

*All'illustra prof. A. Nocchi per allargare la sfera dei miei esaminatori
inviò questo lavoro d'esame che fu valutato L. 100.000.*

Albani



LUCIO URBANI

CHIRURGO PRIMARIO NEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA

LE AFFEZIONI CHIRURGICHE

: : DEL PANGREAS : :

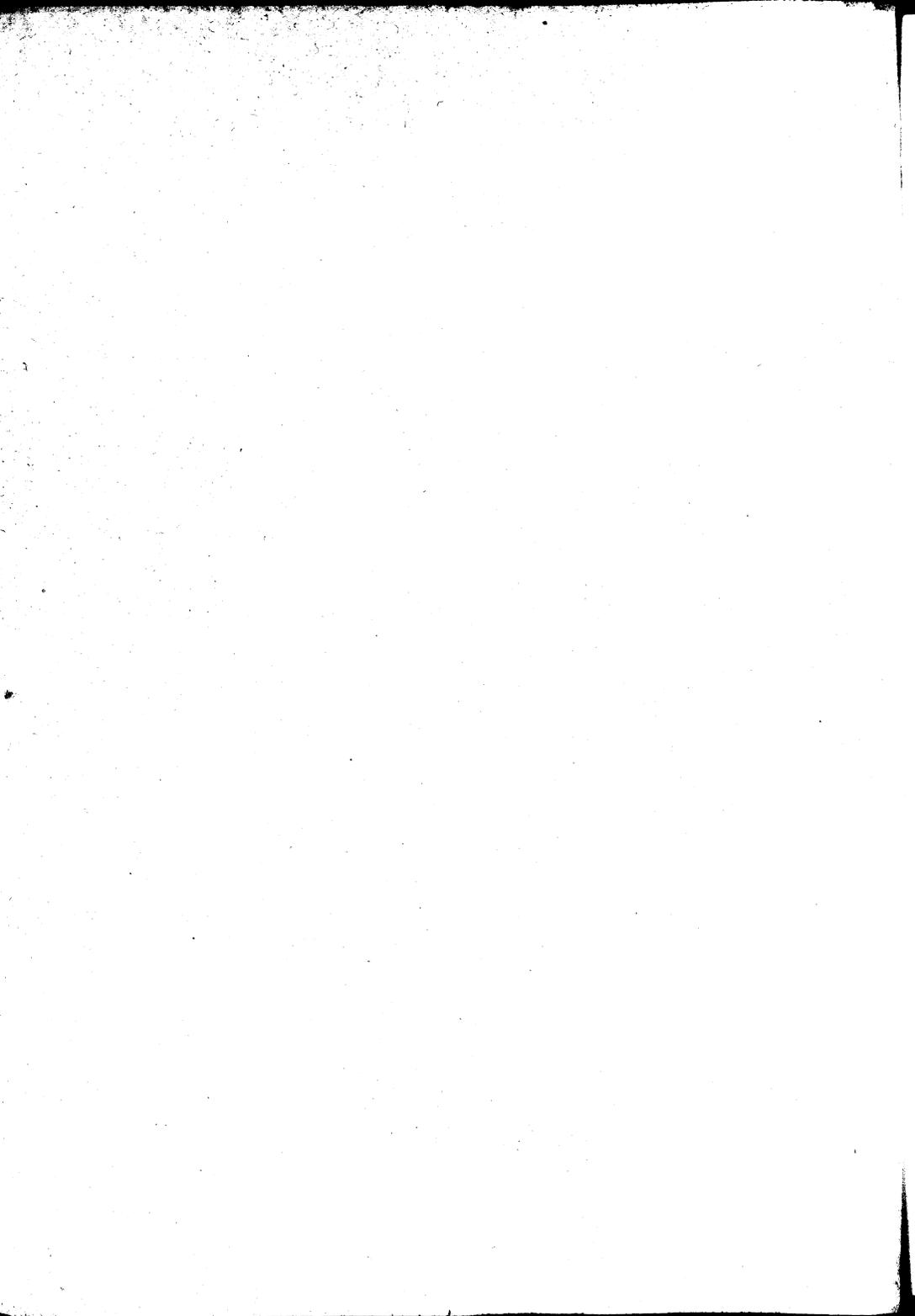


*mih
B
64
15*

ORVIETO

TIPOGRAFIA E. MARSILI

1931 - IX.







