

446

Dott. MARCELLO PETACCI

Considerazioni clinico chirurgiche sul cancro del coledoco

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XLV (1938)



81
B
28

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

1938

Dott. MARCELLO PETACCI

Considerazioni clinico chirurgiche sul cancro del coledoco

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XLV (1938)

R O M A

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1938

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courier

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO

Direttore: Prof. MARIO DONATI

Considerazioni clinico chirurgiche sul cancro del coledoco.

Dott. MARCELLO PETACCI, assistente militare.

Capitano Medico R. M.

L'occasione per una rapida sintesi dell'argomento riguardante il cancro del coledoco dal punto di vista della clinica e della patologia mi è data dal caso seguente, giunto all'osservazione nella Clinica Chirurgica della R. Università di Milano.

B. A., uomo di 41 anni, ragioniere. Nulla di particolare negli ascendenti e nei collaterali. Moglie malata, sembra di linfoadenite tubercolare del collo. Due figli del paziente sono sani; un terzo morì a 3 anni per meningite tubercolare. La moglie abortì due volte. Il paziente è forte fumatore e modico bevitore.

A 20 anni ebbe blenorragia. Da circa due anni soffre di dolori all'ipocondrio destro, prevalentemente mattutini, di tipo trafittivo e ricomparenti ad accessi. In principio i dolori si attenuavano con il caldo applicato localmente. Con la comparsa dei dolori ebbe inizio un progressivo deperimento. Negli ultimi mesi le crisi dolorose si sono accompagnate con brividi.

Nel maggio '36, dopo una crisi dolorosa più intensa, comparve ittero con rialzi termici a 38°. Da allora le crisi dolorose si fecero più frequenti con rialzi termici passeggeri. L'ittero non scomparve mai del tutto. Dall'aprile del '37 gli accessi si sono fatti quotidiani con brividi e febbre; il dolore si irradia dall'ipocondrio destro alla spalla dello stesso lato. È ricoverato il 31 maggio nella Clinica Medica diretta dal professor Zoia, dove sono raccolti i seguenti dati.

Apparato respiratorio (31 maggio 1937): Intenso opacamento, non uniforme, di natura in parte pleurica ed in parte parenchimale, interessante il lobo polmonare superiore destro. L'alterazione della regione sottoclaveare presenta un aspetto leggermente panico, con numerose aree di vario volume d'iperdiafanità. Il quadro radiologico è tipico di una lobite (lobite specifica?). Discreta trasparenza della base del polmone destro e di tutto il polmone sinistro. Segni di corticopleurite dell'apice sinistro. Basi polmonari bene espansibili.

Esame dello stomaco e del duodeno (16 giugno 1937). All'indagine preliminare radioscopica dell'addome si nota una intensa aerocolia a carico del colon destro. Regolare deflusso del bario lungo l'esofago. Stomaco vuoto a digiuno. Col pasto opaco il viscere appare ortotonico, normale per forma, volume, rapporti e spostabilità. Il suo polo caudale arriva, a paziente in posizione ortostatica, a circa un dito trasverso al di sotto della cresta iliaca. Curvature regolari. Peristalsi attiva, con onde di media profondità, che nella regione antrale assumono carattere strozzante, per continuarsi senza arresti patologici fino al piloro.

Facile deflusso del bario in duodeno. Bulbo bene riempito, a contorni nettamente demarcati, senza deformazioni sospette di una lesione ulcerativa. Regolare l'aspetto e il decorso dell'ansa duodenale. Lo svuotamento gastrico non è ritardato; si compie in circa tre ore.

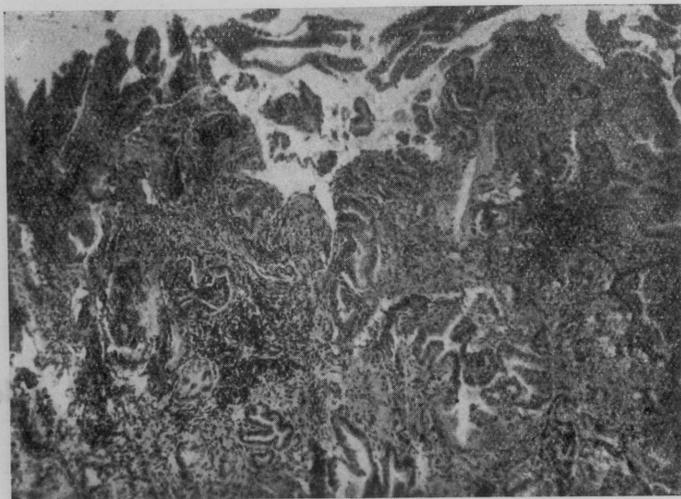


FIG. 1.

