



DOTT. GIORGIO PETTA

Un caso di necrosi emorragica del pancreas e del grasso peripancreatico ✕ ✕

Estratto dal POLICLINICO (Sez. Chirurgica), anno 1924



non 2.

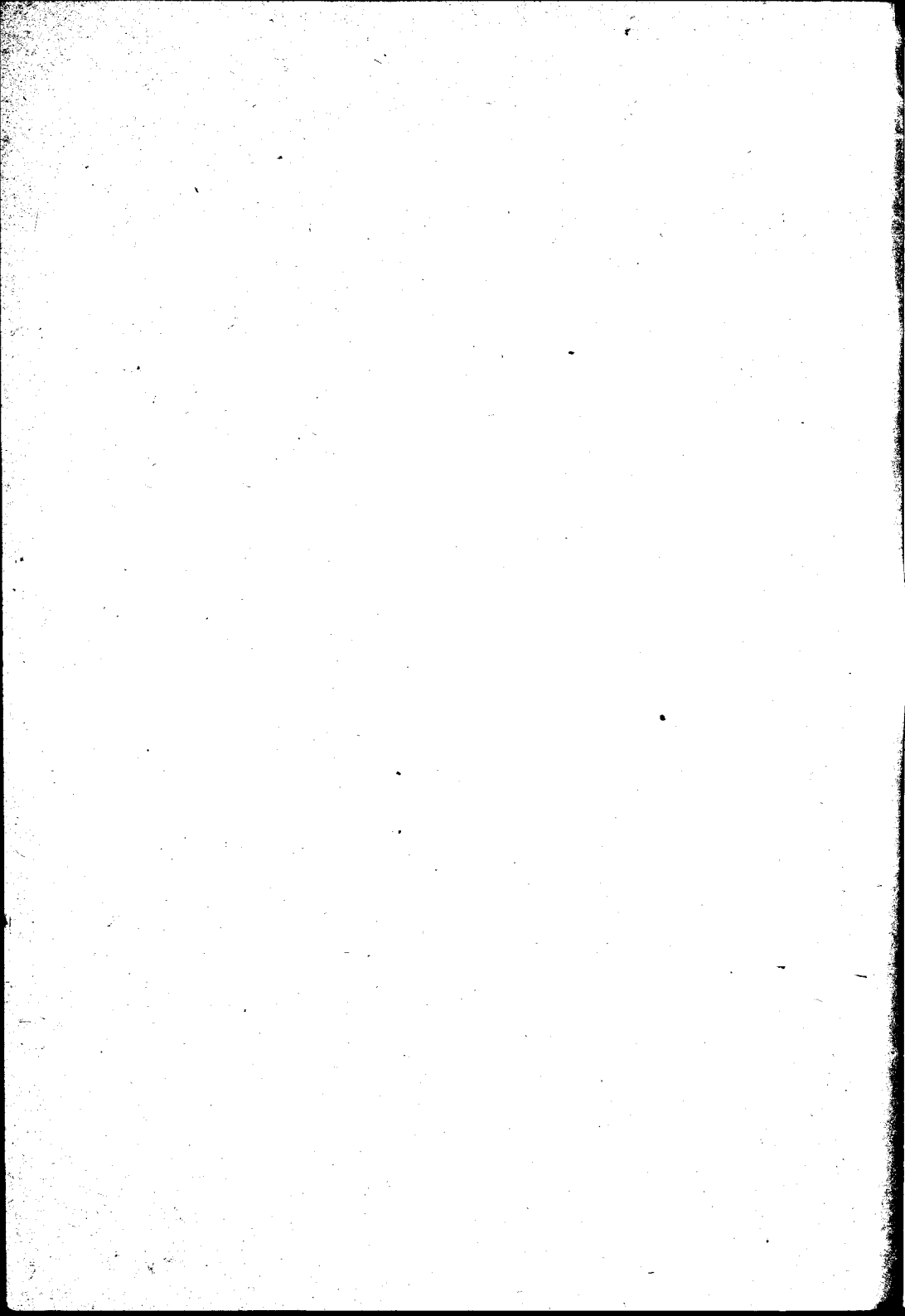
B

65

11

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

1924



DOTT. GIORGIO PETTA

Un caso di necrosi emorragica del pancreas e del grasso peripancreatico ✕ ✕

Estratto dal POLICLINICO (Sez. Chirurgica), anno 1924



ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

—
1924

La malattia è bene individualizzata anatomicamente e clinicamente; negli ultimi tempi s'è potuta fare la distinzione della sindrome dell'oclusione intestinale e della peritonite acuta.