LUCIO URBANI

CHIRURGO PRIMARIO NEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA

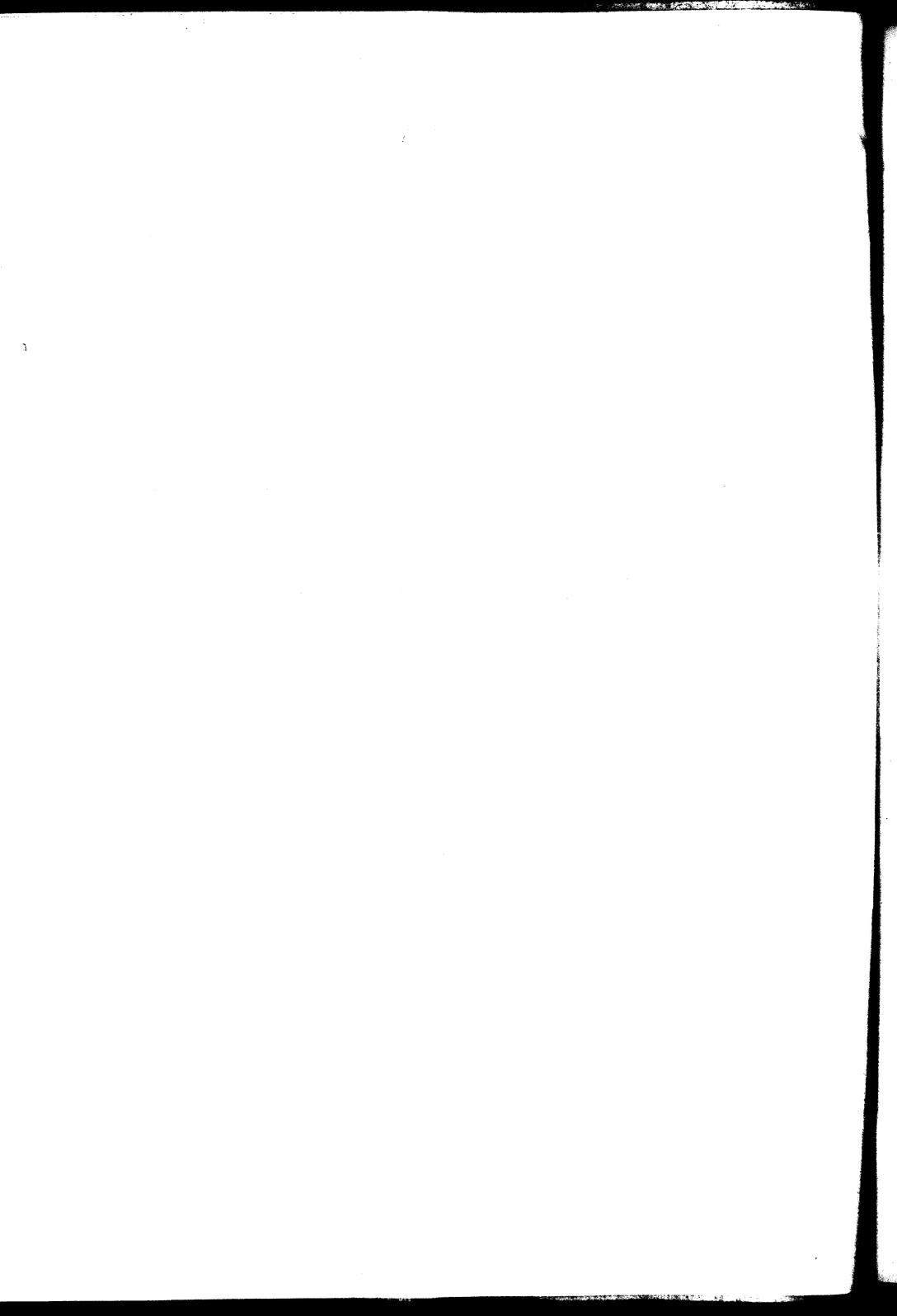
LE AFFEZIONI CHIRURGICHE

: : DEL PANCREAS : :



ORVIETO
TIPOGRAFIA E. MARSILI

1931



*Svolgimento del tema: « **Le affezioni chirurgiche del pancreas** » agli esami di Chirurgo Primario negli Ospedali Riuniti di Roma dell'anno 1930, scritto in otto ore e senza consultazione di autori.*

La copia dell'originale - che è depositato negli archivi degli Ospedali stessi - è dovuta a gentile concessione del Presidente.



In un capitolo così vasto di patologia, non si può fare a meno di far precedere la trattazione da brevi cenni anatomo-fisiologici della ghiandola pancreatica.

La ghiandola pancreatica, che fu detta la ghiandola salivare dell'addome, ha forma di martello e vi si distingue un corpo, una testa ed una coda. Situata retroperitonealmente, contribuisce a formare la parete posteriore della retrocavità degli Epiploon.

I rapporti, che la testa prende col duodeno e con le vie biliari, contribuiscono a dare alla sintomatologia delle sue affezioni delle caratteristiche sintomatiche peculiari, che valgono quasi sempre a formulare una diagnosi.

I rapporti, che il corpo assume col plesso solare, danno ai sintomi subbiettivi caratteri abbastanza netti. Meno caratteristiche sono le affezioni della coda.

Funzionalmente la ghiandola ha un duplice compito: i suoi acini glandolari, tappezzati da cellule cilindriche, sboccano in condottini sempre maggiori e confluiscono nel dotto di Wirsung, che sbocca colcoledoco nella papilla di Vater. Annesso alla papilla è uno sfintere a fibre lisce, che fu studiato da Oddi nel 1886. A volte esiste un dotto pancreatico accessorio, che sbocca al disopra della papilla di Vater, studiato da Santorini.

Il secreto del pancreas è costituito da tre fermenti principali: la tripsina, l'amilopsina, la steapsina: accessoriamente sembra che esista anche una lactasi.

Questi fermenti agiscono sulle sostanze proteiche, sugli idrati di carbonio e sulle sostanze grasse, che sono le sostanze della nostra alimentazione.

La funzione interna del pancreas è devoluta a certi isolotti cellulari isolati dalle vie escrettrici, studiate per primi da Langherans e da Laguesse. Sembra che questi isolotti presiedano al retto ricambio degli idrati di carbonio e che secernano un fermento glicolifico (Lepine).

In ogni modo, il dottrinale moderno della funzione del pancreas rimonta a quando Von Mering e Minkoski fecero la prima ablazione completa del pancreas nel cane. Con una serie di esperienze da noi il Martinotti, il Lombroso ed il De Dominicis stabilirono la dottrina pancreatico del diabete, che esula dalla nostra trattazione, ma che non si poteva trascurare in una prefazione alla trattazione delle affezioni chirurgiche del pancreas.

Infatti alcune affezioni chirurgiche compromettono anche la funzione interna del pancreas e si rivelano a noi con la glicosuria.

In una trattazione generica dei sintomi di deficit pancreatico, che varranno a renderci più facile la trattazione delle singole affezioni, bisogna tener conto dei segni generali, dei segni coprologici, dei segni urinari.

Segni generali. — Quando il succo pancreatico non giunge nell'intestino, il malato dimagra e dimagra enormemente, perchè il suo coefficiente di assorbimento è scarso e male utilizza i cibi. Per rimediare a questo deficit supplisce in parte con la bulimia, che non è un sintomo costante e a volte invece è sostituita da particolare avversione ai cibi, specie carne e grassi (affezioni cancerose). Quindi dimagrimento rapido, perdita delle forze generali, sono segni importanti nelle affezioni del pancreas.

Segni coprologici. — I segni coprologici sono condizionati anche dal deficit biliare: una affezione cronica del pancreas si accom-

pagna sempre (quando è completa e dipendente da affezione della testa del pancreas) ad ostruzione cronica delle vie biliari. Orbene la bile, e specialmente i colati contribuiscono a rinforzare l'azione della lipasi pancreaticata ed a saponificare i grassi.

Le feci del pancreatico sono abbondanti (fecorrea), sono ricche di sostanze azotate (azotorrea), sono ricche di grassi (stearrea o steatorrea). Sembra che l'80 per 100 delle sostanze grasse passino nelle feci. Un esame grossolano rivela che sono capaci di ungere la carta bibula.

Il deficit tripsinico si può ben vedere con la prova dei nuclei di Schmit.

Ricercando infatti nelle feci, si vedono al microscopio fibre muscolari provviste del loro nucleo. Una ricerca in questo senso più fine si può praticare, facendo ingerire un piccolo sacco di garza contenente timo, che è un organo ricco di nuclei, fissato in alcool e ricercando poi i nuclei.

Altre prove sono quelle con la capsula di glutoide del Sahli, contenente salolo, e con la conseguente ricerca nelle urine dell'acido salicilurico.

Lascio deliberatamente una serie di altre ricerche, come la prova digestiva sulla gelatina, sull'albumina secondo Meff. Sono ricerche più lunghe, che non sono entrate nella pratica corrente.

Ricerche sull'urina: Sull'urina si ricercherà lo zucchero coi metodi noti. Si praticherà la prova di Cadmige, che ebbe voga un tempo, ma che ora è diminuita di valore, e si ricercherà l'amilasi.

L'amilasuria è una prova di ritenzione e di riassorbimento nel sangue dei fermenti pancreatici, ed essa sta alla ritenzione pancreaticata come la coluria sta alla ritenzione biliare (Castaigne e Rathery).