Non alterazioni della canalizzazione ileale. Alla quinta ora appare visualizzata la metà prossimale del crasso, che presenta un aspetto diffusamente mazzato, per mescolanza del bario con il contenuto intestinale e con i gas.

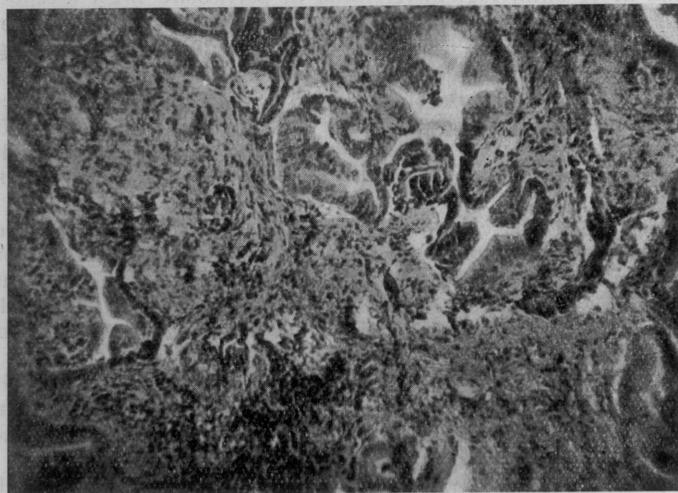


FIG. 2.

Il cieco si localizza nella fossa iliaca destra: esso presenta contorni netti; la sua spostabilità è conservata. Visibile parzialmente l'appendice, che mostra un calibro medio, uniforme ed atteggiamenti variabili con la compressione e con le variazioni del decubito.

Conclusioni: Non si hanno elementi per ammettere una lesione organica gastroduodenale.

Reazione di Wassermann negativa. Reazione di Kahn negativa.

Dalla Clinica Medica il malato è inviato in Clinica Chirurgica il 24 luglio. Le sue condizioni generali appaiono notevolmente scadute. L'aspetto è sofferente. Pelle e mucose itteriche. Dentatura guasta. Tonsille modicamente ipertrofiche. Reperto plessico e ascoltorio normale per il cuore e per i polmoni.

All'esame dell'addome si nota una lieve asimmetria per relativa dilatazione della regione ipocondriaca destra. Qui la palpazione desta dolore muscolare. Il fegato sporge di due dita trasverse; il diametro verticale è sulla emiclaveare di 21 centimetri, sulla linea mediana di 19 cm.; il margine inferiore è duro, elastico, sottile. Evidente il segno di Murphy. La pressione sul punto dorsale di Boas desta dolore. Nulla di notevole a carico della milza e dei reni.

Ernia inguino-scrotale a sinistra.

Polso 80. Mx 105, Mn 95, 1,0, 2,5. Temperatura 37°.

Le urine sono intensamente itteriche; nel sedimento cellule vescicali, numerosi globuli bianchi e cristalli ossalici. Azotemia 0,28 per mille.

Un tentativo di sondaggio duodenale non riesce per mancata penetrazione della sonda nel duodeno.

Tempo di emorragia 2 minuti. Tempo di ccagulazione 7 minuti.

L'1 luglio è eseguito l'intervento chirurgico dal prof. M. Donati. Previa anestesia generale eterea è eseguito il taglio laparotomico secondo Donati per accedere alle vie bi-

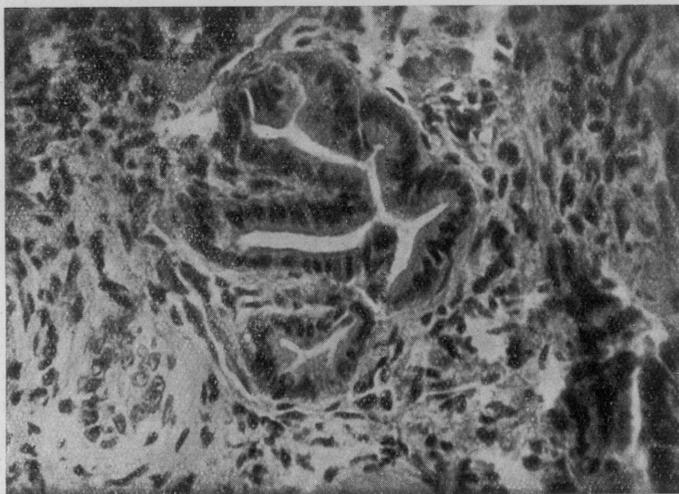


FIG. 3.

