1938

Dott. MARCELLO PETACCI

Considerazioni cliniche su tre casi di cancro esofageo e un caso di cancro gastrico iuxtacardiale

Estratto dal Policlinico (Sezione Chirurgica) *anno XLV (1938)*

ROMA
Amministrazione del giornale « Il Policlinico »
N. 14 — Via Sistina — N. 14
1938

Dott. MARCELLO PETACCI

Considerazioni cliniche su tre casi di cancro esofageo e un caso di cancro gastrico iuxtacardiale

Estratto dal Policlinico (Sezione Chirurgica) *anno XLV (1938)*

ROMA
Amministrazione del giornale « Il Policlinico »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1938

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

R. Clinica Chirurgica dell'Università di Milano
Direttore: Prof. Mario Donati

Considerazioni cliniche su tre casi di cancro esofageo e un caso di cancro gastrico iuxtacardiale.

Dott. Marcello Petacci, Cap. medico R. M.
assistente militare

Con queste brevi note cliniche intendo riferire fra i tanti del genere osservati in Clinica, di quattro casi di cancro (tre dell'esofago ed uno del fondo gastrico) che hanno presentato caratteri di particolare interesse diagnostico; non mi indugio invece sul problema ancora irto di gravi difficoltà e praticamente ancora insoluto della terapia.

Caso I. — C. F., 62 anni, professione muratore (13 maggio 1936).

Diagnosi clinica. — Neoplasia del cardias. Metastasi cancerigne cervicali o linguinali.

Anamnesi. — Padre morto a 72 anni per malattia imprecisata; madre morta a 46 anni per polmonite; due fratelli morti in tenera età.

Nato da parto eutocico, primi atti fisiologici normali: frequentò le scuole fino all'età di dieci anni; non prestò servizio militare perchè di terza categoria.

Non bevitore, modico fumatore.

Nega lues e malattie veneree, alvo stitico, non ricorda le comuni malattie esantematiche. A 33 anni ittero.

Circa un mese fa ha avvertito senso di bruciore lungo il decorso dell'esofago specialmente all'ingestione di cibi solidi; così pure sentiva dolore alla regione epigastrica ed ipocondriaca destra; aumentando sempre più il dolore si fece visitare da un sanitario che gli consigliò il ricovero all'ospedale.

Costituzione scheletrica regolare, colorito subitterico, decubito indifferente, masse muscolari ipotoniche, pannicolo adiposo scarso; scoliosi lombare sinistra.

Respiro 16; Polso 70; Pressione arteriosa 110/60.

Il paziente all'ingresso lamenta modica dolenzia dell'emitorace destro anteriormente che si accentua dopo i pasti. L'addome appare pianeggiante, indolore alla palpazione.

Pochi giorni dopo l'ingresso persistendo il dolore ora più nettamente accusato alla base dell'emitorace destro, si odono sull'ascellare in 7° spazio una fine crepitazione inspiratoria.

Dal diario clinico. — Esame delle feci: formate, fortemente brune. Meyer positivo.

Radioscopicamente in O. D. A., facendo ingerire del liquido opaco, si osserva un passaggio normale attraverso l'esofago.

Sondaggio gastrico. — Si sottraggono a digiuno 15 cc. di liquido filante, chiaro, ricco di muco; dopo l'iniezione di un milligrammo di istamina si estraggono pochi centimetri cubici di liquido che ha gli stessi caratteri.

Assenza di reazione acida al rosso congo ed al tornasole. — Dopo alcuni giorni compaiono nodi linfoghiandolari duri ed indolenti alle fosse sopraclaveari, nel sottocutaneo, specie a destra.

Radioscopia n. 514 del 23 maggio 1936: Regolare passaggio della barite attraverso tutto l'esofago nello stomaco. Reperto gastroduodenale del tutto regolare.

Dopo sei ore: stomaco vuoto; la barite occupa l'ileo terminale ed il cieco ascendente bene contrastati, non spostabili con la palpazione per lo stato di tensione delle pareti addominali.

Conclusione radiologica: non si sono riscontrati segni di stenosi esofagea nè di neoplasia gastrica.

Sondaggio con le olive dell'esofago. — Passaggio senza alcuna difficoltà delle olive anche di maggiore calibro.

Ricerca del bacillo di Koch nello sputo: negativa.

Deperimento progressivo o comparsa di lieve disfagia.

Il 29 maggio 1936 modica tosse con febbre mattutina 38°,3. Escreato assai scarso. Respiro vescicoloso e succo plessico chiaro su tutto l'ambito polmonare.

Il 1° giugno 1936 emaciazione progressiva, con disfagia aggravantesi.

I nodi della regione sopraclaveare sono aumentati di grandezza; dolenzia in sede parasternale; quivi il suono è modicamente iperfonetico.

Radioscopia n. 562 del 3 giugno 1936: Normale il passaggio della barite attraverso l'esofago, normale la bolla gastrica; il disegno delle pliche del corpo gastrico è un poco ingrossato (fig. 1).

A pieno riempimento lo stomaco si presenta verticale, ad uncino, un po' ectasico ed ipotonico, a margini e funzionalità del tutto regolari.

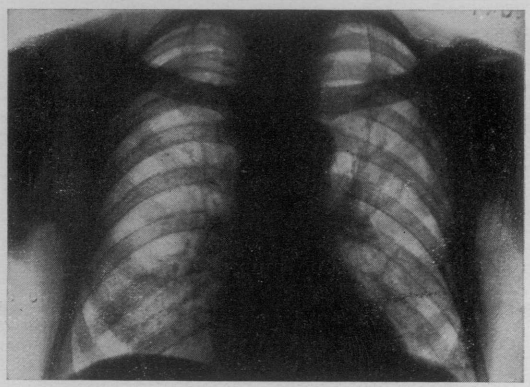

Fig. 1.

Bulbo triangolare, ectasico, regolare.

Dopo sei ore: stomaco vuoto. Le ultime anse iliache ed il cieco ascendendo appaiono regolari.

Esame delle orine all'entrata: colore giallo chiaro; peso specifico 1025; albumina assente; sangue, glucosio assente; sedimento nulla di patologico.

Esame delle orine il 3 luglio 1936: colore paglierino; peso specifico 1012; albumina, velo tenue; sangue, glucosio assente; sedimento rari leucociti sparsi.

Esame del sangue: Hb. 35; globuli rossi 3.200.000 (valore globulare 1); globuli bianchi 13.000; neutrofili 87; linfociti: piccoli 3, grandi 5; monociti 5.

Non si osserva spostmento a sinistra della formula di Arnoth.

Biopsia. — La biopsia di una linfoghiandola sottoclaveare dimostra la presenza di un epitelioma metastatico con caratteri di atipia grave.

Il 17 luglio 1936 l'esame scopico e palpatorio del rino-faringe ha messo in evidenza una flogosi catarrale, senza altri reperti degni di nota.

Muore il 19 luglio 1936.

Diagnosi anatomopatologica. — Carcinosi esofagea; metastasi nelle linfoghiandole mediastiniche posteriori, succlavie, laterocervicali, addominali, lateroaortiche, iliache, inguinali.

Esofago dalla struttura cricoidea sino al cardias la mucosa trasformatasi in tessuto biancastro, duro, in più punti modicamente rilevato, in altri eroso alla superficie, che infiltra profondamente le pareti.