Le affezioni chirurgiche del pancreas sono numerose e la loro importanza è venuta ad imporsi ai clinici, ai patologi ed ai chirurghi solo in questi ultimi venti anni. Alla loro conoscenza hanno contribuito

i seguenti autori: (Halsted, Mayo, Lecene e Lenormant, Opie, Lefas, Carnot, Gilbert e Chabrol, Archibald, ed in Italia Calzavara Domenico).

Recentemente ha pubblicato un buono studio sulle pancreatiti acute Broch.

La mia trattazione sarà una rapida sintesi, perchè l'argomento è molto vasto.

I. - TRAUMI

La letteratura su questo argomento è piuttosto scarsa. La ghiandola pancreatica, profondamente situata e protetta posteriormente in parte dalla colonna vertebrale e anteriormente dallo stomaco e dal colon trasverso, si è presentata raramente al chirurgo essa sola traumatizzata. La sua sintomatologia perciò è stata accompagnata e oscurata da lesioni di altri organi importanti (stomaco, colon trasverso, duodeno, grossi vasi) e qualche volta da traumi della colonna vertebrale e da traumi del midollo.

Le ferite da taglio, le ferite d'arma da fuoco, le contusioni profonde dell'addome (calcio di cavallo), hanno raggiunto il pancreas. Qualche volta, nelle contusioni, la sintomatologia è restata attenuata e si è rivelata poi con una tumefazione epigastrica (sono queste le false cisti pancreatiche, di cui parlerò in seguito a proposito delle cisti). Qui voglio solo ricordare i traumi, che hanno comandato l'intervento immediato.

Adunque, nel corso di una laparotomia per trauma, il chirurgo, seguendo le lesioni di tappa in tappa, è giunto sul pancreas, dopo aver sfronato il legamento gastro-epatico ed il legamento gastro-colico, e l'ha trovato sia ferito da una pallottola, sia ferito da un coltello trasversalmente o longitudinalmente. Autori (in Chavannaz e Guyot) hanno suturata la testa divisa dal corpo e hanno dovuto legare l'arteria splenica e fare la splenectomia consecutiva. Sono ferite quasi sempre mortali, perchè il succo pancreatico, che si versa allo stato di profermento, è attivato dalle chinasi versate dallo stomaco ferito o dalle chinasi leucocitarie, e possono seguirne fenomeni di autodigestione specialmente a carico del grasso dell'omento e dei meso (citosteotonecrosi di Hallion).

Chavannaz e Guyot citano solo un caso guarito.

Io pure — nella mia modesta pratica — ho dovuto operare un uomo piuttosto adiposo, cui una pallottola di rivoltella aveva causato una ferita trasfossa dello stomaco ed una ferita del pancreas al livello della testa col corpo. Sfrondato il legamento gastro-colico, caddi sopra una vasta raccolta sanguigna retroperitoneale e non mi fu possibile fare l'emostasi. Forse era lesa un ramo dell'arteria mesenterica? Feci un tamponamento piuttosto vasto, ma il malato morì nelle 48 ore, col quadro della peritonite acuta diffusa.

LA CALCOLOSI PANCREATICA

È una affezione rara e difficilmente diagnosticabile. La sua sintomatologia è dolorosa e di deficit pancreatico insieme, perchè il calcolo ottura il canale di Wirsung.

I dolori sono a crisi ed hanno questi caratteri: dolore a sbarra epigastrico, che prende una zona trasversale e da sinistra va verso destra.

I sintomi di deficit pancreatico non sono completi, perchè occorrerebbe che il calcolo si arrestasse al termine del Wirsung. È stata segnalata l'amilasuria e la glicosuria.

Sono affezioni rare, a cui raramente si pensa. Sono passibili d'intervento chirurgico.

PANCREATITI

Costituiscono il capitolo principe della patologia del pancreas.

Lascio volutamente da parte la pancreatite subacuta e cronica, che complica la parotite, la tubercolosi e la sifilide del pancreas. Queste due malattie causano spesso offese fossiche del pancreas, che si traducono anatomopatologicamente con lesioni di sclerosi e sintomatologicamente con lesioni d'insufficienza per lo più della secrezione interna (diabete pancreatico sifilitico di Lancereaux). Sono malattie che trovano

posto piuttosto nei trattati di medicina (Abrami e Brulé - *Foies e pancreas* -) e sono scarsamente considerate nei trattati di chirurgia.

La pancreatite cronica, che il chirurgo deve conoscere, è quella che complica la calcolosi biliare. È per lo più una pancreatite interstiziale che prende la porzione cefalica del pancreas. La sua origine è infettiva e le teorie patogenetiche che valgono a spiegarla sono parecchie.

Si tratta d'infezione per via ascendente canalicolare? È possibile: Gilbert e Lippman hanno fatto studi accurati sulla microbiologia delle vie biliari e pancreatiche, ed hanno trovato che, sino ad una certa altezza, queste vie non sono sterili e contengono allo stato saprofitico dei germi, fra cui il coli, lo streptococco ed anche alcuni anaerobi. L'argomento è stato trattato anche dal Rosenow e dal lato clinico, in un Congresso della Società Italiana di Chirurgia, da Muscatello, che riferì sulle pancreatiti nella litiasi biliare.

Un'altra via d'infezione pancreatica è la via ematogena e per questo, tanto per il fegato quanto per il pancreas, hanno fatto studi sperimentali Abrami e Brulé. Tiroloux, invece, basandosi sul reperto di grosse ghiandole linfatiche iuxtapancreatiche, ha invocato la via linfatica.

Probabilmente tutti possono avere ragione.

Il fatto clinico, che importa a noi, è che la cirrosi della porzione cefalica del pancreas (cirrosi nel senso di proliferazione infiammatoria periacinosa) tanto ipertrofica che atrofica, complica alle volte le litiasi biliari infette. Essa è ragione di aggravamento prognostico e di dubbio diagnostico, tanto al letto del malato quanto al tavolo operatorio. Essa è in grado di guarire tanto con una operazione di derivazione della bile (colecistotomia e drenaggio se il cistico è pervio e la cistifellea non troppo malata), o drenaggio dell'epatico o del coledoco, o all'esterno o transduodenale (Duval, Roux).

STUDIO CLINICO DELLA PANCREATITE CRONICA COMPLICANTE LA CALCOLOSI

Una donna, per lo più — chè la calcolosi biliare è spesso delle donne — e una donna che abbia avuto gravidanze (colesterinemia gra-

vidica) (Achof e Bacmeister), e sia adiposa (braditrofismo Bouchard) e che abbia un passato litiasico netto (coliche tipiche, con dolore epigastrico, irradiazioni alla spalla, vomito, febbre (quando la litiasi è infetta), urine scure durante l'attacco colico, comincia a diventare gialla, le urine diventano scure ed il giallore è progressivo e di rado subisce soste e remissioni.

È un ittero intenso, ittero colurico astercobilिनico di Gilbert, che assomiglia all'ittero canceroso.