liari. La cistifellea appare molto dilatata. Numerose briglie aderenziali avvolgono i dotti extraepatici. Scoperto il coledoco si palpa nel terzo medio del suo decorso un ispessimento; in corrispondenza di questo, incisa la parete, si nota un tessuto neoplastico assai duro di aspetto scirroso. Si sutura con catgut la breccia aperta nel coledoco. Colecistogastrostomia e chiusura del peritoneo. Ricostruzione a strati della parete.

Il decorso postoperatorio è normale. Tuttavia le condizioni generali del malato peggiorano gradualmente e la morte sopraggiunge 20 giorni dopo l'operazione.

L'esame istologico di un frammento prelevato dal tessuto tumorale dimostra una struttura tipica di cancro alveolare (figure 1, 2, 3).

Intensa è la reazione dello stroma con infiltrati degli alveoli epiteliomatosi (fig. 1, 2).

A forte ingrandimento (fig. 3) si constata il carattere cilindrico delle cellule cancerigine, disposte a costituire irregolari palizzate all'intorno delle cavità alveolari, con nuclei atipici. Manca, come ben si vede nella microfotografia, una membrana basale al di sotto dello strato di cellule cancerigine.

Il cancro coledocico è raro se confrontato con il cancro di altre parti dell'apparato digerente, ed anche alquanto più raro del cancro della colecisti; tuttavia esso supera in frequenza i cancri che insorgono negli altri dotti bi-

liari extraepatici. Nella casistica raccolta dal Donati il cancro del coledoco è rappresentato 34 volte, mentre 33 volte risulta primitivamente colpita la confluenza dei tre grossi dotti biliari extraepatici, 25 volte l'epatico, 1 sola volta il cistico.

Il cancro coledocico predilige il sesso maschile ed è questa un'osservazione non priva di un particolare significato, poichè la maggior frequenza del cancro dei dotti biliari nell'uomo sta in contrasto evidente con quanto è noto del cancro della colecisti, che insorge assai più di frequente nel sesso femminile.

Taluni hanno supposto che la maggior frequenza della calcolosi biliare nella donna predisponga al cancro della colecisti, ma con ciò non è ancor spiegato per quale motivo il cancro del coledoco e dell'epatico, indipendentemente dalla colelitiasi prediliga il sesso maschile. Se si considera che nella maggior parte dei casi di carcinoma delle vie biliari manca la colelitiasi, questa perde una gran parte della sua supposta importanza nella patogenesi del cancro.

Si aggiunga che trovandosi associati il tumore e uno o più calcoli, questi risultano di solito essere la conseguenza della colostasi prodotta dal tumore; e su ciò torneremo in seguito.

La frequenza aumenta tra 50 e 70 anni; non mancano tuttavia anche per i cancri del coledoco i soggetti colpiti assai più precocemente, come dimostra il nostro malato, appena quarantenne.

Non risulta dalle indagini anamnestiche e famigliari che questo tipo di cancro abbia caratteri di ereditarietà o sia da mettere in qualche rapporto con alcuni mestieri. Nemmeno i precedenti fatti morbosi, osservati molto irregolarmente nell'ambito dell'apparato digerente (stomaco, intestini e fegato) si possono mettere in qualche nesso causale con lo sviluppo cancerigno.

Ma un punto in particolare del problema patogenetico che riguarda il cancro del coledoco merita ancora qualche riflessione: quello a cui si è già dianzi accennato, ossia il significato dei rapporti di frequenza esistenti tra cancro e colelitiasi.