Il lume esofageo non appare stenosato in alcun punto. L'intensità del processo è massima in alto nella parte superiore e va gradatamente diminuendo verso il basso; così il cardias appare il meno infiltrato.

Commento clinico. — Questo caso ha uno speciale interesse per la scarsezza dei sintomi radiologici, nonostante la presenza di un sintomo clinico che ha dimostrato il suo grande valore, vale a dire della disfagia se pure di comparsa tardiva. I mancati segni di stenosi si spiegano con i particolari caratteri anatomici del cancro, che infiltrava in toto la parete esofagea della struttura ericoidea al cardias, irrigidendola senza stenosarla. Ciò spiega anzi la maggiore rapidità della progressione del pasto opaco dall'esofago nello stomaco attraverso il cardias divenuto incontinente per l'infiltrazione neoplastica.

Caso II. — G. G., di anni 51, professione macellaio. Entrato in ospedale il 18 novembre 1936.

Diagnosi clinica: Cancro esofageo.

Anamnesi. — Il padre è morto a 42 anni per un cancro alla lingua; la madre a 64 anni di broncopolmonite; un fratello è morto di cancro allo stomaco; altri due fratelli e una sorella viventi e sani.

Parto eutocico; allattamento mercenario.

Ha sempre goduto ottima salute fino al giugno 1936, quando incominciò a notare disfagia, che aumentò progressivmente fino a costringerlo al ricovero in ospedale.

È stato discreto mangiatore e bevitore, modico fumatore.

All'ingresso lamenta dolore epigastrico. Alla regione sottomascellare si palpano due piccole linfoghiandole bilateralmente. Null'altro di particolare rilievo.

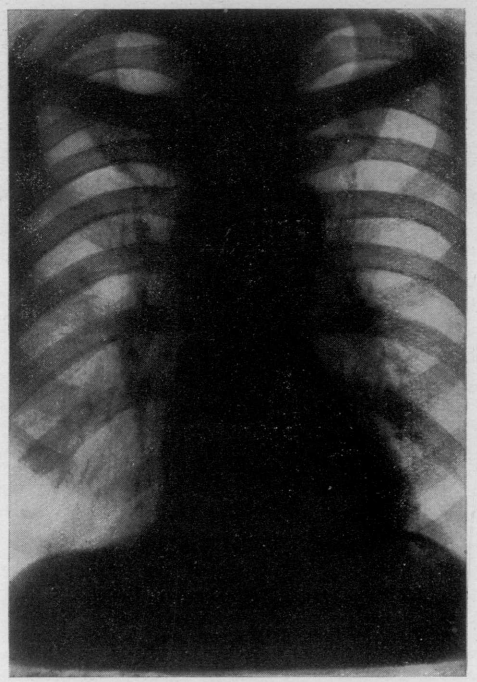

Fig. 1.

Decorso. — Durante la degenza la disfagia aumentò sempre di più. Comparve dispnea da sforzo. La voce si fece afona e bitonale. Non tosse nè espettorato. Senso d'angoscia precordiale. Cachessia progressiva imponente; in 4 mesi il paziente da 100 chilogrammi calò a 66 chili.

Dieci giorni prima della morte vomito alimentare, cibi solo liquidi.

Un giorno prima della morte, in corrispondenza della regione stenocleidomastoidea e sovraclavicolare sinistra tumefazione, edema dei tegumenti, dolore. Respiro aspro su

tutto l'ambito polmonare. Temperatura 38°. Pressione arteriosa braccio destro 135/75, braccio sinistro 120/70. Polso frequente ed aritmico. Appetito conservato.

Radiografia n. 1227 il 27 novembre 1936.

La sostanza di contrasto scende rapidamente fino al terzo medio dell'esofago, di calibro normale. Da qui in giù il lume esofageo appare irregolare, tortuoso, i margiin sono sfrangiati; non si notano però segni di arresto, ma solo un rallentamento al passaggio della barite (v. fig. 2). Pervie le porzioni epifreniche ed epicardiali.

Conclusione radiologica. — Infiltrazione diffusa del terzo medio ed inferiore esofageo.

La biopsia di un frammento prelevato con controllo esofagoscopico dimostrò la presenza di un epitelioma. Muore il 20 dicembre 1936.

All'autopsia: cancro stenosante del terzo inferiore esofageo con infiltrazione dei visceri circostanti.

Commento clinico. — Nel caso II i sintomi d'inizio e di decorso del cancro esofageo sono dei più elastici: il primo sintomo osservato fu infatti la disfagia progressiva, indi la dispnea, la disfonia e il continuo deperimento.

Notevole in questo caso l'importanza della biopsia per la diagnosi di certezza dell'epitelioma.

Caso III. — S. E., di anni 54, professione tipografo. Entrato in ospedale il 4 novembre 1936.

Anamnesi. — Gentilizio negativo. Parto eutocico; allattamento mercenario. Ha avuto i comuni esantemi infantili. A 12 anni otite sinistra paracentizzata. A 22 anni blenorragia. A 36 anni spagnola. A 44 anni ittero infettivo. Modico mangiatore, bevitore e fumatore.

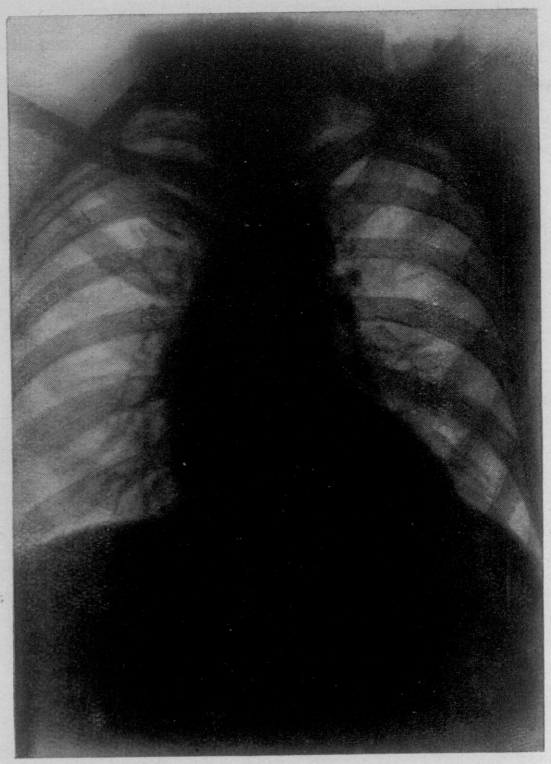

Fig 3.

Nell'agosto 1936 cominciò ad avvertire difficoltà alla deglutizione dei cibi solidi accompagnata da dolore nella regione cervicale inferiore destra.

Questi disturbi sono andati aumentando fino ad oggi con difficoltà anche nella deglutizione dei liquidi ed accentuazione del dolore. Da qualche tempo accusa anche dispnea da sforzo. Alvo e diuresi regolari. Dal 16 agosto il paziente è diminuito di 4 chili e 700. Polso 68 ritmico, molle; pressione arteriosa 130/80. Respiro 28.