Resta però sempre di difficile diagnosi (Schmidt), a meno che precedentemente la localizzazione di dolori vaghi all'epigastrio e di disturbi della digestione non abbiano richiamato l'attenzione sul pancreas.

Presenta perciò un certo interesse il caso osservato nella Sala S. Carlo Bacci dell'Ospedale di S. Spirito:

8 novembre 1923. M. Augusto, di 30 anni, ammogliato, cuoco, della provincia di Alessandria.

Fortemente mangiatore e bevitore di vino.

La reazione di Wassermann risultò positiva quando 4 anni fa fu ricoverato in questo stesso ospedale e curato con iniezioni di preparati mercuriali.

Otto mesi fa ittero con lievi elevazioni febbrili, senza dolori, durato circa 20 giorni.

Da qualche tempo ha notato una tumefazione della gamba destra: di essa è residuata una cicatrice pigmentata e coperta di croste.

La notte del 3 novembre è stato colpito da dolore violentissimo all'epigastrio, insorto improvvisamente con vomito ripetuto.

Portato al Policlinico fu fatta diagnosi di colica epatica e praticata qualche iniezione di morfina senza risultato. Il giorno dopo fu riportato a casa dai parenti.

Per 2 notti continuarono dolori violentissimi e vomito che da ieri è diventato nerastro, a posa di caffè. Mai febbre. Singhiozzo dall'inizio della malattia. Alvo aperto. Condizioni generali progressivamente peggiorate. Diuresi sempre scarsa. Coscienza conservata, salvo qualche breve delirio.

Esame obiettivo. — Sviluppo scheletrico e muscolare normale. Individuo adiposo, con masse muscolari bene conservate. Condizioni generali molto gravi. Pupille di forma ed ampiezza normale, reagenti alla luce e alla convergenza. Lingua secca. Singhiozzo. Vomito scuro a posa di caffè. Noduli linfatici ingrossati nelle comuni sedi. All'arto inferiore destro, regione antero-interna, all'unione del terzo medio col terzo inferiore si nota una cicatrice pigmentata, infossata, in parte coperta da crosta giallo-nerastra.

Torace ampio, simmetrico, bene conformato. Respiro a tipo costale superiore, frequente, superficiale.

Polmoni: ottusità bilaterale dall'angolo inferiore della scapola in basso. All'ascoltazione si trova soffio bronchiale e broncofonia più intensa a destra che a sinistra. A sinistra, sull'ascellare anteriore, si percepiscono rantoli sonori a medie bolle.

Cuore spostato in alto. Deborda a destra dalla marginale dello sterno. Azione cardiaca frequente.

Polso frequente 120 al m', con temperatura = 36° C., molle, ritmico.

Addome: teso, meteorico con distensione più evidente nei quadranti superiori. Non si osservano movimenti peristaltici visibili né tumefazioni circoscritte riferibili a qualche ansa intestinale dilatata.

La palpazione provoca dolore ch'è più intenso in tutta la regione epigastrica. Il punto di Mac Burney e quello di Lanz non sono dolenti in modo particolare. Non si palpano tumefazioni, non si può dimostrare presenza di liquido libero nella cavità addominale.

Rumore di guazzamento profondo.

Fegato: Limite superiore alla V costa. Il margine inferiore aumentato di consistenza, dolente, si palpa a due dita trasverse sotto l'arcata costale.

Milza: non si può delimitare.

Vomito: liquido scuro, simile a posa di caffè; non ha l'aspetto né l'odore fecaloide.

La reazione con resina di guajaco e trementina è intensamente positiva.
Urina: Reazione di Sgambati intensamente positiva. Non si trova albumina né zucchero.

Diario: 8 novembre 1923.

Puntura esplorativa (1^a) nella metà destra del torace, negativa.

Radioscopia. Polmoni chiari. Diaframma notevolmente sollevato nelle due metà e poco mobile. Cuore in posizione mediana e adagiato sul diaframma, non ingrandito. Bolla d'aria dello stomaco quasi normale e a sinistra.

Si prescrive del latte a cucchiaini, una iniezione di olio canforato ogni 6 ore. la sonda rettale a permanenza.

9 novembre 1923. — Temper. + 37.2.

2^a Puntura esplorativa al lato destro del torace: sangue puro. Singhiozzo. Polso 120 al m' a pressione media. Feci liquide di aspetto normale. Mortina 0.01.

Urina: prova dell'acetone positiva. Sonda rettale.

10 novembre 1923. — Tre scariche di feci scure composte.

Al torace persistono i ranteli: respiro bronchiale alla base polmonare sinistra.

Singhiozzo.

Vomito acido scuro.