Dall'esame dei casi controllati chirurgicamente o all'autopsia la calcolosi della cistifellea risulta nel 20 % dei casi di cancro del coledoco (Donati). Questa frequenza non varia di molto dalla frequenza di calcolosi della colecisti concomitante con il cancro degli altri dotti biliari extraepatici: 32 % nei carcinomi della confluenza, 18 % nei carcinomi dell'epatico. Per i cancri primitivi del cistico, data la loro rarità, è difficile stabilire percentuali; si può ricordare tuttavia che Etienne trovò calcolosi della colecisti concomitante con un cancro del cistico.

Da queste statistiche, per quanto eseguite su piccoli numeri, un fatto risulta certo ed è degno di essere particolarmente notato: minima è la combinazione del calcolo con i cancri dell'epatico, che per ragioni anatomiche evidenti non sono in sede atta a produrre la stasi della bile nella colecisti. Sembra piuttosto che i calcoli siano tante più frequenti quanto più favorevoli sono le condizioni per il ristagno della bile e quanto più facilmente la bile stessa permane a contatto con la superficie irregolare del tumore.

Che in tali casi la calcolosi della cistifellea non debba essere considerata di genesi diversa da quella dei calcoli che possono formarsi in qualunque altro punto delle vie biliari, purchè vi sia la stenosi e la conseguente stasi





della bile, sembrano dare prova quei casi in cui il cancro del dotto epatico si accompagna con una calcolosi delle vie biliari intraepatiche. Mentre nei casi di cancro dell'epatico il ristagno di bile nella vescichetta è l'eccezione, questo diventa la regola nei carcinomi del coledoco; con ciò si spiegherebbe la frequente concomitanza della calcolosi della colecisti con i cancri del coledoco.

Per queste considerazioni bisogna stimare che, sebbene non si possa togliere in modo assoluto ogni importanza alla calcolosi nella eziopatogenesi del cancro, questa tuttavia si dovrebbe interpretare nel maggior numero dei casi conseguenza piuttosto che come causa del processo cancerigno.

Il tumore può essere situato in qualunque tratto del coledoco. Nello studio del Donati che già ricordammo il cancro risulta essersi sviluppato 16 volte nella parte inferiore, 10 nella media, 5 nella superiore del coledoco.

Solitamente lo sviluppo neoplastico non assume grandi dimensioni ad eccezione di alcuni casi, come quello del Kraus, nel quale i diametri massimi tumorali erano di 4 e di 8 centimetri e come quelli del De la Camp e del Brenner, in cui il neoplasma era grande quanto un uovo di gallina. La grandezza massima fu notata dallo Schroeder, il quale descrisse un tumore coledocico grosso quanto un pugno.

Altre volte il tessuto blastomatoso infiltra estesamente le pareti del dotto; per cui il dotto acquista un ispessimento uniforme, che conduce al graduale restringimento del lume. In altri casi in fine la vegetazione neoplastica, di aspetto nodoso, sporge dalla superficie mucosa su cui s'impianta e ostruisce il lume. Il suo modo d'impianto è di regola sessile. Se è ancor conservato un rivestimento mucoso della vegetazione neoplastica, essa appare esternamente di colorito roseo, e soltanto negli strati più profondi il tessuto cancerigno si rivela con il caratteristico suo colorito biancastro.

Quando si sappia che i tumori primitivi del coledoco, come quelli degli altri dotti biliari extraepatici, danno metastasi tardivamente e con relativa rarità, bisogna tenerne il dovuto conto nella pratica, perchè tutti i numerosi tentativi di cura chirurgica radicale sono appunto eseguiti nella speranza che il tumore non abbia ancora oltrepassato nella sua diffusione i limiti dell'operabilità. Tuttavia è noto che anche in una fase precoce della proliferazione cancerigna le linfoghiandole della porta hepatis possono essere invase. In alcuni casi le metastasi possono perfino raggiungere nelle linfoghiandole grandezze molto maggiori che quelle del tumore primitivo e farsi esse stesse causa dell'ittero per compressione delle vie biliari e provocare l'ascite per compressione della vena porta.

Si consideri inoltre che le metastasi intraepatiche possono già essere in via di sviluppo ma soltanto microscopicamente riconoscibili, come Devic e Gallavardin dimostrarono per primi.

Il concetto di rarità deve dunque essere inteso in senso relativo, ossia per confronto con altri tumori di altri visceri e di diversa natura istologica. Sta di fatto che le metastasi del cancro coledocico sono assai più frequenti di quanto sostenevano i vecchi autori, come si dimostra nel gruppo dei trenta casi raccolti dal Donati: in questi 14 volte furono constatate metastasi, di cui 7 volte nelle linfoghiandole della regione, 6 volte nel fegato, 1 volta nel fegato e nel pancreas.