Nelle feci compaiono i sintomi di deficit pancreatico e biliare insieme, nel sangue non sono presenti gli emoconi dopo l'ingestione di burro per la mancanza dei sali biliari nell'intestino, nelle urine la reazione di Hay coi fiori di zolfo è positiva, l'anoressia è intensa ed elettiva per la carne ed i grassi. La bradicardia è notevole. Gli studi recenti, specialmente di Bard e Pic e di Chauffard, hanno dimostrato che si tratta di una falsa bradicardia: si alternano una sistole debole, che non giunge alla periferia, ed una sistole forte avvertita alla radiale. Il clinico accorto è in grado di fare la diagnosi di *pancreatite cronica*.

Diagnosi differenziale. — I. - Il sesso: Che la calcolosi sia appannaggio delle donne per lo più adipose e nel pieno rigoglio della vita genitale, è un criterio clinico di frequenza, che non si può trascurare.

II. - Il passato litiasico del malato con coliche tipiche e nette e la febbre.

III. - Il carattere dell'ittero, che è di colore meno verde oliva e meno intenso e alle volte variabile.

L'esame obbiettivo: l'ittero da cancro della testa del pancreas, che decorre per lo più in un uomo di età avanzata, si accompagna ad una cistifellea voluminosa e palpabile, che si rileva sul margine destro del retto con una tumefazione piriforme di resistenza elastica. Questo è il segno di Bard e Pic, mentre è merito del Courvoisier di Ginevra di aver notato la mancanza della tumefazione della cistifellea nell'ittero litiasico. La non palpabilità della cistifellea nell'ittero litiasico è legata

alla alterazione della vescichetta biliare nel senso sclero-atrofico e costituisce il sintomo di Courvoisier-Terrier, che fu eretto a legge da questi autori.

LA CURA

Un ittero che da ritenzione si prolunga al di là di tre settimane, dice Quenu, quando le condizioni siano favorevoli e il malato sia in grado di sostenere l'intervento operatorio, reclama la cura chirurgica.

La ritenzione biliare non può prolungarsi sino al di là di un certo tempo. Le vie biliari non sono sterili e la uscita periodica della bile non può più ostacolare il rigoglioso sviluppo dei germi, che possono portare alla colangite catarrale, alla colangite suppurata, agli ascessi multipli del fegato di origine biliare o a lesioni nel senso della sclerosi, quando l'infezione è attenuata.

La prima complicanza si traduce con uno stato settico grave, di cui la febbre intermittente epatica di Monneret o febbre biliosettica di Chauffard, ne è il sintomo predominante.

Prima che insorga questo stato grave, occorre operare preparando il malato con soluzione glucosata, con iniezioni di cloruro di calcio, poichè l'itterico sanguina molto (insufficienza relativa del fegato. Vedi sua funzione sulla genesi della fibrina in Chauffard).

Parlare della tecnica è cosa sterile, se questa non è accompagnata dall'azione.

Posizione con rotolo di Mayo. — Taglio di Mayo o uno degli infiniti tagli creati a tal uopo dagli autori. Il chirurgo accorgendosi che la cistifellea contiene dei calcoli ed è scleroatrofica, si orienta rapidamente verso la pancreatite cronica.

Il coledoco è rigonfio ed alle volte grande quanto una piccola ansa intestinale.

Il chirurgo insinua il dito indice nello Hiatus di Winslow e ha dietro la vena cava in avanti il peduncolo epatico e lo palpa fra il suo indice e il suo pollice.

La festa del pancreas è dura, ma regolare.

Occorre andar presto, perchè con gli itterici non bisogna indulgersi. Dipenderà dalle condizioni anatomo-patologiche speciali, dall'abilità e dal temperamento del chirurgo, se la sua operazione terminerà con una colecistectomia e con un drenaggio del coledoco o dell'epatico con tubo semplice e non di Kher, che esce dopo pochi giorni dalla fistola coledocale per « *duplicato corpore* », ed è forse qualche volta causa di stenosi cicatriziale delle vie biliari. Duval, Roux ed altri hanno praticato il drenaggio biliare per via transduodenale, lasciando in sito senza drenaggio un tubo di gomma con oliva metallica pesante intraduodenale, che poi è espulso per il lume intestinale.

Io non ho alcuna esperienza del metodo e non l'ho mai visto praticare dai nostri chirurghi romani.

LE PANCREATITI ACUTE

Per scrivere questo capitolo sunteggio il lavoro di Broc, che è la monografia più recente sull'argomento.

L'etiologia. — Questa affezione impressionante per sua evoluzione drammatica ed acutissima, insorge per lo più negli individui obesi a ricambio torpido-azotemici-albuminurici e glicosurici, e generalmente dopo un pasto abbondante.

Nel passato patologico di questi infermi è frequente soprattutto la litiasi biliare e l'ulcera gastrica e duodenale; questo vale a rendere più difficile la diagnosi, come appunto dirò trattando la diagnosi differenziale.

La patogenesi e l'esperimento. — Sappiamo che la funzione secernente del pancreas si riassume nella secrezione di un succo, in cui entrano a far parte i tre noti fermenti.

Essi non danneggiano il pancreas, perchè sono contenuti nel pancreas allo stato di zimogeni o profermenti. Per agire hanno bisogno di essere attivati da una chinasi.

L'esperimento ha constatato che questa chinasi è contenuta nel succo enterico, nella bile, nel sangue (leucociti): anche i germi sono capaci di attivare il fermento.

Fra i patologi sono diffuse due teorie: alcuni, come Gilbert e Chabrol, ritengono che l'attivazione del fermento avvenga per via vascolare e credono, come nella pancreatite emorragica, che il *primum movens* sia dato dalla trombosi di piccoli rami venosi.

Hanno cercato di riprodurre il quadro morboso, determinando trombosi nei rami della porta.

La più diffusa è la teoria canalicolare, a cui sono legati i nomi di Carnot, Opic, Lefas, Calzavara, Archibald.

L'animale di esperimento che si presta bene è il cane, che ha un duodeno lungo non fisso alla parete posteriore e possiede un dotto di Wirsung isolato dal coledoco.

È opportuno operare i cani in periodo digestivo (Calzavara Domenico citato da Broc).

Allora i vari sperimentatori hanno, con un piccolo ago olivare da fleboclisi, iniettato nel Wirsung ora bile, ora succo enterico, prelevato da un'ansa isolata alla Tiry o alla Vella, ora soluzione di acido cloridrico diluito, ora culture virulente o attenuate di germi, per lo più colibacilli.

Broc ha operato moltissimi cani e mostra nel suo documentato lavoro una tavola a colori con tipiche macchie di "cera", sui vari meso dovuti alla citosteatonecrosi tipica. L'esame istologico di queste macchie ha dimostrato la presenza di masse amorfe, costituite da acidi grassi e da saponi. Il pancreas macroscopicamente ha dimostrato vaste zone emorragiche ed a volte era ridotto ad una massa informe e diffluente. Sierosità emorragiche libere esistevano nel peritoneo.