Sintomatologia e decorso. — All'ingresso condizioni generali buone. Accusa dolore alla base della regione latero-cervicale destra, dove si palpa un nodo linfoghiandolare duro della grandezza di una nocciola. Fascio vascolare modicamente dilatato in secondo spazio (8 cm.) specialmente verso sinistra. Fossetta del giugulo normale. Toni cardiaci cupi. Accentuazione relativa del secondo tono aortico.

Esame radioscopico. — In obliqua destra anteriore il latte di bario ingerito presenta un momentaneo arresto nell'esofago in corrispondenza del tratto mediastinico iniziale. Ectasia diffusa dell'aorta ascendente.

Esame radiologico n. 1155 del 10 novembre 1936.

Dilatazione a bozza dell'aorta ascendente ed estrinsecazione prevalente verso l'avanti e verso destra, a pulsazioni espansive (fig. 3). Esofago pervio alle sostanze liquide e ai boli gelatinosi, salvo un arresto più prolungato in sede del restringimento aortico, da compressione dell'arco.

Nei giorni seguenti la disfagia diminuì notevolmente in seguito alla somministrazione di preparati antispastici, e scomparvero i dolori in sede sopra claveare destra. La tosse rimase ancorchè meno insistente che nei primi giorni. Il timbro della voce e della tosse erano normali.

Radiografia n. 1192 del 17 novembre 1936.

In O. D. A. si nota un momentaneo arresto ed un più difficile passaggio del liquido opaco attraverso un tratto esofageo stenotico che corrisponde all'arco aortico dilatato.

L'ombra dell'arco è tuttavia nettamente staccata rispetto all'esofago, così che bisogna sospettare una lesione stenosante situata nella parete spessa dell'esofago (carcinoma?). Due settimane dopo l'ingresso nuovo aumento della disfagia con tosse e modica disfonia.

La disfagia subisce variazioni notevoli nella giornata; tuttavia persiste sempre l'ostacolo ai cibi solidi. Peso Kg. 59 e 900. Condizioni generali di nutrizione discrete.

Una seriografia qui eseguita dimostra in modo assai evidente la stenosi esofagea (figure 4 e 5).

30 novembre 1936: Diagnosi biopsica del nodo linfoghiandolare situato nella sopraclaveare destra: metastasi da epitelioma.

Esame delle urine: colore giallo citrino; densità 1015; reazione acida; glucosio, urozilina, albumina, pigmenti biiari, indacano, acetone, assenti.

Esame del sangue: globuli rossi 4.000.000; globuli bianchi 7.400; valore globulare 79. Formula leucocitaria: neutrofili 70; eosinofili o basofili 0; linfociti 28; monociti 2. Wassermann negativa.

Non è stato sottoposto ad intervento chirurgico. Morto il 24 aprile 1937.

Commento clinico. — Questo caso si presta a particolari considerazioni di carattere clinico. Specialmente degna di nota la coesistenza di un aneurisma aortico, con il cancro d'esofago.

I sintomi del cancro, specialmente la disfagia e la tosse furono attribuiti all'ectasia aneurismatica da un sanitario che visitò l'ammalato prima del suo ricovero. Tale errore è ammissibile, quando si pensi che specialmente i disturbi surriferiti sono spesso notati nei casi di aneurisma aortico, che comprimono l'esofago e stirano il ricorrente sinistro.

Bisogna notare tuttavia che la dilatazione aortica era nel nostro caso modica e quindi difficilmente spiegava la gravità dei sintomi morbosi. Tuttavia una precisazione diagnostica fu possibile soltanto con una appropriata valutazione di tutti i segni clinici e radiologici.

La disfagia stessa per il suo carattere d'intermittenza con remissione spontanea durante il periodo precedente al ricovero ospedaliero, suscettibile di miglioramento con la somministrazione di preparati antispasmodici era tale da allontanare piuttosto che rendere più probabile il sospetto di stenosi

neoplastica. Si aggiunga che la stenosi corrispondeva radiologicamente proprio al restringimento aortico, quindi a quel tratto di esofago che suole essere compresso dagli aneurismi dell'arco.

Ritengo opportuno presentare in fine il seguente caso che pur essendo di cancro gastrico dette una sintomatologia per alcuni punti analoga a quella del cancro esofageo.

La sede particolare del cancro, assai prossimo al cardias rende ragione della sintomatologia osservata.

Caso IV. — D. A., di anni 55, professione manuale. Entrato in ospedale il 13 agosto 1935.

Anamnesi. — Padre morto a 81 anni da paralisi. Madre morta per polmonite a 59 anni.

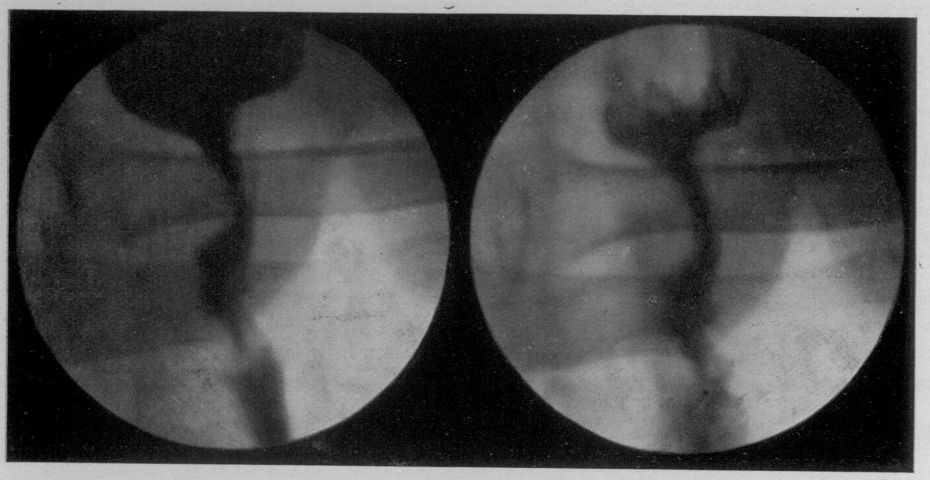

Fig. 4.

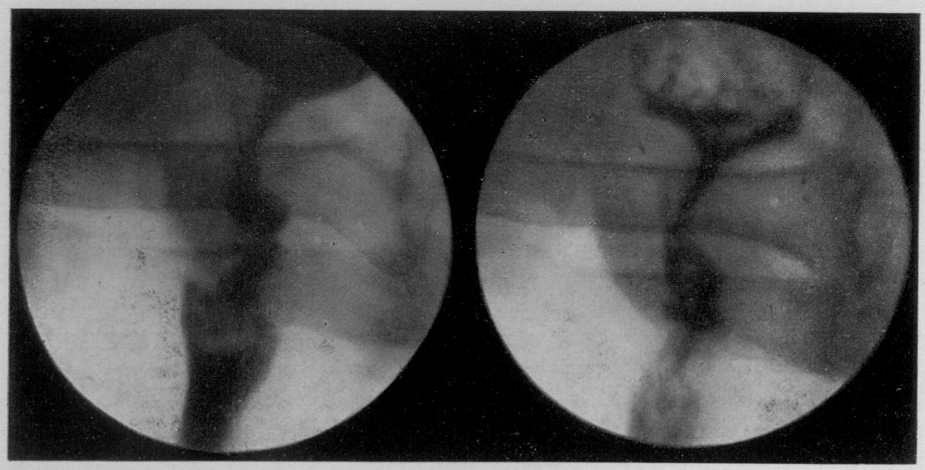

Fig. 5.