La struttura del cancro coledocico corrisponde nella grande maggioranza dei casi a quella di un tessuto epiteliale cubico o cilindrico, disposto in alveoli in mezzo ad un denso stroma connettivale. Nelle cavità alveolari neoplastiche sporgono di sovente proliferazioni villose dell'epitelio di rivestimento.

L'atipia cellulare, l'irregolarità della disposizione epiteliale, per cui accanto ad immagini alveolari si notano aree di proliferazione disordinata in mezzo allo stroma, la mancanza di una vera membrana basale perialveolare son tutti caratteri più che sufficienti a definire la natura maligna di questi epitelomi e a differenziarli dagli adenomi benigni del coledoco. Bisogna notare, a proposito degli adenomi, che questi sono assai rari nelle vie biliari extraepatiche e nel coledoco in particolare, tanto che Pellegrini nel suo recente studio ha potuto raccoglierne soltanto 11 casi da tutta la letteratura.

Più raramente l'epitelioma ha carattere papillifero, apparendo costituito da neoformazioni villose proliferanti sulla superficie interna del dotto, costituite da un asse connettivo-vasale impiantato sulla tonaca propria della mucosa coledocica e da un rivestimento epiteliale che si continua con la mucosa normale del dotto.

Gli autori che fecero tali osservazioni, come lo Huguenin, il Rossoni e il Bastianelli, notarono una intensa proliferazione dei vasi sanguigni nello stroma connettivale dei villi e la scarsa o nulla tendenza del tessuto epiteliomatoso ad infiltrare la parete del dotto: pertanto più che il termine di cancro papillifero si addice a questi blastomi il termine di papillomi, che comprende anche le forme villose di aspetto istologico benigno.

La dilatazione delle vie biliari soprastanti alla sede del tumore è una conseguenza comune dei cancri coledocici, per la stasi della bile. Ricordiamo che nei casi di stenosi prolungata per opera del tumore può apparire distesa tutta quanta la rete dei vasi biliari intraepatici e talora si costituiscono in mezzo al parenchima cavità di aspetto cistico ripiene di sostanze biliari.

Di maggiore interesse clinico è il comportamento della colecisti, per il significato che assume la sua dilatazione nel giudizio di sede dell'ostruzione e nella diagnosi differenziale delle cause che possono averla prodotta. Infatti, secondo la nota legge del Courvoisier, la graduale distensione della colecisti accompagnata dall'ittero indica che l'ostacolo al deflusso della bile è situato al di sotto della confluenza dell'epatico con il cistico; mentre l'ittero progressivo senza ectasia colecistica è conseguenza di un ostacolo posto al di sopra della confluenza. Ma oltre a questo significato, che per evidenti ragioni anatomiche è indiscutibile, la legge di Courvoisier stabilisce che per lo stesso fatto della lenta e graduale distensione della cistifellea coesistendo l'ittero, bisogna sospettare il tumore piuttosto che il calcolo impegnato nel coledoco, perchè nei casi di occlusione da calcolo la colecisti è già di regola sclerosata dai vecchi fatti d'infiammazione calciosa e perciò non più distensibile.

Tuttavia la legge di Courvoisier è lontana dall'aver quel valore di certezza che dopo il Courvoisier altri autori, tra cui con la maggior convinzione il Terrier, avevano sostenuto. Giudicare della natura della ostruzione che impedisce il deflusso della bile attraverso il coledoco dalla presenza o dalla mancanza della dilatazione della cistifellea è un metodo molto infido. Si aggiunga che non soltanto il cancro primitivo del coledoco o del cistico, ma perfino il cancro primitivo dell'epatico può produrre ad un certo mo-

mento della sua evoluzione un ristagno di bile nella colecisti e con ciò la sua distensione. Questi casi di dilatazione colecistica da cancro primitivo dell'epatico raggiungono in una statistica del Donati la cifra elevata del 39 %; nè ciò si potrebbe spiegare altrimenti se non pensando che in tali casi l'osservazione clinica o anatomo-patologica fu compiuta quando già l'infiltrazione cancerigna si era spinta fino al trivio biliare, stenosando lo sbocco del cistico.