L'ANATOMIA PATOLOGICA DELLE PANCREATITI ACUTE UMANE

Io seguo la classificazione di Broc: essa è una classificazione per ordine di gravità: a questi tipi anatomo-patologici non so se sia lecito

sovrapporre altrettanti tipi clinici. Nella pratica mi sentirei soddisfatto di formulare la diagnosi di pancreatite acuta.

Descriverò le lesioni così come si presentano all'occhio dell'operatore.

I. - *Edema acuto del pancreas*: pancreatite edematosa.

In questa forma, all'apertura dell'addome, esiste solo una sierosità gialletta e gelatinosa, che infiltra il tessuto sottoperitoneale. La sierosità può diffondersi in basso lungo le docce lombari. Nel peritoneo esiste scarsa sierosità e mancano le caratteristiche macchie di cera dovute alla citosteatonecrosi. È un quadro anatomico-patologico che bisogna conoscere, altrimenti si rischia di non interpretarlo.

II. - *Pancreatite emorragica*. — Il reperto operatorio è costituito da sierosità sanguinolenta libera, in più o meno grande quantità, da macchie di cera tipiche diffuse nei vasi mesenterici e sull'omento, e sollevato il colon trasverso si vede una larga infiltrazione emorragica retroperitoneale. Alle volte esistono soluzioni di continuo sul peritoneo parietale e da queste gema sierosità ematica. Alle volte l'ematoma retropancreatico è in alto e per raggiungerlo occorre sfrondare il legamento gastroepatico.

Le pancreatiti sopra descritte sono di solito asettiche: le sierosità peritoneali libere coltivate si sono dimostrate quasi sempre sterili.

III. - *Pancreatite suppurata*. — È dovuta ai comuni germi piogeni. Le lesioni sono localizzate e diffuse, e sul resto del peritoneo si trovano i segni della peritonite purulenta diffusa.

IV. - *Pancreatite gangrenosa*. — È dovuta ai germi anaerobi che, come sappiamo, sono presenti nelle vie pancreatiche normali (Gilbert e Lippmann). Il pancreas è ridotto ad una massa informe putrida e nel peritoneo libero esiste liquido fetido in non grande quantità. L'essudato fibrino-purulento è assente, perchè l'affezione è tanto acuta che il peritoneo non può esercitare alcun potere difensivo, e mancano quindi i segni dei suoi poteri reattivi.

PATOGENESI DELLA PANCREATITE UMANA

Si sono imputate svariate cause: una ulcera gastrica penetrante nel pancreas ha potuto determinare una pancreatite emorragica, ma anche un calcolo biliare, fermato dall'ampolla di Vater, ha potuto causare un reflusso biliare nei canalicoli pancreatici. Sembra che anche un succo gastrico iperacido, giungendo nel duodeno, abbia potuto causare in via riflessa un ipertono dello sfintere di Oddi e un conseguente reflusso biliare. Del resto Archimbald non è riuscito a riprodurre la pancreatite nel cane, pennellando con acido cloridico lo sbocco del Wirsung a duodeno aperto?

Sembra che anche gli squilibri del sistema vegetativo autonomo, regolatori del tono dello sfintere dell'Oddi, non siano estranei alla pancreatite acuta.

CLINICA

Un individuo piuttosto obeso, *dopo un pasto copioso*, è preso improvvisamente da un dolore acuto e lacerante all'epigastrio. La sofferenza non dà requie e il suo inizio improvviso ha giustificato il nome di dramma pancreatico, che gli ha dato Dieulafoy. Presto l'epigastrio si tumefa e compare una speciale tumefazione al colon trasverso (segno d'Opic). Le estremità sono algide, cianotiche, blauastre (segno di Halsted). Posteriormente esiste un dolore sui lati della colonna vertebrale (ultime dorsali e prime lombari) (Mayo). L'aspetto è sofferente, i tratti del volto sono stirati, il polso prima sostenuto, si fa piccolo e molle. Le anse intestinali paretiche rendono l'addome meteorico, tuttavia la soppressione delle feci e dei gas non è mai completa, come nell'occlusione intestinale.

Tale il quadro clinico, in breve, di questa temibile affezione, che nella forma di pancreatite emorragica decorre sempre con ipotermia. La forma suppurata ha un decorso più lungo ed è accompagnata da febbre.

La forma gangrenosa è pure ipotermica e decorre acutamente.

A me basta di avere accennato queste forme cliniche, perchè il tempo non mi consente una trattazione più vasta.

LA DIAGNOSI E LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Poche volte il clinico, in tema di pancreatite acuta, si potrà vantare di aver formulato una diagnosi giusta.

In genere al pancreas si pensa troppo poco. Sono segni di un certo valore il passato litiasico del soggetto o il passato ulceroso, l'adiposità, le abitudini di crapula, la cianosi delle estremità (segno di Halsted), il meteorismo localizzato del colon traverso, la minore resistenza della parete addominale.

Non farò una discussione lunga di diagnostica differenziale; ricordo solo che le pancreatiti acute si operano più spesso con queste diagnosi:

a) *Perforazione gastrica*. — Valgono come caratteristiche di questa affezione: il passato di sofferenze gastriche, la difesa più spiccata (ventre di legno), il dolore che rapidamente emigra verso lo fossa iliaca destra. Un segno importante che un autore francese, in un recente articolo della « Presse Medical », dà come costante, è la scomparsa della ottusità epatica. Io non l'ho trovato costantemente nelle perforazioni gastriche che ho dovuto operare.

b) *Colecistite calcolosa - perforazione della cistifellea - peritonite biliare senza perforazione*. — Se è relativamente facile escludere l'attacco tipico di colica epatica, per il dolore sul retto di destra, per l'irradiazione alla spalla destra, per la difesa spiccata sul retto di destra, per il passato litiasico del soggetto, che lungi dallo escludere la pancreatite sembra piuttosto ammetterla; se è relativamente facile far diagnosi di peritonite da perforazione della cistifellea per il passato colecistico recente dell'infermo, è più difficile far diagnosi di peritonite biliare senza perforazione.

Questa curiosa affezione, caratterizzata da una filtrazione di bile attraverso le pareti della cistifellea, apparentemente intatte, osservata prima da Clairmont e Haberer, rassomiglia molto al quadro della pancreatite. Se si crede a Blad, sembra che a questa forma non sia estraneo un riflusso di succo pancreatico nelle vie biliari.

Questa evenienza porterebbe a fenomeni autodigestivi, lesivi per la parete della cistifellea.

Siamo nel campo delle ipotesi e non conosco il lavoro di Blad che attraverso le citazioni di Chyray e Pavel in «Vesicule biliaire».

*
**

Un'altra diagnosi, che sembra doversi discutere, è la trombosi della vena meseraica e l'embolia dell'arteria mesenterica.

Tratto insieme queste due affezioni, perchè il substrato anatomicopatologico, in definitiva, è identico per le due affezioni: l'infarto emorragico di una parte o di tutto il tenue.