Al mattino polso 126 al m' con temperatura + 36; alle ore 16 polso 128 al m'.

Esame del sangue: leucociti 11.700. Nei preparati colorati nulla di notevole.

11 novembre 1923. — Scarso vomito posa di caffè. Singhiozzo. Emissione di gas dall'ano.

Sotto l'arcata costale sinistra si palpa il margine retondo di una tumefazione che si segue fin sotto l'arcata costale, alla linea mammillare sin.; al di sopra di tale tumefazione la percussione dà suono timpánico alto.

12 novembre 1924. — Persiste il soffio bronchiale alla base del torace a sinistra. Polso 132.

Data la gravità della sindrome addominale e delle condizioni generali dell'ammalato si trasferisce in chirurgia, dove si procede alla laparotomia.

Operazione: (prof. Tito Ferretti). — Rachianestesia con stovaina gr. 0.09 positiva. Incisione xifoombelicale. Grasso peritoneale con nodi necrotici, duri, friabili. Margine inferiore dell'omento aderente allo stomaco con noduli numerosi di necrosi. Si scopre il pancreas infiltrato di emorragie e con tratti necrotici. Si richiude la cavità addominale lasciando una zaffo di garza.

Morte durante la giornata.

Autopsia parziale: (prof. A. Nazario). — Ferita laparotomica sopraombelicale recentissima suturata, con zaffo. Aortite iperplastica all'inizio dell'aorta ascendente. Congestione polmonare. Scarsissimo versamento siero-ematico peritoneale. Necrosi del pancreas con pancreatite emorragica acuta totale. Necrosi del grasso peripancreatico dell'omento e del grasso sottoperitoneale parietale. Reni congesti. Milza non ingrandita (gr. 250), con follicoli piccoli, distinti. Capsule surrenali normali. Fegato congesto di volume normale (grammi 2000). Testicoli normali (scarsamente filanti). Calcoli della cistifellea (3 calcoli rotondeggianti in prevalenza colesterinici e di pigmenti).

Esame macroscopico del pancreas. — Non si ritrova più l'aspetto biancastro del parenchima pancreatico normale, salvo che in limitate isole di tessuto che si rinvencono nello spessore del pancreas. Questo è all'incirca triplicato di volume, rosso scuro, con isole grigie a contorno giallastro dall'aspetto di focolai di necrosi: si tratta di una apoplezia del pancreas con focolai di necrosi.

Nei grasso circostante al pancreas si trovano chiazze e nodi sporgenti, con alone rosso, di aspetto cretaceo o molli: aprendoli si estrae una sostanza simile a creta: somigliano a gocce di stearica cadute sul grasso.

Esame microscopico del pancreas. — Nelle zone biancastre, limitate, di tessuto d'aspetto normale, anche microscopicamente non si rilevano alterazioni.

Nell'urina: reazione di Sgambati intensamente positiva, tracce di albumina, presenza di acetone, assenza dello zucchero.

* * *

L'inizio della malattia fu brusco, in pieno benessere, in individuo robusto, grasso, forte mangiatore e bevitore, con anamnesi biliare indubbia (fegato grosso, ittero e febbre 8 mesi prima, della durata di circa 20 giorni).

Il dolore atroce all'epigastrio si presentò d'improvviso, durante il riposo della notte, fin dapprincipio con vomito e singhiozzo. Si pensò a una colica biliare: è questo l'errore di diagnosi più comune, quasi inevitabile quando, come nel caso nostro, vi sono precedenti biliari.

In molti casi il chirurgo interviene per sospetto di colelitiasi o di rottura della cistifellea, ed è solo all'apertura del peritoneo che il liquido libero siero-