La distinzione clinica tra cancri del coledoco e cancri dell'ampolla di Vater è senza dubbio assai difficile; infatti i sintomi fondamentali del cancro coledocico son pure quelli del cancro dell'ampolla: utero progressivo, feci acoliche, dilatazione della colecisti, ingrossamento epatico, graduale aumento della bilirubinemia e della colesterinemia, la quale può raggiungere i più alti valori osservabili in patologia (1).

La comparsa della melena o anche semplicemente di emorragie intestinali occulte dimostrabili con gli esami di laboratorio dovrebbe far propendere, secondo alcuni autori, per la probabilità del cancro vateriano. Tuttavia ricordiamo un caso di cancro dei dotti biliari alla porta hepatis osservato dal Donati, che era accompagnato da gravi enterorragie, e un altro caso di cancro sviluppato alla confluenza del cistico e del coledoco, osservato dal Rossoni e dal Bastianelli, nel quale l'enterorragia fu la causa diretta della morte.

La diatesi emorragica prodotta dalla colemia è senza nella maggior parte di questi cancri delle grosse vie biliari la causa delle enterorragie, sebbene talvolta, come nel caso di Rossoni e Bastianelli, dove il tumore era molto voluminoso e sanguinante, non si possa escludere all'autopsia che il cancro stesso sia il punto di partenza dei gravi fatti emorragici. Ne risulta che durante la fase itterica l'enterorragia non può costituire un sintomo importante per la diagnosi differenziale tra cancro del coledoco e cancro dell'ampolla di Vater.

Maggiore importanza per un giudizio discriminativo può avere l'esame radiologico, quando sia dimostrabile con questo mezzo la deformazione del contorno duodenale prodotta dalla vegetazione cancerigna dell'ampolla di Vater; ma tale dimostrazione non sempre riesce.

Per le stesse ragioni anatomiche può essere impossibile distinguere tra cancro della testa del pancreas e cancro del coledoco; tanto più che l'assenza della glicosuria è lungi dal costituire un dato sufficiente per escludere un processo neoplastico esteso a quella parte del pancreas, che è la meno ricca di tessuto insulare.

La diagnosi differenziale tra cancro della cistifellea e cancro del coledoco è meno difficile. Solitamente l'errore diagnostico consiste nel considerare come cancro della cistifellea il cancro primitivo del coledoco, per la maggior frequenza con cui la colecisti ne è colpita. Una cistifellea assai distesa deve far propendere per il cancro del coledoco; ma neppure in ciò il segno di Courvoisier ha un valore assoluto; poichè la colecisti colpita da cancro può divenir sede d'idropi o d'empiema per rapida diffusione cancerigna al cistico e perciò dilatarsi ancor prima che il corpo e il fondo siano estesamente infiltrati e perciò divengono inestensibili (2).

(1) HESS e FALTISCHER ricordano un caso in cui la colesterinemia raggiunse il tasso straordinariamente elevato di 996 mg. %.

(2) Il CELLINA nella sua statistica anatomopatologica constatò su 9 casi di cancro primitivo della colecisti « 5 volte la cistifellea dilatata con calcoli e pus »; le altre volte l'autore la vide impiccolita.

La cura chirurgica del cancro coledocico comprende due tipi di operazioni: le palliative e le radicali.

Le operazioni palliative eseguite con lo scopo d'impedire la colemia quando il tumore non sia più operabile radicalmente si distinguono in quelle che derivano la bile all'esterno e in quelle che permettono ancora una derivazione biliare nell'apparato digerente. Ma le prime, di cui vi sono metodi diversi, come l'epaticostomia, la colecistostomia, la coledocostomia, devono essere evitate perchè sottraggono la bile dalla funzione digestiva a cui normalmente è destinata. Tra le seconde ricordiamo l'epaticoduodenostomia, l'epaticogastrostomia, la colecistogastrostomia, la colecistoduodenostomia.

I malati di regola non sopravvivono per più di 6 mesi a questi interventi operatori palliativi.

Di assai maggiore interesse clinico sono le operazioni radicali, che tuttavia si sono potute eseguire raramente fino ad oggi, e soltanto in una parte dei casi così operati hanno permesso di salvare la vita dei malati. Secondo una recente rassegna sintetica dell'argomento, fatta dal Demel, l'operazione radicale di cancro inserito primitivamente nel coledoco o in altre parti delle vie biliari extraepatiche è stata eseguita fino ad ora venti volte, di cui nove con la morte dell'operato.