L'embolia e la trombosi della mesenterica non si stabiliscono senza una ragione. L'embolia coesiste con affezioni cardiache embolizzanti (stenosi mitralica, endocardite lenta di Schottmuller) e la trombosi è preceduta da disturbi intestinali vari, che coincidono con la presa degli alimenti, consistono in flatulenze, meteorismo, dolori addominali (angina abdominis di Baccelli, disbasia angiosclerotica intestinale degli autori tedeschi). La trombosi inoltre si accompagna a segni di arteriosclerosi generale.

La tromboflebite della meseraica coesiste in genere con una affezione settica dell'addome (appendicite, colangite, affezioni dei genitali femminili d'ordine infiammatorio).

Il quadro clinico è grave. S'installa improvvisamente: non posso fare una discussione molto fine, ma ricorderò che il quadro clinico è prima preceduto da crisi diarroica ematica e fetida, e la morte si ha col quadro sintomatico più peritonitico che occlusivo, che gli attribuiscono gli autori (Augagneur citato da Chavannaz e Guyot), perchè mancano i movimenti peristaltici dell'intestino, paralizzato dalla infiltrazione emorragica.

In un capitolo di diagnostica differenziale si dovrebbero trattare tutte le affezioni acute dell'addome, ma io ho creduto opportuno limitare il compito a quelle, che mi sembrano più facilmente confondibili con la pancreatite, altrimenti con le diagnosi differenziali ci sarebbe da dilungarsi troppo.

LA CURA

Si riassume nella cura operatoria. Rapida diagnosi e rapido intervento, sola speranza di guarigione.

In rapporto alla diagnosi il chirurgo avrà praticato in genere una laparatomia mediana sopraombelicale, e, appena aperto e constatata la sierosità ematica e le macchie di "cera", sui vari meso, formulerà subito la diagnosi. Questo fa il chirurgo che si orienta bene. Dipende dalla sede dell'ematoma, della sierosità, della suppurazione retroperitoneale (e questo secondo le varie forme anatomo patologiche della pancreatite) la sua condotta. Generalmente l'ematoma è sottomesocolico e allora è vantaggioso prolungare di poco in basso l'incisione, sollevare il colon trasverso, sfrondare per via smussa il peritoneo parietale posteriore e drenare ampiamente. Una Mikulicz vasta, bene aderente al focolaio emorragico, bene imbottita di strisce di garza bianca: giova porre in mezzo alle strisce uno o due drenaggi.

Le cure generali sono le solite: analettici, infusioni saline.

Recentemente un autore citato da Broc ha preparato, immunizzando gli animali con tripsina, un siero antitriptico, a cui però questo autore annette scarsa efficacia.

Il principio teoretico è certamente logico, e credo che bisognerebbe insistere in questi tentativi, per cercare di vincere una affezione, la cui prognosi è quasi sempre infausta.

*
**

LE CISTI

Sono traumatiche, da ritenzione, neoplasiche e parassitarie (cisti d'echinococco). Queste ultime sono piuttosto iuxtapancreatiche che pancreatiche.

La frattazione sarà breve, poichè mi preme di trattare i tumori e le fistole del pancreas.

Le cisti traumatiche insorgono in genere dopo contusioni profonde: non hanno parete propria, poichè la loro parete è costituita dagli organi circostanti e per questo non sono disseccabili.

Le cisti recenti hanno un contenuto francamente emorragico, le cisti vecchie hanno un contenuto sieroso, torbido e contengono pagliuzze di colesterina.

Le cisti da ritenzione sono multiple e piccole e non hanno fisionomia clinica. Le cisti neoplasiche sono istopatologicamente degli adenomi cistici, possono contenere fermenti pancreatici, ma in tenue quantità: possono svilupparsi a carico della testa, del corpo e della coda.

Le cisti parassitarie sono costituite dalle cisti di echinococco: come negli altri organi, la parete è costituita da un pericistio, da una membrana foliata e da una membrana germinativa, che contiene sulla parete le cisti proligere e gli scolici. Il liquido, se si tratta di cisti asettica, ha il colore caratteristico acqua di rocca e contiene la sabbia idatidea, in cui il microscopio svela cisti proligere, scolici e uncini.

Alla infettività delle cisti proligere e degli scolici (Dévè - Davaine) è dovuta l'idatidosi peritoneale, consecutiva alla rottura traumatica od operatoria delle cisti, ed alle fossialbumine, contenute nel liquido idatideo, son dovuti gli shock anafilattici, consecutivi alla rottura delle cisti.

STUDIO CLINICO

Uno studio clinico semeiologico delle cisti del pancreas si deve a Korte. Egli ha notato che queste cisti prendono contatto con la parete addominale fra stomaco e fegato, distendendo il legamento gastroepatico o fra stomaco e colon, distendendo il legamento gastrocolico. Nel primo caso si ha una ottusità, che si continua con quella del fegato e sormonta la sonorità gastrica, nel secondo caso si ha una ottusità fra la sonorità gastrica e la sonorità colica (ottusità sospesa di Korte). Questi sono dati teorici e logici, ma io non ho l'esperienza pratica per affermarlo. In presenza di queste affezioni, sarà sempre bene praticare le ricerche di laboratorio, benchè siano malattie, che rispettano tanto la funzione interna che esterna del pancreas.

LA CURA

Riassumo. — Nelle cisti traumatiche, in cui non esiste una parete anatomicamente disseccabile, il chirurgo si contenterà di marsuializzare le cisti.

Nelle cisti neoplasiche, se possibile, si resecherà la parete.

Nelle cisti parassitarie asettiche il trattamento di scelta è l'apertura, il formolage e la chiusura di prima intenzione. Questo metodo, iniziato da Londe, fu eretto a metodo da Delbet. È saggia pratica, se possibile, fare aderire la linea di sutura alla parete addominale. In questo caso, se mancasse la guarigione o si accumulasse liquido nella cisti, è facile evacuarlo.

I TUMORI

Non ricordo i tumori benigni (lipomi, fibromi, angiomi, adenomi) sono questi rari reperti anatomici e operatori e non ricordo la parte storica. La patologia del pancreas è tutta moderna, ed il cancro accompagnato dall'ittero verde progressivo e completo (ittero colurico astercobilinico di Gilbert) era dagli antichi inglobato nel capitolo degli itteri.

Lo chiamavano morbo regio (aureo), color d'oro e non chiedevano di più. È merito di Dieulafoy, di Bard e di Pic, di Courvoisier e soprattutto di Chauffard, di aver costruito la clinica del cancro del pancreas.

Il cancro del pancreas ha origine negli acini ghiandolari. Quando la proliferazione atipica, tumultuosa, anarchica (Nové-Josserand) delle cellule ha sorpassato la membrana basale, ecco costituito il cancro.

A seconda della preponderanza che prende la parte neoplasica e la parte stromale, distinguiamo lo scirro ed il cancro midollare.