Nato a termine da parto eutocico. Normali i primi atti fisiologici. Allattamento materno.

Pleurite a 16 anni. Nega malattie veneree e lues A 37 anni malaria guarita dopo tre anni. Da 6 mesi accusa dolori alla regione gastro-epatica.

In maggio fu ricoverato in una casa di cura dove fu riscontrata una gastrite, dalla

quale rimesso tornò al lavoro. Ma dopo poche settimane accusò ancora dolori alla suddetta regione che lo costrinsero a rimettersi a letto.

Il paziente è uomo di normale costituzione scheletrica. Dentatura guasta, lingua patinosa, lieve arrossamento al retrofaringe.

Collo: alla palpazione si sente una massa piuttosto grossa alla regione sternocleidomastoidea destra, dolorosa alla palpazione. Modica cifosi dorsale.

Addome trattabile. Fegato e milza in sito. Pressione arteriosa 130/80. Polso 74.

Durante la degenza l'ammalato ebbe dolori alla regione epigastrica e vomiti alimentari ripetuti e progressiva prostrazione della fossa.

Radiografia n. 1440 del 5 settembre 1935.

Ombra dell'aorta ascendente a tonalità accentuata. Visibile l'arco e la discendente. Regolare passaggio delle sostanze di contrastro attraverso tutto l'esofago nello stomaco, il quale appare del tutto normale anche alla sede del fondo.

16 settembre 1935: I dolori all'epigastrio sono variabili di comparsa, dopo i pasti, di durata e di intensità. Certi periodi cessano completamente anche per intere giornate; ma il senso di peso alla regione epigastrica è sempre presente. Invece la tumefazione alla regione latero-cervicale aumenta progressivamente di volume. Senso di peso allo stomaco con modici dolori post-prandiali.

2 ottobre 1935: All'esame radioscopico si mette in evidenza una lieve ombra paraaortica probabilmente dovuta a ghiandole ingrossate. Il latte di barite scende rapidamente lungo l'esofago senza incontrare speciali rallentamenti, solo al cardias staziona alquanto, ma poi passa tutto nello stomaco. Non offre ostacoli al passaggi odelle olive.

Si eseguisce una biopsia di una delle linfoghiandole cervicali ingrossate. Diagnosi istologica: infiltrazione adenocarcinomatosa.

Esami speciali. — Feci: sangue presente. Esame del liquor: trasparente, limpido a pressione normale. Noghuchi: intensamente positivo. Glucosio: fortemente aumentato. Albumina: 0,20 per mille. Numero di leucociti per mcc. 20,7. Wassermann nel liquor negativo.

Formula leucocitaria. — Granulociti: neutrofili à8; eosinofili 4; basofili 0; linfociti: grandi 2, piccoli 20; monociti 6.

Muore il 16 maggio 1936.

All'autopsia (13.452): cancro gastrico e coccarde vegetante con centro ulcerato della regione cardiale. Diffusione per contiguità al pancreas, metastasi nelle linfoghiandole mediastiniche e laterocervicali.

Commento clinico. — Prevalgono nella sintomatologia di questo paziente i segni di una persistente stenosi del cardias notati anche radiologicamente, senza che allo schermo del radiologo apparisse alcuna lesione gastrica.

Tuttavia alcuni segni indirizzavano piuttosto alla diagnosi di cancro gastrico che a quella di cancro esofageo. Manca infatti una disfagia evidente, paragonabile a quella che solitamente si nota nel cancro d'esofago, mentre prevalevano sintomi riferibili alla lesione gastrica, in primo luogo l'anoressia, il dolore costante all'epigastrio, infine il vomito ripetuto. Sull'importanza di distinguere tra il vomito, segno piuttosto frequente di cancro esofageo, si è detto nella parte di questo lavoro che riguarda la sintomatologia in generale del cancro esofageo.

Sarebbe stata particolarmente opportuna in questo caso una radiografia in posizione di Trendelemburg, specialmente adatta per mettere in evidenza la neoplasia del fondo gastrico.

Come dimostra anche il nostro caso, questo accorgimento della tecnica radiologica acquista una grande importanza, quando si debba fare la diagnosi differenziale tra cancro gastrico iuxtacardiale esofageo e cancro iuxtacardiale gastrico.

La sintomatologia del cancro esofageo è stata specialmente negli ultimi anni oggetto di una accurata revisione.

Ai sintomi rilevabili mediante l'esame diretto del malato, già descritti nel modo più accurato dagli antichi Autori, si sono aggiunti in un'epoca più recente i sintomi che è dato di riconoscere mediante tecniche strumentali perfezionate, che anche in questo campo diagnostico hanno raggiunto una grandissima importanza per il riconoscimento precoce della malattia, in primo luogo mediante la radiologia e l'esofagoscopia.

Si può quindi dire che la diagnosi del cancro esofageo e della sua esatta localizzazione ha fatto notevoli progressi, nonostante l'incertezza tuttora presente nella diagnosi dei tumori fondata sopra le ricerche sierologiche. Di minore importanza diagnostica, sebbene non trascurabile, sono altri dati rilevabili con gli esami di laboratorio. L'esame della crasi sanguigna, la sedimentazione dei globuli rossi e l'esame della secrezione gastrica, che nel dubbio diagnostico differenziale fra cancro esofageo del tratto inferiore e del cancro gastrico può fornire qualche indizio di notevole interesse.

Anche questa forma di cancro colpisce specialmente l'età adulta; essa anzi compare con frequenza maggiore tra i 60 e i 70 anni, ossia relativamente più tardi di quanto si osserva per il carcinoma di altri visceri (per es. il cancro gastrico, cancro bronchiale, che si osservano con frequenza maggiore nell'età pre senile). Ciò risulta dalle numerose statistiche già eseguite su questo argomento e, per citare le più recenti degli AA. italiani, da quelle di Tanturri, di Vigi, Dagnini, Pancotte, infine da quella di Carnevale-Ricci eseguita sul materiale autoptico dell'Istituto Anatomo-Patologico di questa Università.

Il cancro esofageo, quindi rarissimo prima dei trenta anni, compare nelle statistiche degli AA. italiani nel quarto decennio; quindi la sua frequenza va rapidamente aumentando nei decenni successivi e decresce soltanto oltre gli 80 anni.

Il sesso maschile è assai più colpito che il sesso femminile; questa maggiore frequenza del carcinoma esofageo nell'uomo conferma la regola secondo la quale il cancro dell'apparato digerente in genere predilige il sesso maschile, nonostante la maggiore mortalità da neoplasmi in genere a cui è soggetto in genere il sesso femminile, specialmente colpito dal cancro degli organi appartenenti all'apparato genitale.

D'interesse clinico maggiore è lo studio statistico della frequenza con cui sono colpiti dal carcinoma le diverse porzioni dell'esofago.

L'esperienza insegna che specialmente predisposti al carcinoma sono quei tratti dell'organo in cui esistono restringimenti normali (le cosidette stenosi fisiologiche): quindi un primo punto predisposto si trova all'altezza della cartilagine cricoide, dove l'esofago è appena iniziato, un secondo punto è nel terzo medio della biforcazione tracheale, infine nel terzo inferiore il cancro esofageo inizia con predilezione immediatamente al disopra del cardias.