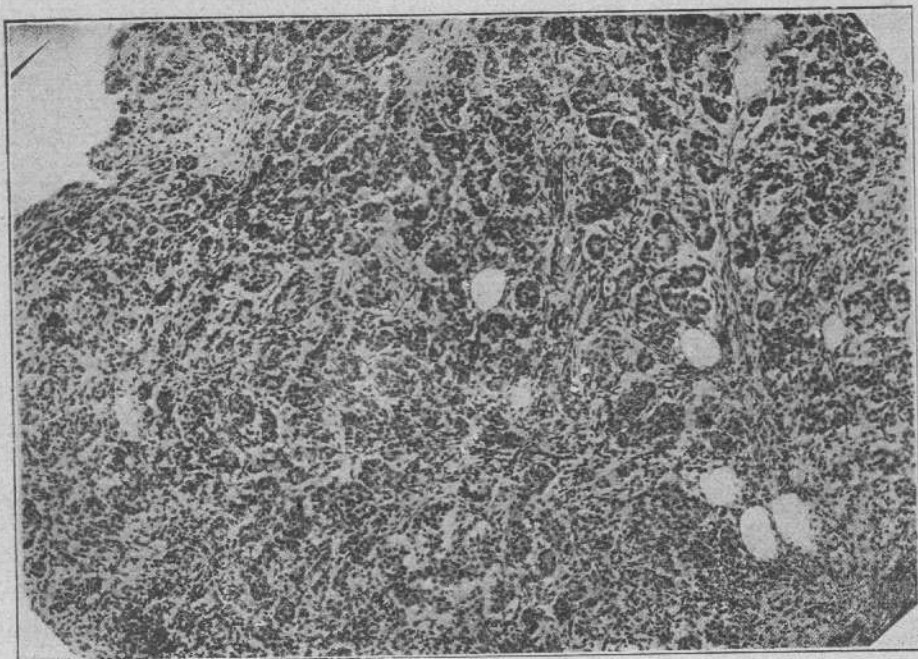


FIG. 3. — Zona di pancreatite cronica fibrosa con atrofia del parenchima pancreatico. — Koristka ob. 4, oc. 3.

ematico, senza reazione infiammatoria del peritoneo, e le « taches de bougie » della steatonecrosi fanno riconoscere la vera natura della malattia.

Il dolore violentissimo, localizzato all'epigastrio, non attenuato dalla morfina, si colmò il giorno seguente in una remissione dei sintomi più allarmanti, tanto che l'ammalato fu riportato a casa dalla famiglia. Ma la notte tutti i sintomi gravi si ripresentarono obbligando l'ammalato, le cui condizioni peggioravano, a tornare in ospedale.

Il vomito presente fin dapprincipio era alimentare, senza carattere speciale nè odore fecaloide; ma il vomito, ^{sintoma splendido} anche se insistente, non costituisce un ~~della steatonecrosi~~ fanno riconoscere la vera natura della malattia.

Anche per il sintoma dolore, Körte fa notare che non esiste un attacco doloroso tipico per la pancreatite acuta.

Non è da meravigliarsi così che più che alla lesione del pancreas si pensasse alle vie biliari prima, e quando il vomito divenne scuro, simile a posa di caffè, si mettesse in campo l'ipotesi che potesse trattarsi di un'ulcera gastrica o duodenale perforata. D'altra parte, per quanto si fosse propensi ad ammettere un'occlusione intestinale, i caratteri del vomito stavano contro di essa, poichè nemmeno dopo parecchi giorni di malattia acquistò l'odore o l'aspetto fecaloide.

Il singhiozzo, presente dall'inizio della malattia, non è un sintoma su cui sia possibile basarsi nella diagnosi differenziale tra malattie addominali nelle quali è interessato il peritoneo, poichè in tutte si può riscontrare.

Di particolare importanza era l'esame dell'addome. Era questo meteorico, un po' teso, specialmente nelle parti superiori, all'epigastrio e verso sinistra. Non si notavano movimenti peristaltici visibili, nè il segno di Laugier, nè dilatazione spiccata delle parti laterali per meteorismo del crasso.

Non era però il meteorismo diffuso della peritonite acuta con dolenzia ugualmente estesa a tutto l'addome: contro la peritonite acuta diffusa stavano anche la mancanza di ritenzione fecale, di dolore alla minzione e di febbre. La difesa addominale era limitata alle parti superiori; questo dato richiamava l'attenzione sulla possibilità della perforazione d'un'ulcera latente gastrica o duodenale con esito in peritonite circoscritta delle parti superiori dell'addome, tanto più che la presenza di sangue nel vomito doveva far pensare necessariamente a questa eventualità.

S'è pensato pure alla perforazione della cistifellea calcolosa e alla semplice propagazione di un processo infiammatorio dalla cistifellea al peritoneo, ma la difesa ed il dolore erano piuttosto spostati verso il quadrante superiore sinistra e sotto l'ipocondrio sinistro.

Solo all'ottavo giorno di malattia fu ricontrato il sintoma veramente importante di una resistenza trasversale che dall'epigastrio si seguiva sotto l'ipocondrio sinistro; alla percussione dava suono timpanico.

Secondo lo Schmidt tale resistenza epigastrica trasversale è generalmente un sintoma presente dall'inizio della malattia: in questo caso fu tardivo, o, almeno, non era apprezzabile all'inizio.