Ricordo come unico caso della letteratura reperibile nel triennio successivo alla pubblicazione del Demel (che è del 1935), quello d'Imanaga, riguardante un adenocarcinoma coledocico radicalmente operato. L'autore riferisce di avere rivisto l'operato in buone condizioni di salute due anni dopo l'intervento. Quella volta, dopo la resezione della parte infiltrata e la chiusura a fondo cieco dei due monconi coledocici, era stata eseguita l'anastomosi tra il fondo della colecisti e la parete anteriore dello stomaco.

La colecistogastrostomia e la colecistoduodenostomia dopo la resezione del coledoco sono senza dubbio i metodi da preferire, purchè la colecisti e il cistico siano ancora indenni. Che se il punto di confluenza dei grossi dotti è raggiunto dal cancro, bisogna eseguire dopo la resezione delle parti infiltrate o un'anastomosi dell'epatico con il coledoco, oppure dopo la chiusura a fondo cieco del moncone distale del coledoco bisogna abboccare direttamente l'epatico con lo stomaco o con il duodeno. Quando la resezione ha dovuto essere ampia, il chirurgo può trovarsi nell'impossibilità di compiere la diretta anastomosi dell'epatico. In tal caso si rendono necessari i trapianti di lembi della parete gastrica per ricostituire un canale alla bile, oppure si deve sostituire al tratto asportato un raccorde tubulare di gomma, secondo le tecniche suggerite dal Simon e dal Wilms.

Ma in questi casi l'esito fausto dell'operazione radicale è assai raro, per non dire eccezionale; la qual cosa facilmente si comprende quando si pensi alla estrema difficoltà delle tecniche che abbiamo ricordate.

RIASSUNTO.

È descritto un caso di adenocarcinoma del coledoco, che inizialmente aveva dato una sintomatologia riferibile a coliche biliari.

Dopo una rassegna dei dati statistici che riguardano la frequenza del car-

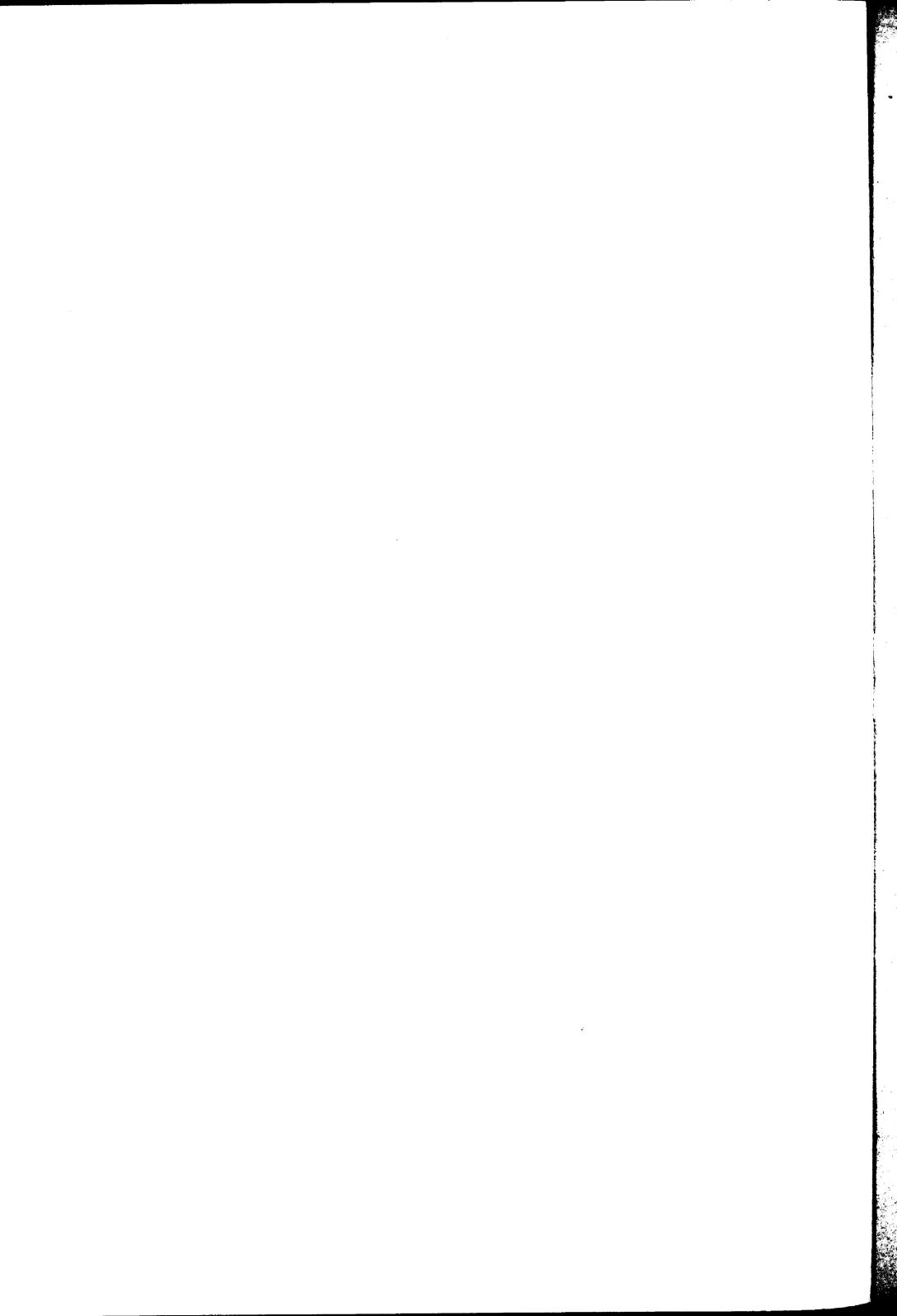
cinoma coledocico primitivo in rapporto con i cancri originati dagli altri dotti biliari extraepatici, sono discussi i sintomi che guidano alla giusta diagnosi.