È merito di Chauffard di aver costruito tre tipi anatomo-clinici: cancro della testa, cancro del corpo, cancro della coda.

Il primo è caratterizzato clinicamente dai sintomi biliari e dalla compressione duodenale; il secondo è caratterizzato da una sindrome

dolorosa (la sindrome pancreatico-solare di Chauffard); la terza ha una sintomatologia clinica più attenuata.

Si tratta solo di schemi, perchè, s'intende, la sintomatologia cefalica si può accompagnare con la sintomatologia del corpo e viceversa.

STUDIO CLINICO DEL CANCRO DELLA TESTA DEL PANCREAS

Questa affezione prende più l'uomo che la donna. L'uomo ha una triste prerogativa per i cancri dell'apparato digerente e ghiandole annesse (lingua, stomaco, retto), la donna per i cancri dell'apparato sessuale (mammella e utero). Adunque un uomo di età avanzata comincia ad avere scarso appetito con elettività per la carne ed i grassi. Poi a poco a poco compare l'ittero. Di regola, l'ittero non è preceduto da dolori e si stabilisce lentamente, ma la clinica è ricca di esempi d'ittero canceroso che si stabilisce acutamente e con febbre (microbiologia delle vie biliari). Il dimagrimento è rapido e così la perdita delle forze. Giova trattare i sintomi per gruppi e passare poi all'esame obbiettivo.

Disturbi digestivi. — L'anorresia intensa per la carne e per i grassi è sintomo caratteristico e d'ordine finalistico. Il malato esclude i cibi che non può digerire. Spesso esiste gonfiezza gastrica e flatulenze. Ricordare fra i sintomi digestivi i caratteri delle feci, che, oltre al caratteristico colore bianco-cretaceo, manifestano i caratteri del deficit pancreatico-biliare (vedi prolegomeni diagnostici).

Sangue. — L'esame del sangue mostra il fenomeno della cosiddetta pachidermia delle emazie: la resistenza globulare è notevolmente aumentata, sia all'esame delle emazie non lavate, sia all'esame delle emazie deplasmattizzate col metodo di Vidal e Brulé (confronta Chauffard). Nel siero di sangue si trovano grandi quantità di pigmenti biliari col metodo colometrico di Gilbert ed Henschen (citato da Chauffard).

Nel sangue, recentemente, Abrami e Brulé hanno trovato allo esame microscopico con la luce polarizzata che mancano i cosiddetti

emoconi dopo un pasto a base di burro. Segno questo di mancato assorbimento dei grassi.

Cuore e vasi. — Ho accennato già alla falsa bradicardia da sistole alternante, caratteristica negli epatici.

Cute, sclera, congiuntive, lacrime e sudore sono gialli intensi: esiste inoltre un fastidioso prurito, che sembra dovuto ai sali biliari (glicocolato e taurocolato sodico).

Urine. — Le urine, del colore della birra bruna, presentano la reazione di Gmelin positiva, la reazione di Hey coi fiori di zolfo, la reazione di Cadmige.

Nell'esame obiettivo, oltre l'aspetto generale dell'infermo: magrezza, colore, segni di grattamento, bisognerà considerare l'addome soprattutto.

Il fegato, in preda a ritenzione biliare, deborda dall'arcata costale. Se le pareti lo permettono, si palpa la cistifellea che, come ho ricordato a proposito della diagnosi differenziale della pancreatite cronica metalitiasica, costituisce un sintomo importante d'ittero canceroso.

Il dolore alla palpazione si trova nel punto di Dejardin, nella zona pancreatica solare di Chauffard e Rivet, nella zona di Orlonski. Sono punti presso a poco nel quadrante superiore destro dell'addome, subito a destra dell'ombellico e non mi dilungo nella designazione delle linee e dei punti che servono a delimitarli.

Alle volte, se le pareti sono flaccide e depressibili e se il soggetto è magro, è possibile palpare il tumore della testa del pancreas.

Io riuscii a palparlo in una vecchiaia di 80 anni, magra e a pareti sottilissime, che operai di colecisto-gastrostomia in anestesia locale.

Ho così abbozzato brevemente il quadro clinico del cancro della testa del pancreas; ma non ho accennato alle compressioni, che il tumore può dare sul duodeno. Nella letteratura si citano questi esempi di cancri della testa del pancreas, che avevano una sintomatologia di stenosi pilorica.

CANCRO DEL CORPO

La sintomatologia di questa localizzazione del tumore nel pancreas è dominata dal sintomo dolore. Dolore intenso, lacerante, terribile, che non lascia requie all'infermo e che ha una irradiazione al dorso (ultime dorsali - prime lombari). La sindrome dolorosa ricorda anche quella di certe ulcere gastriche callose perforate del pancreas.

I dolori sono dovuti alla compressione del plesso solare e la sindrome clinica merita bene il nome di sindrome pancreatico-solare, datagli da Chauffard. È opportuno in questi casi fare tutte quelle ricerche di laboratorio, che valgono ad indirizzare una diagnosi.

Il cancro della coda, per la sua rarità e per la sua sintomatologia poco caratteristica, non lo faccio oggetto di trattazione.

Diagnosi del cancro della testa del pancreas. — La diagnosi potrebbe farsi con tutti gli itteri franchi, compresa la cirrosi biliare di Hanot, che è caratterizzata da un ittero franco ma splenomegalico, pleiocromico e stercobilinico da bulimia, da polifagia, da iperepatismo, nel senso di Gilbert. Questa piccola nota mi sembra doverosa, perchè il chirurgo deve conoscere tutti gli itteri.

Qui la diagnosi è invece limitata agli itteri per ritenzione (itteri franchi, ortopigmentari *astercobilinici*).

Oltre il cancro, gli itteri da ritenzione sono costituiti dagli:

- a) Ittero litiasico (calcolosi del coledoco).
- b) Ittero della pancreatite cronica.
- c) Ittero da cancro della papilla di Vater.
- d) Ittero da ostruzione delle vie biliari, da *ascaris lombricoides* o da fasciola epatica.
- e) Ittero da ostruzione di cisti idatidea, rottasi nelle vie biliari.
- f) Ittero da stenosi cicatriziale delle vie biliari.
- g) Ittero da compressioni estrinseche delle vie biliari, che non siano tumori della testa del pancreas (linfadeniti croniche dell'ilo del fegato, linfadenosi leucemiche).

Di questa lunga nota tratterò le diagnosi differenziali più ovvie e più frequenti.

L'ittero litiasico e della pancreatite cronica guadagna ad essere trattato insieme, perchè la pancreatite cronica è complicanza metalitiasica. Tuttavia esistono differenze fra il primo ed il secondo.

L'ittero litiasico, che, come ho detto, è per lo più delle donne, insorge con dolori, non è mai progressivo, perchè al di fuori di attacchi di coledocite, la bile passa, come passa l'acqua fra i ciottoli di un torrente. Le feci dimostrano i sintomi di deficit pancreatico-biliare, solo quando il calcolo è fermo nell'ampolla di Vater.