Lo Schmidt fa rilevare che tale resistenza trasversale può essere dovuta, secondo i casi, agli organi cavi delle parti superiori dell'addome, stomaco o intestino, contenenti gas, spinti elasticamente in avanti, sia dalla bursa omentalis ripiena di sangue o di gas, sia dal pancreas aumentato di volume. In questo caso si aveva la sensazione di palpare il pancreas fortemente ingrossato.

Il comportamento della defecazione e dell'emissione dei gas contribuì molto a rendere incerta la diagnosi fino all'ultimo: le feci, talvolta liquide, furono sempre emesse spontaneamente, in notevole quantità e normalmente colorate. Mai abolita l'emissione di gas.

Questo modo di comportarsi dell'alvo è eccezionale nella pancreatite acuta. La persistenza di defezioni quotidiane stava pure contro l'ileo paralitico e

l'ileo meccanico, da occlusione: per ammettere uno strozzamento interno si doveva pensare che fosse parziale e delle porzioni più alte dell'intestino. Del resto nella occlusione intestinale alta l'arresto delle materie e dei gas è completo, dopo vuotato il tratto intestinale a valle della stenosi; il vomito è fecaloide, i dolori sono più diffusi, spesso vi sono movimenti peristaltici visibili; l'ipotermia è la regola. Le feci per l'aspetto e la quantità non presentavano nulla di particolare. Non furono eseguite ricerche speciali per stabilire la funzionalità del pancreas, anche perchè il valore di dette ricerche è molto diminuito dal fatto che quasi sempre l'ammalato ha usato prima dell'esame un'alimentazione poco adatta. Inoltre la gravità del caso non permette di somministrare la carne per poi ricercare la striatura delle fibre muscolari emesse con le feci. Infine se, anche per mezzo di questa e delle altre ricerche di laboratorio, si riesce a mettere in evidenza la mancata funzione del pancreas, non si può ritenere per dimostrata una lesione anatomica del pancreas. In ammalati così gravi è infatti sempre da ritenere possibile la semplice inibizione della funzione secretiva del pancreas.

L'esame delle urine fornì dati poco importanti: tracce di albumina, acetone, ma non presenza di zucchero che avrebbe quasi imposta la diagnosi.

Ciò anche per il fatto che negli esuri d'urina fatti precedentemente, quando l'ammalato fu osservato per altre cause, mai era stata ritrovata glicosuria.

La reazione di Cammidge, che ora si attribuisce alla presenza di una destrina che può trovarsi anche in condizioni normali, non fu eseguita.

La reazione di Sgambati cui si ammette importanza quasi diagnostica nelle flogosi peritoneali, era in questo caso intensamente positiva. Ma qui non si trattava di riconoscere una flogosi peritoneale per segni indubbiamente, ma di stabilirne la causa, precisando l'organo che dava origine alla sindrome peritoneale.

Anche l'esame del sangue fu poco caratteristico, poichè fu solo riscontrata una modica leucocitosi: 11.700 leucociti per mmc. Questo reperto è privo di importanza ed è quello che si trova comunemente nella pancreatite acuta.

Da quanto è stato esposto si rileva che erano presenti i sintomi fondamentali che sono propri della pancreatite emorragica. Ma essi non furono sufficienti per una diagnosi indubbia malgrado la loro importanza, perchè lo stato generale dell'infermo e l'attipicità degli altri sintomi mascheravano il quadro clinico. La prima volta che l'ammalato fu portato in ospedale, l'attenzione fu richiamata verso una lesione delle vie biliari, e si pensò a una colica biliare (primo e secondo giorno di malattia). Del resto, che potesse trattarsi realmente di una colica biliare, è giustificato dal reperto di calcoli nella cistifellea. Quasi tutti gli autori che più recentemente si sono occupati dell'argomento, quali M. Faroy, Parmentier e Chabrol, Schmidt, avvertono che, specialmente quando precede un'anamnesi biliare, quasi sempre il medico si ferma alla diagnosi di colica biliare.

La seconda volta che l'ammalato fu tenuto in osservazione, la diagnosi restò incerta fino all'ultimo fra l'incarceramento interno parziale e la pancreatite emorragica, diagnosi questa già prospettata dal medico che aveva osservato l'ammalato prima del suo invio all'ospedale di S. Spirito.

