenendo necessario un intervento ampio e radicale, si avverte il paziente della necessaria resezione del funicolo col sacrificio del testicolo.

Accondiscendendo l'ammalato, si amplia l'incisione inguinale verso l'alto, praticando un'erniotomia per un esame accurato del segmento intestinale ileo-cecocolico, che appare integro, arrestandosi la massa tumorale alla base dell'appendice, senza interessare apparentemente il cieco. Ciononostante si giudica opportuno e si pratica la resezione del fondo cecale, asportandolo in blocco con l'appendice. Si procede, quindi, ad orchietomia, resecando il funicolo più prossimamente possibile. Non si rilevano linfoghiandole ingrossate nel mesoappendice, che si asporta nel modo più radicale. Resezione ampia del sacco, chiusura completa del peritoneo e plastica delle pareti addominali. Decorso post-operatorio regolare, guarigione per prima. L'ammalato è dimesso chirurgicamente guarito il 30 ottobre 1939.

Dall'esame macroscopico del pezzo asportato si rileva che l'appendice, notevolmente

aumentata di volume, irregolare nella sua parte prossimale, è come avvolta da una massa tumorale, della grandezza circa di un uovo di piccione, di consistenza molle, carnosa, in intimi rapporti con l'appendice, di cui, evidentemente, costringe le pareti, riducendone il lume. La parte distale dell'appendice si presenta apparentemente libera da neoformazioni, ma ingrossata, con sierosa un po' iperemica. Al taglio la massa tumorale appare di consistenza molliccia, di colore biancastro; col raschiamento si ha uno scarso succo lattescente.

Incise le pareti appendicolari, che sono ispessite e di consistenza non uniforme, si rinviene nel lume dell'appendice all'altezza della neoformazione e come da essa inglobato un piccolo chiodo a larga capocchia e a gambo breve, della specie di quelli usati dai tappezzieri per la imbottitura (1).

Esame istologico. L'esame istologico eseguito dal dott. G. Solimano, direttore dei Gabinetti Anatomici Patologici degli Ospedali Duchessa di Galiera di Genova praticato su sezioni convenientemente colorate, fatte in diversi punti del tumore ha dimostrato: A piccolo ingrandimento un tessuto costituito da un reticolo talora molto delicato, nelle cui maglie sono contenute numerosissime cellule di forme e dimensioni varie. A maggiore ingrandimento tali cellule lasciano apparire, ancora più nettamente, il loro polimorfismo, essendo rappresentate da elementi di forma prevalentemente ovoidale e da altri di forma rotondeggiante o poligonale.

Si osservano inoltre degli elementi di dimensioni notevoli, talora giganteschi, a contorni irregolari, contenenti numerosi nuclei per lo più raccolti verso la parte centrale e di solito poveri di reticolo cromatico. Si nota, altresì, a carico della mucosa appendicolare un certo grado di atrofia e zone di infiltrazione parvicellulare nella sottomucosa.

Diagnosi istologica: sarcoma e cellule polimorfe, probabilmente originatosi dal connettivo della sottomucosa appendicolare. Appendicite cronica.

Appare il nostro un caso evidente di sarcoma primitivo dell'appendice erniata.

Il chiaro reperto istologico ci dispensa dal porre una diagnosi differenziale con altre forme neoplastiche o granulomatose.

Il caso di sarcoma primitivo dell'appendice, descritto da Guilford nel 1893, riguardava una donna di 27 anni, che soffriva di stitichezza e che giunse all'intervento dopo tre attacchi appendicolari. Fu praticata l'appendicectomia con resezione del cieco, cui seguì la guarigione. Si trovò nell'appendice una concrezione circondata da un sarcoma con segni di flogosi cronica appendicolare. L'esame istologico dimostrò un sarcoma fuso cellulare.

Seguirono all'osservazione di Guilford i casi di Glabebrook 1895 (autopsia, dubbio), Warren 1898, Dawis 1900, Paterson 1903, Bernays 1905 (dubbio), Cawardine 1907 (2 casi), Jong, Stewart 1908 (dubbio), Struit 1910, Power, Jones, Wrigt 1911, Berard, Vignard 1912, Wite e Wahland 1913, Smidl, Wohl 1916, Goldstein, Rehdenburg (dubbio), Cary 1921, Friend 1926, Capecchi, Burlakov 1927, Bykowski 1929.