Dalle statistiche assai numerose eseguite su questo argomento non si può tuttavia concludere per la prevalenza assoluta di uno piuttosto che dell'altro tratto esofageo come sede di cancro.

Mentre secondo Mackenzie il terzo superiore è il più frequentemente col-

pito, secondo Eichorst, Tanturri ed altri AA., la predilezione si nota per il terzo medio, infine secondo altri, e questi sono la maggioranza, la frequenza maggiore è nel terzo inferiore.

Quando il tessuto neoplastico si estende rapidamente non è sempre facile precisare se l'inizio sia avvenuto nell'uno piuttosto che nell'altro dei segmenti, in cui si suole dividere l'esofago, a meno che il malato non giunga precocemente all'osservazione.

Si discute da taluno se il cancro del cardias debba essere considerato come un cancro di origine esofagea e non piuttosto debbano essere compresi in un gruppo distinto per sè stante.

Il mantenere un gruppo distinto non sembra tuttavia opportuno a quegli AA. che non solo considerano l'anello cardiale come un limite pertinente all'esofago per ragioni anatomiche e fisiologiche, ma anche tengono conto di questo dato della patologia degno di riflessione: che il cancro di origine esofagea non oltrepassa di regola nella sua progressione discendente la zona del cardias, pur infiltrando anche questa, mentre è raro che il cancro del fondo gastrico diffondendosi verso l'alto si estenda al cardias.

Un esempio tipico della prima condizione ci è dato dal caso n. I, come è stato visto precedentemente; si noti che in questo malato il blastoma aveva dimostrato straordinaria capacità infiltrativa, diffondendosi a pressochè tutta la parte esofagea, dalla strettura cricoidea al cardias, che appariva pure infiltrato e costituiva il limite estremo della invasione.

Un esempio della seconda condizione ci è dato invece dal caso n. IV, nel quale il cancro originato dal fondo si arrestava al cardias.

Di una tale netta delimitazione al progresso neoplastico, delimitazione che sembra almeno in parte favorita dalle differenze strutturali e fisiologiche di due parti adiacenti di un medesimo apparato, esistono altri esempi in patologia umana: per limitarsi all'apparato digerente; basta pensare che solo eccezionalmente il cancro gastrico originatesi nella porzione dell'antro oltrepassa il piloro e che il cancro scirroso diffuso a tutto lo stomaco (la cosiddetta linite plastica) si arresta nettamente al piloro ed al cardias.

I dati statistici a cui prima si è accennato saranno forse meglio interpretabili se si verrà a un po' più a fondo nel problema estremamente complesso dell'eziopatogenesi del cancro in genere e di quella del cancro esofageo in particolare.

Le opinioni di diversi AA. sono ancora molto disparate su questo argomento.

Alcuni danno una speciale importanza all'alcool ed al tabacco masticato come fattori predisponenti; la cronica irritazione provocata da queste sostanze sulla mucosa-esofagea agirebbe in modo non diverso da quello che è stato più volte considerato nella patogenesi del cancro degli altri organi.

Analogamente alla predisposizione asserita per i punti normalmente ristretti, si è attribuita un'azione predisponente alle stenosi patologiche da causa estrinseca ed intrinseca alla parete esofagea, gibbo, tumefazione, spondilite, cicatrici da lesioni esofagee pregresse, ecc.

Alcuni AA. attribuiscono importanza per la genesi del cancro esofageo allo spasmo esofageo di vecchia data; tuttavia data la straordinaria frequenza con la quale taluni AA. hanno notato lo spasmo dell'esofago precedere i se-

gni clinici del cancro ci si domanda se il disturbo funzionale indicato come spasmo non sia esso stesso uno dei segni del cancro incipiente.

La dilatazione esofagea notata in un'epoca contemporanea ai fenomeni spastici, potrebbe essere attribuita ad una vera stenosi neoplastica del punto sottostante alla dilatazione esofagea notata.

Con ciò non si vuol escludere a priori che anche una condizione puramente funzionale (stenosi spastica ripetuta) possa provocare alterazioni anatomiche definitive; così per esempio si è più volte sostenuto che lo spasmo cardiale sia la causa di quella grave alterazione permanente che è nota con il termine megaesofago.

Come condizione predisponente particolare al cancro esofageo si giudica la trasformazione cornea degli strati più superficiali dell'epitelio di rivestimento paragonabile alla leucoplasia della bocca; in realtà è molto facile trovare al tavolo anatomico chiazze di ispessimento cheratico sulla mucosa esofagea degli individui giunti all'età senile e dall'altra parte è nota la frequenza con cui il cancro esofageo presenta i caratteri dell'epitelioma a globi cornei.

Sintomatologia.

Poche affezioni sono ad inizio così insidiose come il cancro dell'esofago.

I neoplasmi del primo tratto dell'esofago e del cardias sono più facilmente diagnosticabili.

All'esofagoscopia si rimane stupiti dice Guisez, che malati modicamente disfagici ed in stato generale eccellente presentino lesioni cancerigne estesissime. Questo è dovuto al fatto che il cancro dell'esofago in sè stesso è indolore e la disfagia meccanica non compare che a stenosi molto avanzate.

Descriverò la sintomatologia classica del cancro d'esofago che purtroppo solitamente è sospettato e diagnosticato quando il tumore ha già fatto parecchio cammino.

Disfagia: è il sintomo di importanza capitale, che non manca quasi mai nella storia dell'ammalato. Quasi tutti i pazienti raccontano che in condizioni di benessere notarono all'ingestione del cibo un senso di arresto della deglutizione e della discesa del lobo alimentare; l'inizio di questo fenomeno è talvolta attribuito erroneamente a uno spavento o ad altri fattori (cibo troppo caldo, ecc.).

Spesso i malati sono obbligati a bere qualche sorso di acqua per mandare oltre il boccone; possono avere senso d'angoscia e di soffocazione al momento in cui il bolo progredisce nell'esofago.

Dopo questo inizio il malato talvolta si rassicura perchè il sintomo è stato fugace e transitorio. Il sintomo però non tarda a ripetersi manifestandosi ad intervalli sempre minori fino a diventare permanente specie per i cibi solidi.

I disturbi sono notevolmente minori per i cibi liquidi e semiliquidi.

Questo serve a differenziarlo il cancro dell'esofago dallo spasmo esofageo secondo Guisez il quale afferma che lo spasmo si manifesta anche durante l'introduzione di liquidi. Per il Sangiovanni la prima sintomatologia è d'origine spasmodica anche nel cancro, per il fatto che la disfagia cede od

almeno s'attenuta con gli oppiacei ed antispasmodici; e perchè può avverarsi anche quando non esistono grandi alterazioni anatomiche della parete del condotto. Con ciò egli si accorda con quegli AA. che attribuiscono allo spasmo riflesso i primi sintomi di restringimento esofageo argomentando che tante volte all'autopsia non si rileva nessuna stenosi del lume pur esistendo il cancro; lo spasmo potrebbe quindi essere un sintomo precoce del cancro.

Dolore: non corrisponde sempre esattamente alla sede del cancro, irradiandosi spesso a distanza sul collo e sulle regioni toraciche, spesso in modo accessuale.