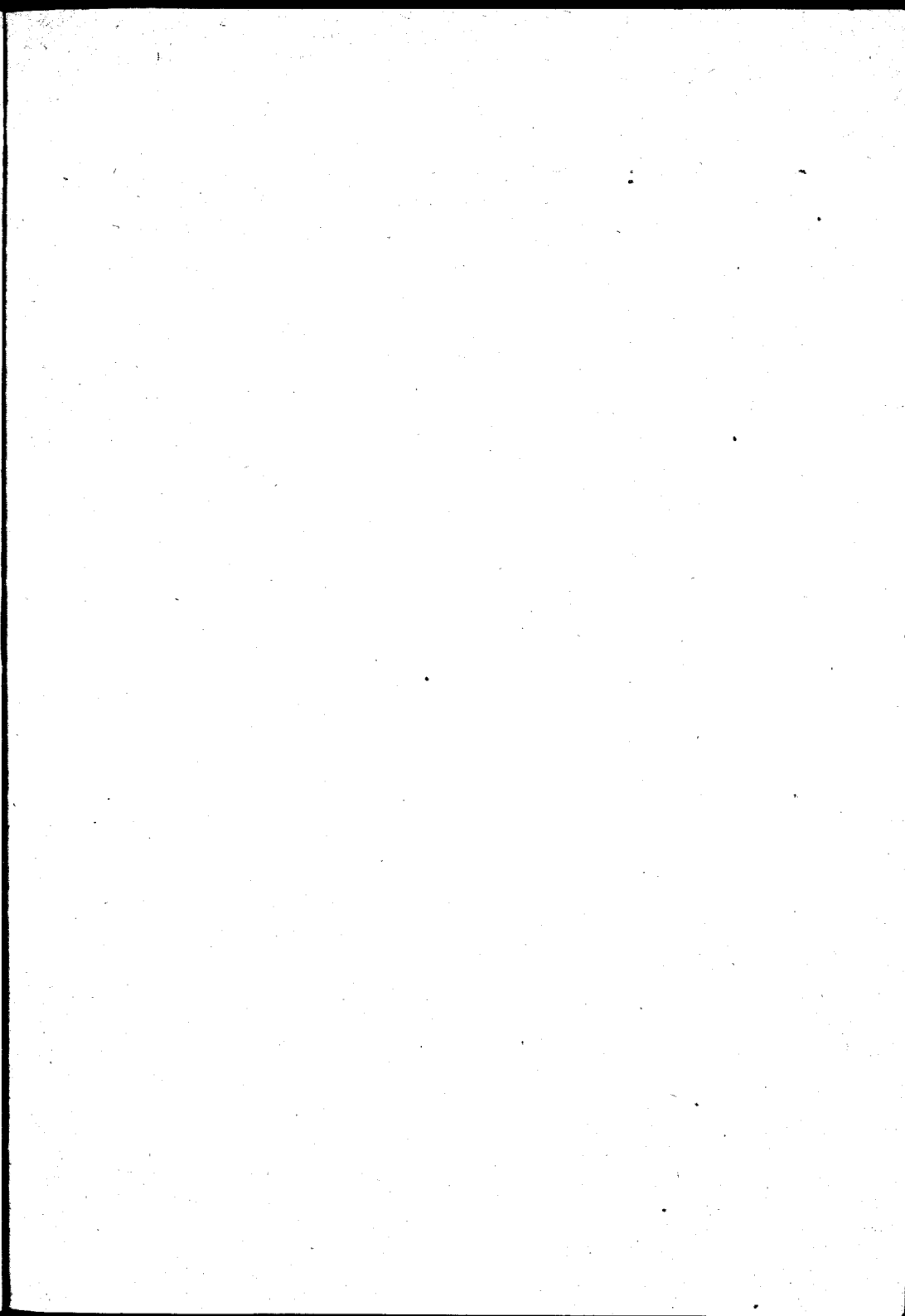
L'atto operativo, deciso per l'imponenza della sindrome addominale che non giustificava alcuna speranza nelle cure mediche, doveva dare ragione alla seconda ipotesi proposta.

L'ammalato è morto durante la giornata stessa dell'atto operativo; anche nei casi gravi l'intervento è però sempre indicato: esso consiste nel drenaggio della regione pancreatica ed, eventualmente, delle vie biliari se sono interessate. Data l'altissima mortalità dei casi lasciati a sè stessi bisogna sempre tentare l'operazione per quanto gli operati spesso vengano a morte anche dopo un intervento precoce e ben condotto: secondo Dreesmann le probabilità di guarigione raggiungono solo il 12 % nei non operati, mentre si può arrivare al 45 % specialmente se l'intervento chirurgico è precocissimo; Körte fissa la mortalità totale al 56,9 % basandosi sulle statistiche degli ultimi anni.

BIBLIOGRAFIA.