Tali casi raccolti in una accurata ricerca bibliografica, coll'assai limitato loro numero, dimostrano la grande rarità del sarcoma primitivo dell'appendice. Dall'esame di queste osservazioni si rileva che l'affezione ha colpito, in genere, individui in età giovanile: i soggetti più giovani sono quelli di Rehdenburg e di Warren, rispettivamente di quattro e sei anni, il nostro di 63 sarebbe il soggetto più anziano, seguendo quello di Dawis che contava 51 anni. Riguardo al sesso, mentre per il carcinoma è stata notata una maggiore

(1) L'ammalato non ricordava di aver inghiottito il chiodo, ma aveva l'abitudine, assai diffusa fra i falegnami e i tappezzieri, di trattenere tra le labbra, durante il lavoro, chiodi; evidentemente il chiodino era stato inghiottito dall'ammalato senza farci caso.

frequenza nel sesso femminile, per il sarcoma esisterebbe una leggera prevalenza per il sesso maschile, fatto che non avrebbe però, particolare significato.

Circa l'eziologia, come per il carcinoma, così per il sarcoma, la preesistenza di fatti infiammatori a carico dell'appendice rappresenterebbe un fattore eziologico importante, e nella quasi totalità dei casi si riscontrano nella storia degli ammalati sofferenze appendicolari di vario grado, in genere subacute o croniche. Bobbio, a questo riguardo, così si esprime: « L'ammettere che il fatto flogistico sia il fatto primitivo a cui segue il processo neoplastico è logico. Che esista fra i due fatti un nesso di causa ed effetto io credo pure non si possa negare, dato che oggi giorno fra i tanti momenti eziologici invocati per spiegare l'origine dei tumori maligni, nell'oscurità che avvolge ancora tale problema, quello del rapporto fra cause irritanti, in senso largo, e tumore maligno è ancora uno dei più chiari e frequenti ».

Fatti infiammatori appendicolari possono essere, però, anche complicanza di neoplasmi dell'appendice.

E Paolucci scrive: « ... ci si può domandare se l'infiammazione preceda o complich i neoplasmi, ed in verità tutti e due i casi sono ammissibili, sia perchè più è facile l'insediarsi di un fatto infiammatorio su di un'appendice già invasa da una proliferazione epiteliale, sia, d'altra parte, perchè accade assai spesso di trovare in un'appendice in preda ad un processo neoplastico delle zone cicatriziali o di infiltrazioni infiammatorie, che stanno a testimoniare un fatto flogistico pregresso e coesistente ».

Nel nostro caso è da notare il fatto che l'ernia, datante da tre anni, fu sempre riducibile e non recò mai all'ammalato disturbi apprezzabili; solo da un anno erano comparsi dolori addominali, l'ernia si era fatta assai dolorosa e da tre mesi irriducibile.

Non si può attribuire tale sintomatologia o fatti di strozzamento, perchè mai si ebbe il carattere tumultuoso a quello inerente; ma essa era da mettere in rapporto alle condizioni dell'appendice, nella quale si erano andati istituendo fatti infiammatori cronici prima, seguiti da un processo neoplastico.

Circa l'insorgere di fatti infiammatori è da considerare la presenza nel lume appendicolare del corpo estraneo, rappresentato dal piccolo chiodo, e dall'essere l'appendice erniata. A quest'ultimo riguardo, è noto che l'appendice erniata s'infiamma con grande facilità, tanto che essa solo raramente si trova libera nel sacco; ma nella maggioranza dei casi presenta aderenze, che rivelano un processo infiammatorio pregresso. Ed è da ritenere probabile che in un organo cronicamente infiammato, come dobbiamo considerare l'appendice del nostro caso, si sia sviluppato il processo neoplastico. Si può ammettere che fino a quando l'appendice fu riducibile e non diede fenomeni morbosi notevoli non si svolgeva in essa che un semplice processo infiammatorio cronico, e fu solo quando cominciò a svilupparsi il neoplasma che i fatti irritativi divennero intensi, insorsero accessi dolorosi e si formarono aderenze col sacco.

Successivamente, l'invasione neoplastica, sorpassate le pareti appendicolari, si è diffusa al sacco ed agli elementi del funicolo.