Nei casi da me descritti ho osservato alcune volte una spiccata dolenzia spontanea, che si accentua con la pressione sulla linea parasternale destra, all'altezza del 2°-3° spazio intercostale. È un sintomo per lo più tardivo.

Si può avere senso di costrizione profondo specie al passaggio dei cibi solidi.

A proposito del dolore ricorderò un segno doloroso descritto dal Guarnaccia come segno precoce del cancro esofageo la retroflessione della lingua. Gli ammalati non potrebbero sporgere la lingua senza risentire dolore e si avrebbe una resistenza ostinata ai tentativi di trazione.

Le cause ipotetiche potrebbero essere:

1°) Un processo infiammatorio secondario generato dalla periesofagite sclerosante, che colpisce il tessuto cellulare lasso che unisce l'esofago alla trachea ed alla aponevrosi prevertebrale e fissandolo gli impedisce di subire movimenti passivi.

2°) Immobilizzazione della mucosa esofagea che non permetterebbe alla mucosa linguale colla quale ha rapporti di continuità, di stendersi e muoversi liberamente.

3°) Estensione inferiore dell'osso ioide causata dall'infiammazione che agisce sui muscoli sottoioidei.

Tosse: sintomo non costante nè precoce, sebbene talvolta per la sua insistenza rappresenti uno dei sintomi più tormentosi del cancro esofageo.

La genesi della tosse nel cancro può essere in taluni casi attribuita a uno di quei fenomeni riflessi tossigeni che spesse volte si producono per lesioni viscerali, numerose essendo le vie centripete capaci di eccitare il centro della tosse situato nel pavimento del quarto ventricolo.

Tra i rami del pneumogastrico che possono costituire vie centripete della tosse quegli esofagei possono costituire la prima parte dell'arco distaltico. Determinato lo stimolo, la tosse avviene per il suo propagarsi dal centro bulbare alle vie centrifughe che si distribuiscono ai muscoli inspiratori, espiratori, laringei (per la via del nervo ricorrente) chiamati a muoversi durante le fasi diverse del colpo di tosse.

La lesione diretta di uno o di entrambi i ricorrenti per diffusione del processo neoplastico non è quindi di per sè sufficiente a spiegare il meccanismo complesso della tosse, mentre rende ragione dei disturbi della fonazione, di cui sarà detto più avanti.

Scialorrea: è un fenomeno riflesso conseguente alla aumentata secrezione delle ghiandole salivari per la deficiente deglutizione (riflesso esogafo-salivare di Roger). Ora si limita ad un ptialismo molto esagerato, ora finisce col dare luogo a rigurgito di grosse quantità di saliva e di muco.

Rigurgito e vomito. Il rigurgito dei cibi può essere immediato, oppure tardivo se vi è dilatazione esofagea soprastante al punto stenosato, con ristagno di alimenti. Esso ha un'importanza sintomatica maggiore del vomito, che tuttavia si nota con relativa frequenza, specialmente associata con gli attacchi di tosse (tosse emetizzante).

Fetore dell'alito: dipende dalla permanenza dei cibi ristagnanti al disopra del punto stenosato con consecutiva putrefazione; può essere dovuto pure allo sfacelo del tessuto neoplastico.

Si consideri per il fetore dell'alito la possibilità che al di sopra della stenosi si costituiscano vari diverticoli da propulsione.

Le emorragie spontanee o conseguenti al sondaggio sono segni da prendere con debita considerazione.

Dimagramento: può mancare completamente per un lungo periodo senza la facies che si considera caratteristica dei neoplasmi maligni in genere e dei cancri in particolare. È frequente osservare pazienti per nulla deperiti nè dimagriti, che apparentemente godono buona salute, non lamentandosi che per un leggero disturbo alla deglutizione pur presentando all'esofagoscopia un tumore già in stato avanzato.

Non si deve dimenticare che talvolta il dimagramento precede gli altri sintomi caratteristici del cancro esofageo.

Tuttavia la morte coglie gli ammalati quasi sempre, se non per complicanze intervenute, in condizioni di cachessia grave, da mettere anche in conto della difficile nutrizione.

L'appetito è di sovente conservato e spesso anzi questi pazienti sono degli affamati, non potendo introdurre alcun cibo. Questo fatto distingue tali malati da quelli sofferenti di cancro gastrico che sono di regola anoressici.

La sete è pure intensa, data dall'essicamento dei tessuti.

Febbre: compare se vengono assorbiti dei prodotti di sfacimento del tumore o per altre complicanze, specie per quello broncopneumoniche.

Complicanze.

E' frequente l'obliterazione temporanea del condotto stenosato per arresto di corpi estranei.

Quasi costante è la periesofagite a volte limitata, a volte molto estesa. L'esofagite assai frequente, si manifesta con dolori più o meno vivi alla sede del tumore, con irradiazioni intercostali, vertebrali, talvolta anche diaframmatiche. L'adenopatia tracheo-bronchiale si rivela non di rado con la compressione di organi vicini e particolarmente dei ricorrenti e del frenico; raramente è tanta pronunciata da fare segni fisici alla percussione ed all'ascoltazione. La si riconosce spesso alla radioscopia.

Tra le complicanze cardiovascolari, le emorragie che vanno da semplice stillicidio del tumore ulcerato alle emorragie mortali da erosione di grossi vasi. La compressione dei grossi vasi, può anche dare sintomi caratteristici (stasi delle vene giugulari per compressione della cava discendente, di edemi a pellegrina, ecc.).

Il pericardio può essere colpito dall'infiltrazione neoplastica; si produce allora una pericardite cancerigna, assai raramente il neoplasma invade il muscolo cardiaco.

Abbate cita come complicanza del cancro dell'esofago la propagazione al fascio vascolo-nervoso ed alla trachea destra in individuo di 63 anni con dispnea da compressione tracheale delle ghiandole tumorali della fossa sopraclavcare, in questo caso una tracheotomia d'urgenza diede esito a una grande quantità di tessuto necrosato attraverso il canale tracheale. All'autopsia si trovò un cancro del terzo superiore dell'esofago propagato al fascio vascolo-nervoso ed alla trachea, il tutto formante una massa unica con tessuto necrosante.

Chevalier Jackson citando esempi dalla sua pratica riporta le varie complicazioni respiratorie delle lesioni esofagee ed in particolare dei tumori.

1°) Aspirazione di alimenti, materiale settico, di sangue o di secrezione che si versano nella laringe perchè arrestati per una stenosi esofagea;

2°) estensione diretta alla laringe;

3°) estensione diretta per propagazione ai bronchi sopratutto a sinistra;

4°) propagazione per via linfatica e sanguigna;

5°) propagazione diretta al mediastino ed in seguito ai polmoni;

6°) estensione alle pleure e ai polmoni;

7°) stenosi per compressione della trachea o dei bronchi;

8°) paralisi laringee per compressione del ricorrente;

9°) paralisi riflessa di origine esofagea (tosse, vomito, singhiozzo).

Infine bisogna ricordare che sintomi pleuropolmonari possono dipendere da metastasi, avvenuta per la via linfatica in senso ilo polmonare, o più raramente per la via del sangue.

Fistole. — Si costituiscono talora fistole laterali che non danno luogo ad alcuna sintomatologia, specialmente se sono impervie sia per la presenza di uno zaffo cancerigno o di un corpo estraneo che li chiuda come pure per la forma stessa della fistola; in tal caso costituiscono semplicemente un reperto di autopsia.