L'autore descrive le diverse tecniche, radicali e palliative oggi più in uso nel trattamento chirurgico del cancro del coledoco.

BIBLIOGRAFIA.

- BETTONI I. Min. Med., 7, 120-122, 4 febbraio 1936.
 BRENNER. Virchow's Arch. 169, pag. 117, 1902.
 CELLINA. Arch. Ital. di Anat. e Istol. patol., 1930.
 CIUCINI. Policlinico, Sez. Med., 41, 685-700, 1934.
 DE LA CAMP. *Das primäre Carcinom der Gallengänge*. Leipzig, 1895.
 DEMEL. Arch. f. klin. Chir., 182, 148-151, 1935.
 DEVIC et GALLAVARDIN. Revue de Médecine, nn. 7-8-10, 1901.
 DONATI M. La Clinica Chirurgica, 13, nn. 6-7-8.
 ETIENNE. Arch. gén. de Méd., pag. 268, 1902.
 HESS L., FALTITSCHKEK J. Ztschr. f. klin. Med., 128, 514-529, 1935
 HUGUENIN. Virch. Arch., 173, n. 3, 1903.
 IMANAGA. Chirurgia, 9, 645-650, 1937.
 KRAUS. Citato da DEVIC e GALLAVARDIN.
 LEITER. Beitr. z. path. Anatomie, 94, 593-601, 1935.
 PEPERE. *I tumori maligni primari del fegato*. Napoli, 1902.
 ROSSONI e BASTIANELLI. Rif. Medica, 1, pag. 92, 1893.
 SCHROEDER. *Ueber das primäre Carcinom des Duclus Choledocus*. In Diss., München, 1893.
 SIMON. Citato da IMANAGA.
 WILMS. Citato da IMANAGA.

71091





“IL POLICLINICO,”

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1898 da Guido Baccelli e Francesco Durante

diretto dai proff. CESSARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Chinesi, 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 di stinti 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 se 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 formole.

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 « Policlínico » 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 gli 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		Singoli	
1) ANA sola sezione pratica (settimanale)	L. 70	-	L. 115	-
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	» 55	-	» 65	-
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 55	-	» 65	-
Cumulativi:				
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	» 110	-	» 165	-
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgia)	» 110	-	» 165	-
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgia)	» 140	-	» 195	-
Un numero della sezione medica e chirurgica	L. 6,	della pra-		
tica	L. 4			

Il Policlínico 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.

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

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

Indirizzare Vaglia postale, Cheques e Vaglia Bancari all'editore del "Policlínico", LUIGI POZZI

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Salaria, 14 — Roma (Telefono 42-308)