Nel nostro caso, pertanto, il processo infiammatorio appendicolare cronico, la presenza del corpo estraneo nel lume appendicolare, il fatto di essere l'appendice erniata, le ripetute manovre di riduzione praticate rappresen-

rebbero multiple e concordi cause irritative e traumatiche, che possono aver favorito l'insorgenza della neoplasia.

Il nostro è l'unico caso noto di sarcoma primitivo in appendice erniata; carcinomi invece furono descritti da Patel, Gangitano e Bobbio.

La sintomatologia è stata in generale pressochè uguale, poichè in tutti i casi si sono avuti sintomi di appendicite subacuta o cronica e qualche volta anche di appendicite acuta, tanto da richiedere un intervento d'urgenza come nei casi di Golstein e Capecechi.

Tale generica sintomatologia appendiciteica ha reso costantemente impossibile la giusta diagnosi, solo Paolucci, in base a particolari rilievi radiologici, in un caso di carcinoma primitivo dell'appendice prima ed in uno di fibroma, poi, poté prospettare la diagnosi preoperatoria di probabile tumore appendicolare.

Nel nostro caso l'ectopia dell'appendice rendeva anche più difficile il pensare ad una neoplasia di questa.

La prognosi del sarcoma dell'appendice è meno favorevole, secondo Wohl, di quella del carcinoma, migliore, tuttavia, se il tumore è situato verso l'estremo distale, meno buona se in prossimità del cieco o a questo diffusa.

Istoanatomopatologicamente, nella grande maggioranza dei casi riferiti predomina il sarcoma a piccole cellule rotonde, di tipo linfocitico per cui si deve parlare propriamente di linfosarcoma (Warren, Paterson, Bernays, Cardine, Power, Berard e Vignard, Wohl, Goldstein, Cary, Rohdenburg, Friend, Bykowiky).

I casi di Guildford e Jones riguardano sarcomi a cellule fusate, quello di Stewart un fibrosarcoma, quello di Glazebrook un sarcoma endoteliale (2).

Nel caso da noi studiato, molto simile a quello di Capecechi, esisteva un evidente polimorfismo cellulare per cui era nettamente precisabile la diagnosi istologica di sarcoma a cellule polimorfe, ed esso ha avuto origine probabilmente dal connettivo della sottomucosa.

Secondo Leorat, vi sarebbe ancora uno stato di confusione in questo gruppo di tumori molto rari dell'appendice; è probabile, tuttavia, in considerazione dei rilievi istologici, che si tratti di due gruppi distinti: i sarcomi propriamente detti, nati a spese del connettivo, ed i linfo sarcomi prodotti dall'iperplasia neofornativa dei follicoli linfatici, quali si possono avere in altri punti dell'intestino. In quest'ultimo genere di sarcoma esisterebbe, a volte, grande difficoltà a determinare istologicamente se si tratta di un tumore infiammatorio risultante da proliferazione del tessuto endoteliale degli spazi linfatici, o di vero sarcoma linfoadenoidale, nel qual caso potrebbe essere d'aiuto al reperto istologico il decorso clinico. La terapia dipende, naturalmente, dalla sede del tumore e dalla sua estensione.

Quando, come nella maggior parte dei casi, il tumore è localizzato ad una certa distanza dal cieco è sufficiente la semplice appendicectomia, con la resezione del mesenteriole e l'asportazione di linfoghiandole viciniori, eventualmente esistenti; quando, invece, il tumore è situato verso la base appendicolare è opportuna la resezione del cieco, (Guildford, Paolucci). Nel nostro caso, per l'infiltrazione diffusa agli elementi del funicolo, abbiamo dovuto procedere anche alla sua resezione, praticando l'orchietomia.

Gli esiti postoperatorii si possono considerare in genere buoni, presumi-

bilmente riferibili alla precoce rimozione dell'appendice indicata dalla sintomatologia appendicistica.

In tre casi, Bernays, Caxardine, Wohl si ebbe recidiva, seguita da morte a distanza di qualche mese dall'atto operatorio. Nel caso di Paterson il paziente morì sei ore dopo l'intervento e il paziente di Powers morì dopo circa due mesi, per supposta sascomatosi generale. Il nostro ammalato a quasi due anni dall'operazione continua a star bene e non presenta manifestazioni cliniche di recidiva o metastasi.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su un caso di sarcoma primitivo dell'appendice dal punto di vista clinico ed istologico. Esso rappresenta il secondo contributo clinico italiano alla conoscenza della rara neoplasia appendicolare, ed il primo caso riscontrato in appendice erniata.