Generalmente però la fistola è una complicanza che produce un rapido peggioramento delle condizioni generali dell'ammalato e ne accelera la fine.

Il sintomo più importante di una fistola comunicato con l'apparato respiratorio è la tosse, che avviene subito dopo la deglutizione; ad ogni atto di deglutizione il paziente viene preso da un attacco di tosse convulsiva, si sente in preda ad un accesso di soffocamento ed espettora particelle di sostanze deglutite. Se la fistola è stretta l'accesso di tosse avviene solo con la deglutizione di liquidi. Una tosse molesta può manifestarsi anche senza ingestione di alimenti solo perchè attraverso la fistola passano nell'albero respiratorio la mucosità esofagea.

Un altro sintomo talvolta insistente e noioso è l'eruttazione, che avviene ad ogni espirazione e che può disturbare la parola.

Con la laringoscopia si riesce talvolta a vedere ove le fistole esofago-tracheali sono ben visibili con la tracheoscopia.

Molto maggiore valore ha l'esame radioscopico; non bisogna dimenticare che per lesioni nervose si può avere una insensibilità laringea e può avverarsi una invasione di pappa di bismuto nell'albero respiratorio senza che esista alcuna fistola.

Complicanze nervose. — Oltre i fenomeni riflessi già ricordati, da cui provengono stimoli alla tosse, vomito, al singhiozzo, ossia fenomeni irritativi.

hanno somma importanza disturbi paralitici provocati dalla distruzione di vie nervose estrinseche rispetto alla parete esofagea, per opera della diffusione neoplastica.

Frequenti anzitutto le lesioni dei nervi laringei superiori ed inferiori.

Quando sia leso uno dei laringei inferiori (per la nota disposizione anatomica il più frequentemente colpito è il sinistro) avviene la paralisi di uno o di entrambe le corde vocali con i disturbi della fonazione e della respirazione.

Più raramente la semplice irritazione di uno o di entrambi i ricorrenti provoca una disfonia da spasmo di una od entrambe le corde vocali.

Quando la paralisi di una delle corde vocali è totale si nota una grave disfonia; anche la tosse è disturbata per l'impossibilità di compiere quell'atto del colpo di tosse che consiste nella chiusura della glottide.

La paralisi di uno od entrambi i laringei superiori provocando menomazioni gravi della sensibilità laringea predispone alle broncopolmoniti da aspirazioni di sostanze alimentari, venendo a mancare uno degli stimoli più importanti della tosse a scopo difensivo.

Le lesioni della catena simpatica si rilevano con caratteristiche alterazioni della mobilità papillare: nella fase irritativa vi è midriasi dalla parte della lesione, nella fase paralitica vi è miosi con enoftalmo e diminuzione della rima palpebrale.

Tralascio di descrivere le alterazioni caratteristiche che si notano col laringoscopio nei casi di paralisi laringea. Ricordo soltanto che Aralan descrisse una iniziale e superficiale infiltrazione del processo aritenoideo omonimo al lato colpito dal tumore o di entrambe le aritenoidi se la lesione è estesa a entrambe le pareti esofagee.

I processi aritenoidei appaiono laringoscopicamente edematosi.

Edema questo, che, secondo Aralan si stabilisce precocemente.

Si noti che questo sintomo da vari AA. fu notato laringoscopicamente in diverse condizioni morbose. Massei nel 1882 nei casi di stenosi di carcinomi e di ascessi dell'esofago e del tessuto perilaringeo richiamava l'attenzione sull'edema idiopatico dei processi aritenoidei.

Diagnosi.

Per la diagnosi del cancro esofageo hanno acquistato una grande importanza oltre i segni osservabili con l'esame diretto dell'ammalato, particolari metodi strumentali, che hanno permesso la diagnosi precoce più frequente di quanto non fosse possibile un tempo: in primo luogo l'esame radiologico, l'esofagoscopia.

Ispezione. — Il deperimento generale, il pallore della pelle e delle mucose, sono come già si è detto segni non sempre precoci e sebbene il loro rilievo abbia una grande importanza non si può quindi fondare sopra questi sintomi il valore che essi hanno invece per il giudizio presuntivo precoce di altre neoplasie, sopratutto del cancro gastrico.

L'ispezione può permettere e constatare la tumefazione delle linfoghiandole sopraclaveari, più frequente a sinistra del metastasi. Il precoce rilievo di ghiandole ingrossate completato dalla palpazione, che permette di notarne

l'indurimento può avere una grande importanza e la biopsia di uno di questi nodi, qualora dimostri una metastasi cancerigna permette la diagnosi di certezza.

Palpazione. — Completa l'ispezione, permettendo il rilevare la consistenza delle linfoghiandole tumefatte; talvolta l'esplorazione accurata delle fosse sopraclaveari permette di percepire piccole ghiandole indurite, ancora mobili rispetto ai tessuti circostanti; il sospetto di metastasi dovrà in questo attendere una conferma della biopsia.

In condizioni eccezionali il cancro di origine esofagea può diventare direttamente esplorabile sotto i tegumenti del collo. La tumefazione di origine esofagea che talvolta si fa notare nelle regioni sopraclaveari, più frequentemente a sinistra e nelle regioni latero cervicali, molli riducibili colla palpazione e deformantesi dopo i pasti sono di regola da attribuire a diverticoli esofagei.

Percussione. — Per la scarsa tendenza del cancro esofageo ad infiltrare per continuità i tessuti circostanti e ad assumere un aspetto tumorale è raro che la percussione sul mediastino permetta di percepire i segni generici di tumore mediastinico in rapporto con un cancro originato dalla porzione mediastinico dell'esofago.

Ascoltazione. — Minore importanza hanno i rilievi che si possono ottenere con questo metodo. Normalmente con l'orecchio appoggiato a sinistra del rachide all'altezza della decima vertebra dorsale, o a sinistra dell'apofisi ensiforme dello sterno, mentre il soggetto deglutisce un sorso d'acqua, si ode un rumore breve, paragonabile a quello determinato dall'urto di un solido contro una membrana elastica seguito da gorgoglio. Quando vi sia una stenosi esofagea il primo rumore è indebolito ed abolito, mentre il gorgoglio è spesso prolungato. Questa alterazione acustica è indizio però di una stenosi in genere potendo essere conseguente ad un restringimento da alterazioni anche non neoplastiche della parete o da compressioni estrinseche da tumori mediastinici, da aneurisma dell'aorta.

Cateterismo esofageo. — Questo metodo di indagine può essere usato dal medico pratico, purchè questo proceda con la dovuta cautela.

Quando l'ammalato ha avuto in precedenza rigurgiti sanguigni bisogna evitare il cateterismo per il periodo di aggravare la lesione prodotta dal cancro.

Il cateterismo non deve mai essere eseguito nei casi in cui si sospetta la stenosi sia provocata da un'aneurisma dell'aorta; nemmeno nei cardiopatici in stato di compenso o nelle persone che si suppongono portatrici di varici esofagee.

Più usate delle aste flessibili con ulive d'osso di varia grandezza avitabili in cima sono ora le sonde di gomma piena con estremo arrotondato e di calibro diverso.