1. ARCHIBALD. Supr. gyn. u. obstetrix XXVIII, 1919, 529; Journal of amer. med. Assoc., settembre 1918.
2. BÄLSER V. A. 90 Bd, 1882 u. Med. Cong. Leipzig, 1892; Verh. d. XI Congr. f. inn. Med. Leipzig, 1892.
3. BÉGOUTIN, etc. Comp. di Pat. chirurgica III.
4. BÖHM. v. Bruns' Beitr. z. Klin. Chir., Bd. 43. S. 694.
5. BERGMANN e BRUNS. Trattato di clinica chirurgica III.
6. BERGMANN e GULECKE. Longenbeck's. Arch. f. Klin. Chir., Bd. 78.
7. BLUME-BENECKE. Festschrift. Braunschweig, 1897.
8. BRENTANO. Pankreasnekrose. Longenbecks Arch., Bd. 61, H. 4.
9. BUNGE. Langenb. Arch., Bd. 71.
10. BROcq et BINET. Journal méd. franç., gennaio 1921.
11. BRÜTT. Pancreatite ac. da Gasbacillus di Fraenkel. V. A., 1923, Bd. 246.
12. CARNOT. Rech. expér. et chir. sur les Pancréatites. Paris 1828.
13. CHIARI. Z. f. H., 17 Bd. 1896; P. XXV, 1900; W. 1880, n. 6; P. n. 20 e 30, 1883.
14. CHABROL. L'infarctus du pancréas par pylephébie. Archiv mal. app. digestif, 1913.
15. Les pancréatites dans les affections du foie. Thèse, 1910-11.
15. DEARNER. Annals of surgery, sett. 1908.
16. DETMER. I D. Göttingen, 1895.
17. DIONISI. L. Anat. Pat. II-3, Palermo.
18. EDDOHL. Johns Hopkins hospital Bulletin, 1907.
19. EICKERHOFF. Festschrift f. Thierfelder, 1895.
20. EISENBERGER. Henkes Z. f. Staats-organik. Jahrg. 41 u. 5, 2.
21. FLENNER. Experimental Pancreatitis. Johns Hopkins Hosps. Rep. vol. IX. Journal of experimental Med., 1897, vol. II.
22. FRIEDREICH. Handb. v. Ziemnisen VIII 2. S. 259, I-c. 536.
23. FRÄNKEL EUG. M. 1896.
24. GESSNER. Deutsche Zeit. f. Chir., Bd. 54.
25. GUILLAUME LOUIS. Pancreatite hémorragique avec oblitération complète de l'artère splénique. Soc. de Chir., 21 apr. 1920.
26. FRITZ. Boston med. Journal, 1892.
27. HAUSEMANN. Z. f. Kl. M., Bd. 26, 1894 u. B. n. 15, 1899.
28. HEIDENHAIN in Hermann's Handb. d. Physiologie.
29. HAHN. Deutsche Zeitschrift f. Chir., Bd. 58.