Fa una rapida rassegna dei pochi casi noti di sarcoma primitivo dell'appendice e riassume i dati più importanti della rara affezione.

BIBLIOGRAFIA.

- GUILFORD. *Lancet*, II, 241, 1893.
 GLAZENBROOK. *Virg. M. Month.*, Richmond, 1895.
 WARREN. *Boston Med. and Surg. Journ.*, febbraio 1898.
 DAVIS. *Journ. Am. Med. Ass.*, dicembre 1900.
 PATERSON. *Practitioner*, LXX, 1903.
 BERNAYS. Citato da VÖHL, 1905.
 CAVARDINE E. *Brit. Med. Journal*, London, 1907.
 JONG. *Mittlg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, XVIII, 1938.
 STEWART G. *Ann. Surg. Phila*, 1908.
 STRUIT L. *Med. Rev. Bergen*, 1910.
 GANGITANO. *Riforma Med.* fasc. 26, 1910.
 POWERS. *Colorado Med. Bender, New York M. J.*, 1911.
 IONES. *Singery Gynicol and. obstetrics*, Febr. 1911.
 WRIGHT G. *Brit. Medical Journal*, London, 1911.
 BERARD et VIGNARD. *L'appendice*, 1912.
 WITE and WHALAND. *Med. and Surg. Rep. Epix Hosp. Phila*, 1913.
 SMITH. Citato da Wohl, 1916.
 WOHL. *Ann. f. Surg. Phila*, 1916.
 BOBBIO. *Arch. Ital. Chir.*, Vol. I, 1919.
 GOLDSTEIN. *Am. Journal of the Med. Sc.*, Giugno 1921.
 CARY E. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Vol. 33, pag. 436, 1921.
 ROHDENBURG. *Proc. New York, Path. Soc.* 1921.
 LEORAT L. *Gazette des Hopitaux*, n. 25, 1925.
 LEORAT L. *Gazette des Hopitaux*, n. 27, 1925.
 CIPOLLINO. *Arch. Ital. Chir.*, Vol. 13, 1925.
 FRIEND E. *Illinois med. joru.*, Bd. 50, n. 1, p. 55, 1926.
 PAOLUCCI R. *Atti dell'Ospedale di Lanciano*, 1927.
 CAPECCHI E. *Il Policlinico, Sez. Chirurgica*, fasc. 4, 1927.
 BURIAKOV M. *Jurnal sovremennidi chirurgii*, Bd. 2, Liepg 4, 1827.
 BYKOWSKY S. *Vest. Khir.*, Nes. 45-46, 1929.
 PETIT R. *Bull. et memoires de Soc. des chirurgiens de Paris*, pag. 501, n. 12, 1931.
 NORMENT N. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, pag. 590, n. 5, 1932.
 FONTANESI. *Policlinico, Sez. Chir.*, fasc. 10, 1938.
 PALUMBO. *Policlinico, Sez. Chir.*, fasc. 3, 1939.
 PAOLUCCI. *Sei anni di Chirurgia a Bologna*, Cappelli, Bologna, 1940.



"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 nonchè 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.

PREZZI DI ABBONAMENTO ANNUO

	Italia	Estero	
Singoli:			Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	90 -	L. 135	La Sezione medica e la Sezione chirurgica si pubblicano, ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 32-36-40 pagine ed oltre, che in fine d'anno tornano due distinti volumi.
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	65 -	» 75	
1-b) Alla sola sez. chirurgica (mensile)	65 -	» 75	
Cumulativi:			La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 28-32 pagine, oltre la copertina.
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	140 -	» 195	
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	140 -	» 195	
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	185 -	» 260	

Un numero della sezione medica o chirurgica L. 6, della pratica L. 4

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

L'abbonamento non disdetta prima dal 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo

Indirizzare Vaglia postale, o Assegno Bancario all'editore del "Policlinico", LUIGI POZZI

L'importo dell'abbonamento può essere versato anche nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dello stesso Editore - Roma

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Sistina, 14 - Roma (Telefono 42-309)