La sonda la cui estremità è stata unta con olio d'oliva, è introdotta nelle fauci sulla guida di 2 dita della mano sinistra appoggiata contro la base della lingua mentre il paziente tiene il capo un poco esteso; quindi è dolcemente sospinta nell'esofago mentre si invita il paziente a deglutire. Se la sonda incontra un ostacolo si riprova prudentemente con una di calibro minore. Le stenosi possono essere insuperabili anche alle sonde di minimo calibro.

Esame radiologico. — Questo importantissimo metodo di indagine non

deve mai essere trascurato, quando si sospetti un cancro esofageo. Con la proiezione sagittale e con la proiezione obliqua destra anteriore si possono avere precocemente preziosi indizi di alterazione funzionale ed anatomica, prodotta dal neoplasma.

L'esame su radiografie seriate a brevi intervalli permette di constatare il più delle volte il difficoltato deflusso del liquido opaco in un punto del tratto esofageo. Quando la stenosi è avanzata è dato spesso di notare una dilatazione diffusa del tratto soprastante al neoplasma. Tuttavia neppure questi segni sono costanti.

Di particolare interesse a questo proposito il primo caso descritto, nel quale mancarono costantemente i segni della stenosi, tanto che l'origine esofagea della metastasi cancerigna notata biopticamente in una linfoghiandola sopraclaveare fu dimostrata con certezza soltanto all'autopsia. Questo particolare comportamento si spiega con il tipo della diffusione neoplastica, la quale aveva interessato l'esofago interamente dalla struttura cricoidea al cardias irrigidendone le pareti senza stenosarle, vero scirro diffuso dell'esofago.

Importa ricordare che anche l'esame radiologico straordinariamente importante per la diagnosi del cancro esofageo non basta in alcuni casi a fornire per se un criterio di certezza, potendo i segni di stenosi e le particolari deformazioni dell'ombra esofagea dipendere da altre cause.

Una dimostrazione di ciò ci è data dal nostro caso terzo. In questo i disturbi della canalizzazione esofagea, intermittenti e non accompagnati da deperimento coesistevano con una ectasia aneurismatica dell'arco, tanto che un radiologo prima consultato dal paziente aveva fatto la diagnosi di stenosi da compressione per aneurisma.

In realtà la stenosi appariva all'altezza dell'arco dilatato; tuttavia chi consideri la radiografia in obliquo destro anteriore eseguita subito dopo lo ingresso del paziente in ospedale si nota che il contorno dell'arco è nettamente distaccato dal tratto esofageo stenotico.

In questo caso la diagnosi di certezza fu possibile pochi giorni dopo mediante la biopsia di una piccola ghiandola indurita che la palpazione aveva fatto notare nella fossetta sopraclaveare destra.

Esofagoscopia. — Anche questo metodo che deve essere applicato da medici sperimentali, è divenuto un ausilio clinico importante per diagnosi differenziale fra il tumore e le altre malattie esofagee. Si possono constatare in tal modo le condizioni della superficie mucosa e sotto il controllo della della vista si possono escidere frammenti di tessuto a scopo bioptico.

Una dimostrazione dell'importanza di questo metodo per una precoce diagnosi di certezza è dato dal nostro caso secondo.

RIASSUNTO.

L'autore prospetta alcuni casi di cancro dell'esofago in raffronto ad uno del cardias. Ne trae argomento per una più accurata disamina dei sintomi clinici e degli accorgimenti radiologici e strumentali tali da consentire una più esatta localizzazione e una diagnosi più precoce.

Mentre nello studio dell'etiopatogenesi fa risaltare i punti di elezione e le delimitazioni neoplastiche in ordine alle differenze strutturali e fisiologiche di due parti adiacenti.

BIBLIOGRAFIA.

Busi. *Tecnica e diagnostica radiologica nelle malattie chirurgiche.* Torino, 1933.

Carnevale-Ricci. *Il carcinoma d'esofago.* Otorin. Ital., febbr. 1931, a. I, n. 3, pag. 221-316.

Id. *Contributo allo studio anatomo-patologico del carcinoma dell'ipofaringe.* Arch. Ital. di Otol., fasc. IV, 1927.

Chevalier-Jackson. *Bronchoscopie, oesophagoscopie.* Doin Edit., Paris, 1934.

Guarnaccia. *Un nouveau signe diagnostique précoce du carcinome du tiers supérieure de l'oesophage.* Arch. Inter. de laryng., pag. 88-89, 1912.

Guisez. *Du cathéterisme de l'oesophage.* Paris Médical, pag. 165-171, 30 août 1919.

Id. *De signis du debut du cancer de l'oesopaghe.* Paris Médical, pag. 964-966, 31 juillet 1926.

Id. *A propos du diagnostic et du traitement du cancer de l'oesophage.* L'oto-rhino-laringologie Internat., pag. 824-825, 1933.

Laures. *Cancer de l'oesophage.* Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôp. de Paris, pag. 629-631, 19 mai 1927.

Massei. *La immagine laringoscopica in certe malattie dell'esofago.* Arch. Ital. di laring., pag. 738-745. 1882.

Magnien. *Diagnostic du cancer de l'oesophage.* Médecine, vol XVII, pag. 75-79, janvier 1936.

Jousseoume. *Les formes respiratoires du cancer de l'oesophage.* Oto-rhino-laring. Intern., pag. 1053, 1935.

Peroni. *Tecnica di trattamento delle stenosi dell'esofago da causticazioni.* Atti Soc. Lomb. Chir., vol. II, n. 2, pag. 74-84, 19 gennaio 1934.

Quimby. *L'oesophage.* L'Oto. Intern., pag. 475, 1933.

Ramond. *Cancer de l'oesophage.* Presse Médicale, n. 18, pag. 291-292, 1929.

Ratti A. Corso di radiologia anno XIV. Paraninfo, ed., Milano.

Rebattu. *Paralysie résurentielle bilatérale et Syndrome de Claude Bernard-Horner au cours de l'évolution d'un cancer d'oesophage.* Journal de Méd. de Lyon, pag. 443-444, 20 juillet 1932.

Ricci. *Cateterismo ininterrotto dell'esofago in casi di stenosi gravi.* Valsalva, pag. 221, gennaio 1935.

Rubaltelli. *Un nuovo segno semeiologico per la diagnosi precoce del cancro esofageo.* Boll. delle malattie dell'orecchio, naso, ecc. n. 9, pag. 282-287, settembre 1932.

Samaja. *I tumori dell'esofago.* Soc. Edit. Libraria, Milano, 1918.

Sangiovanni. *Rilievi clinici sul carcinoma d'esofago.* Arch. It. di Otorin., vol. 46, fasc. I, anno 1934.

Sforza. *Epitelioma dell'esofago simulante l'aneurisma dell'aorta.* Atti della clinica Otorin. della R. Univ. di Roma, anno IV, pag. 395, 1906.

Talini. *Dettagli di tecnica e ricerche radiologiche sul carcinoma dell'esofago.* Radiologia medica, n. 18, pag. 1183-1210, settembre 1931.

70993

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1898 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 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 « 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:		
1) Alla 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 chirurgica)	» 110 —	» 165
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	» 140 —	» 195
Un numero della sezione medica o chirurgica	L. 6,	della pratica L. 4

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.

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

L'abbonamento non disdetto prima dal 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 Stamira, 14 — Roma (Telefono 43-308)