30. HLAVA. Bull. de l'Acad. de Bohême, 1897. — Internat. Congr. Moskau, 1897, u. W. Kl. W., n. 12, 1895.
31. HÉDON. *Physiol. normale et pathol. du pancréas*. Paris 1902.
32. HILDEBRAND O. Chir. Congr., 1894. Berlin u. A. f. Kl. Chir., Bd. 57, 1898, I. c. p. 538.
33. JUDD. The Journ. of the American med. Associat., 1921, n. 3, t. LXXVII.
34. KATZ und WINKLER. *Exper. studien ueber Fettgewebsnekrose*. Arch. f. Verd.-Kronkh., Bd. 4, 1899, und Die multiple Gewebsnekrose. Berlin, Karger 1899.
35. KAUFMANN. Lehrbuch. der Path. Anatomie, 1922.
36. KÖRTE. *Die Chir. Krankheiten des Pankreas und die Verletzungen des Pankreas*. Deut. Chir. von Bergmann und Bruns Lief. 45 d.
37. KRÖNLEIN. Klin. u. topogr. anatomie. Beitrag zur Chir. d. Pankreas.
38. KÜHNE. Verh. d. naturh. Vereins Heidelberg II.
39. LABBÉ et DEBRÉ. Bull. Soc. méd. Hôp., 8 luglio 1921.
40. LANGERHANS O. A. 122 Bd., 1890; R. Beitr. zur Mikroskopischen Anatomie der Bauchspeicheldrüse, 1899.
41. LECÈNE et LENORMAND. Rév. de gyn. ed. d. ch. abdom., 1906, p. 1057.
42. LECLERC et GUIEYSSÉ PÉLISSIER. Soc. de chir. de Paris, 16 lug. 1919, p. 1154-65.
43. LÉRITZ et ARNAUD. Rév. d. gyn. et de ch. abdom., agosto-ottobre 1909.
44. LENZMANN R. Pat. e ter. d. stati morbose che importano imm. peric. di vita.
45. MAYO-ROBSON and CAMMIDGE. The Pancreas. Its surg. a. Patholog., 1907.
46. MAYO-ROBSON. Verhandl. des XVII internationalen med. Kongr. zu Paris, 1900. Lancet, July 28, 1900.
47. MARCHAND. Naturf. v. Frankfurt, 1896. Discuss. zu Ponfick's Vortrag: Ueber abdominale Fettgewebsnekrose und Pankreasnekrose.
48. MERING und MINKOWSKY. A. f. e. P. XXVI und XXXI.
49. v. MIKULICZ. *Pankreaschirurgie*. Grenzgebiete. Bd. 12.
50. OPIE. Disease of the Pankreas. Philadelphia and London, 1903. — American Journal of med. Sciences, January 1901.
51. OPIE EUGENE. *Experimental disseminated fat-necrosis*. John Hopk. Hosp. Rep., vol. IX.
52. OPIE and HOLSTED. John Hopkin's Hosp. Rep., 121-123.
53. OSER. *Die pathognostischen Symptome des Pankreaserkrankungen*. Deutsche Klin., 1901. — *Die Erkrankungen des Pankreas in Nothnagel's. Spez. Pathol. u. Ther.*, Bd. 18, II Teil. Wien 1898.
54. PAWLOW. *Die Arbeit der Verdauungsdrüsen*. Wiesbaden 1898.
55. PARMENTIER et CHABROL. *Les pancréatites hémorragiques*. N. T. de M. Masson, Paris, 1923.
56. PEÜRRINGER. V. A. 153 Bd., 1899; V. A. 155 Bd., 1899.
57. PELS-LEUSDEN. Charité Annalen XXVI.
58. ROBSON and MOYNIHAN. *Diseases of the Pancreas*. Philadelphia and London, 1902.
59. RASUMOWSKI. Longenbecks. Arch. f. Klin. Chir., Bd. 59.
60. ROSENBACH. C. f. Ch., n. 12, 1895.
61. ROKITSANSKY. Lehrbuch.
62. SEITZ. Zeitschr. f. Klin. Med., Bd. 20; Zeitschr. f. Klin. Med., XX, 1891.
63. SERGENT-R. D.-BAB. *Tr. de Path. Méd. et de Thér. appl. Les maladies du Pancréas par M. FAROY*. Paris 1923. Maloine, éd.
64. SCHMIDT. *Erkrankungen des Pankreas*, in Kraus. Brugsch. Path. u. Ther. VI, A. I.
65. SCHMIDT M. B. M. 1900.
66. SCHIRMER. *Beitrag zur Geschichte und Anatomie des Pankreas*. In Diss. Basel., 1893.
67. SCHREIBER. B. 1895, s. 544. Henkes Z. f. Staatsarzneik. Jahrg.
68. SCHULZE W. A. f. m. A. 56 Bd., 1900; Verh. d. naturh. Vereins. Heidelberg. II, p. 540.
69. SIMMONDS. M. 1898, n. 6.
70. TILGER. V. A., 137 Bd.
71. TRUHART. *Pankreaspathologie*. TI. I. Wiesbaden, 1902.
72. VILLAR. *Chirurgie du Pancréas*. XVIII Congr. d. Chir. Franç., 1905.
73. WALDEYER. *Die Kollontischen, etc.* Berlin 1900.
74. ZENKER. Tagebl. d. Vers. D. Naturf., Breslau 1874, S. 211.



IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

FONDATAI DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

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 perciò numerose e accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

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

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

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, nonché una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

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

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

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO adunque, 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.

ABBONAMENTI ANNUI

	Italia	Estero	
Singoli:			<i>Il Policlinico</i> si pubblica sei volte il mese.
1. Alla sola sezione pratica (settimanale) . . .	L. 50	L. 80	La sezione medica è la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine, che in fine d'anno formano due distinti volumi.
1.a) Alla sola sezione medica (mensile) . . .	L. 35	L. 45	
1.b) Alla sola sezione chirurgica (mensile) . . .	L. 35	L. 45	
Cumulativi:			La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine oltre la copertina.
2. Alle due sezioni (pratica e medica) . . .	L. 75	L. 115	
3. Alle due sezioni (pratica e chirurgica) . . .	L. 75	L. 115	
4. Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica) .	L. 95	L. 135	
Un numero della sezione medica o chirurgica L. 5: della pratica L. 3.			

■ Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal primo di gennaio di ogni anno ■

L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato in due rate semestrali anticipate. Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del "Policlinico", Cav. LUIGI POZZI

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, 14 - ROMA (Telefono 23-09)