Caratteristica dell'esame obiettivo è che la cistifellea non si palpa (legge di Courvoisier-Terrier) (1887).

Lo stato generale è buono, l'anorressia meno spiccata. Le complicazioni d'ordine infettivo sono più frequenti. Forse si assomiglia più all'ittero canceroso l'ittero della pancreatite cronica per la sua progressività, per la sua stabilità, per la sua intensità e per la presenza di alcuni sintomi di insufficienza pancreatica.

Il dato negativo a carico della cistifellea, non palpabile nella pancreatite, presenta dunque un notevolissimo valore.

L'ittero da cancro della papilla di Vater presenta ben pochi segni di differenziazione. Ambedue gli itteri sono completi e progressivi e ambedue decorrono con cistifellea gonfia. I sintomi di deficit pancreatico biliari sono presenti in ambedue le evenienze.

Forse nel cancro della testa del pancreas lo stato generale è focco in maniera più evidente e precoce, mentre il cancro Vateriano, duro e sciroso, influenza meno lo stato generale. Ma sono certamente differenze poco notevoli.

L'ittero da ostruzione delle vie biliari, da cisti idatidea rottasi nelle grosse vie biliari stesse, si giova oltre dello esame obiettivo antecedente, delle reazioni di Ghedini, Weimberg, Parvu, della cosinofilia, della reazione di Casoni.

Gli altri itteri, che ho elencati, mi sembrano meno frequenti, ad eccezione dell'ittero cicatriziale, che dipende dal decubito di un grosso calcolo o dalla cicatrice di una operazione antecedente sulle vie biliari.



DIAGNOSI DIFFERENZIALE DEL CANCRO DEL CORPO DEL PANCREAS

Nella trattazione dei sintomi ho dimenticato che nel rilievo somatico di questo tumore, si palpa spesso, nei soggetti magri, un tumore mediano che presenta i battiti trasmessi dalla aorta addominale.

Ho detto che è una affezione molto dolorosa ed ho accennato che presenta alcuni sintomi (dolore), che ricordano l'ulcera callosa dello stomaco perforata nel pancreas. Come diagnosi differenziale appunto, ricordo l'ulcera e l'aneurisma dell'aorta addominale.

L'ulcera callosa della parete posteriore dello stomaco, oltre che dell'esame del succo gastrico, delle emorragie occulte delle feci (benzidina, guaiaco, reattivo di Meyer), si giova dell'esame radiologico, praticato nelle oblique secondo la tecnica di Haudech, Beclère, Holznecht, Faulaber (citati in Mhor).

È visibile infatti la nicchia. Essa è persistente e sormontata dalla bolla d'aria; nella grande curvatura esiste l'encoche caratteristica (il Defect di Holznecht).

L'aneurisma dell'aorta addominale si presenta con un tumore mediano e pulsante, ma la pulsazione è espansiva. Anche questa è affezione dolorosa, presenta irradiazioni dorsali ed è stata ben descritta da Morgagni nella XVIII^a lettera, in un cocchiere che aveva contratto il « mal venereo » (confronta Huchard in clinica terapeutica del pratico).

Però i dolori aneurismatici cedono alla posizione bocconi, il decorso è un altro, esiste la lues.

Ho solo voluto ricordare questa diagnosi differenziale per completezza.

LA CURA

È medica nei malati che vanno al di sopra delle riserve chirurgiche. È chirurgica in altri casi, ma è palliativa e solo in pochissimi casi radicale, come lo dimostrano i casi di Korte, Coffey, Cotte.

La cura medica si compendia nella dieta corroborante povera di grassi, latte scremato, verdura, uova, carne priva dei connettivi, etc.

Il deficit pancreatico-biliare si curerà con preparati di bile e di pancreas. Contro le possibili infezioni delle vie biliari si somministrerà urotropina. Contro il prurito valgono le pomate mentolate, il falco canforato, etc.; contro le epistassi, le gengivorragie, cloruro di calcio.

La cura chirurgica si compendia nella derivazione della bile. I chirurghi hanno eseguito volta a volta, secondo le loro preferenze e le possibilità anatomico-patologiche, la colecisto-gastrostomia, la colecisto-enterostomia, la coledoco-duodenostomia, con varie tecniche. Sono tutte operazioni notevolmente semplici in mano di un tecnico, e che guadagnano ad essere eseguite in anestesia locale e con materiale di sutura ed aghi molto sottili.

Le operazioni radicali sono molto complesse: sono state eseguite con tecniche varie in due o più tempi da Korte, Coffey, Cotte. La bibliografia abbastanza completa si trova in Chavannaz e Guyot.

Schematizzo qui sotto la tecnica:

Premetto che il cancro è sì da prima una affezione locale e può tecnicamente essere estirpato, ma nel caso del pancreas le vie linfatiche sono così numerose, che presto le metastasi raggiungono le ghiandole preaortiche, certo non estirpabili.

I chirurghi citati hanno in un primo tempo praticato la derivazione della bile ed una gastrodigiunostomia ad ansa lunga, ed in un secondo tempo hanno eseguito la duodenopancreatectomia cefalica. La parte cruenta del corpo del pancreas è stata da alcuni, dopo preparazione

del Virsung, abboccata all'ansa aborale ed ivi suturata, o abboccata (Coffey) ad una ansa esclusa con entero-enteroanastomosi sottostante e accoppiata a canne di fucile. In Chavannaz e Guyot si trovano le figure schematiche di questa operazione, che valgono alla comprensione della tecnica più della mia rapida e povera esposizione.

LE FISTOLE

La trattazione delle affezioni del pancreas termina con le fistole.

Esse non sono una malattia, ma l'esito di una malattia (generalmente una cisti pancreatica marsupializzata o l'esito di una operazione per pancreatite emorragica).

Nella fistola consideriamo l'orificio esterno, il tramite, la secrezione che contiene tutti i fermenti pancreatici.

Trattasi dunque di una fistola in particolarissime condizioni.

L'orificio è sopra o sottombellicale e la specillazione conduce profondamente verso la colonna vertebrale. I dintorni della fistola sono costantemente macerati dai fermenti pancreatici ad onta delle unzioni di pomate all'ossido di zinco.

La cura di queste fistole è medica e chirurgica.

Ha ancora molta voga il regime alimentare di Wolgemuth e spesso sui giornali medici sono riportati casi guariti con questo regime.

Qualche successo si deve anche a cure di atropina, a causticazioni del tramite con cloruro di zinco e nitrato d'argento.

Se questi piccoli mezzi falliscono, è opportuno ricorrere alla cura radicale, che consiste nella preparazione di un certo tratto del tramite e nel suo impianto nello stomaco e nell'intestino, in modo da realizzare una fistola interna. È quello che in un caso fece Doyen, che guarì il suo operato.

∴

Così mi sembra schematizzato il capitolo delle affezioni chirurgiche del pancreas, ma certamente in qualche parte ho dovuto essere breve, in rapporto alla limitazione del tempo.



