



PROF. TOMMASO LUCHERINI

*Al dar me Prof. Nazari
con animo riconoscente
e Senato. Lucherini?*

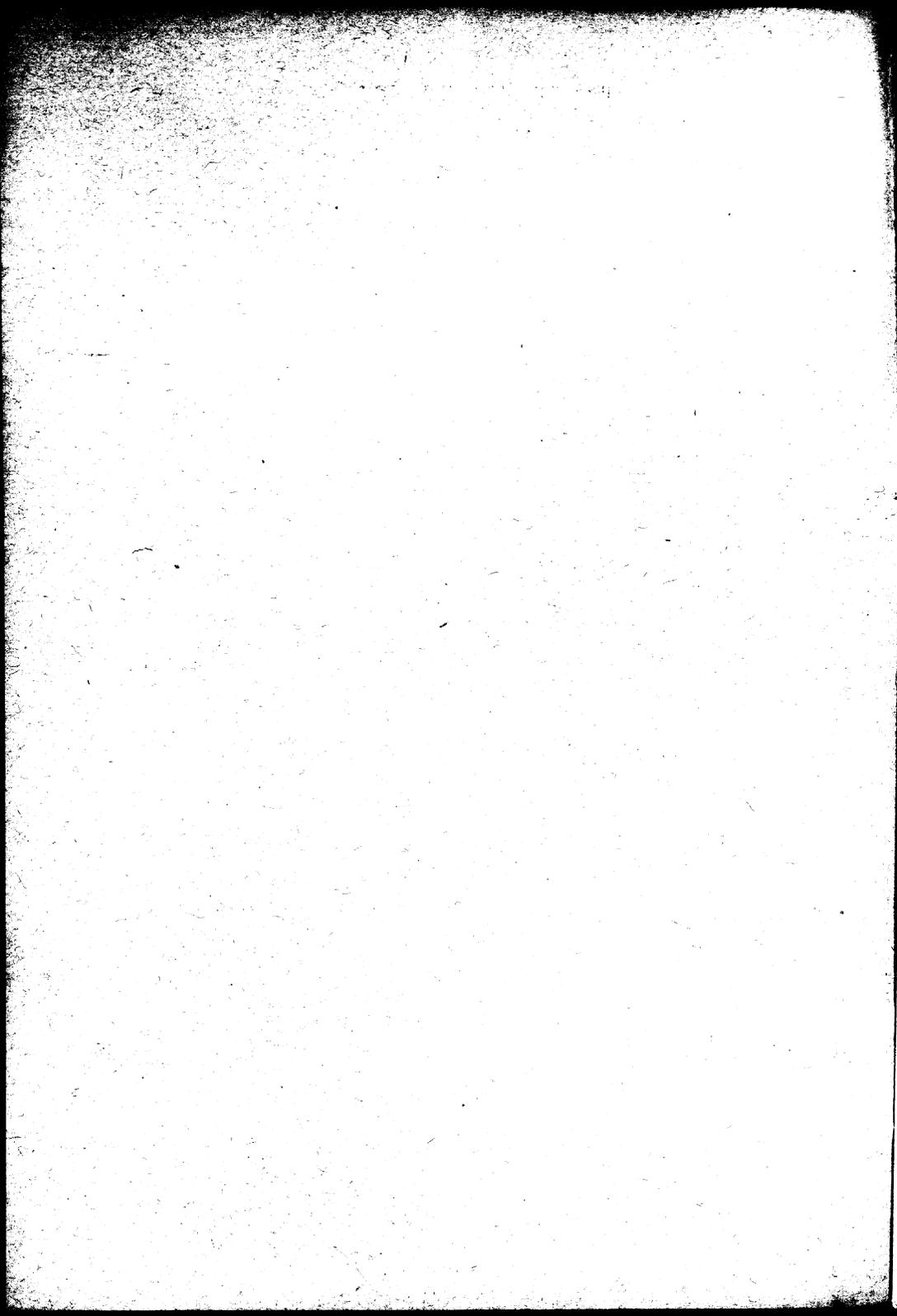
Contributo anatomo patologico allo
studio della sclerosi del pancreas ::

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Medica), anno XXXVI, 1929

*mil.
B
64
44*

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

1928



Prof. TOMMASO LUCHERINI

Contributo anatomo patologico allo
studio della sclerosi del pancreas ::

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Medica), anno XXXVI, 1929

ROMA

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

1928

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma - Stab. Lito-Tipografico Ditta M. Courier.

LABORATORIO PATOLOGICO DELL'OSPEDALE DI SANTO SPIRITO IN SASSIA — ROMA
diretto dal Prof. A. NAZARI.

Contributo anatomo-patologico allo studio della sclerosi del pancreas

per il Prof. TOMMASO LUCHERINI, aiuto medico e libero docente.

Le sclerosi del pancreas si presentano sotto svariati aspetti anatomo-patologici. La proliferazione del connettivo interstiziale con l'atrofia degenerativa del parenchima ghiandolare può interessare tutto il pancreas (*sclerosi diffusa*), oppure zone circoscritte di esso e in particolar modo della testa (*sclerosi localizzata*).

Macroscopicamente si distinguono le *forme ipertrofiche* e le *forme atrofiche* di pancreatite cronica. Nelle prime il pancreas si presenta in « *toto* » più o meno notevolmente aumentato di volume sino a raggiungere, come nel caso di Chabrol e Parmentier 400 grammi. Anche la consistenza è assai aumentata, tanto che l'organo è duro come il ferro, secondo l'espressione di Riedel, e stride al taglio. A seconda della intensità dell'aumento del connettivo interstiziale e dei rapporti di questo col grado dell'atrofia secondaria del parenchima, il pancreas assume varii aspetti, sino ad arrivare a quella forma atrofica assai più rara detta *cirrosi atrofica*, nella quale il pancreas diminuisce notevolmente di peso e si riduce a un cordone piccolo, duro, irregolare e più o meno cosparso di nodosità. Per quanto molti studiosi ritengano che la sclerosi atrofica rappresenti la seconda fase della sclerosi ipertrofica, pur tuttavia alcuni altri contestano in qualche caso tale eventualità (Martina). Alcune volte poi le sclerosi del pancreas non presentano alterazioni macroscopiche evidenti e soltanto con l'esame istologico accurato esse si riescono a rilevare. (Oser, Parmentier e Chabrol). Qualche rara volta poi l'organo assume l'aspetto di una massa simile ad un neoplasma.

Le alterazioni istologiche delle sclerosi del pancreas sono state oggetto di numerosi studi ed alcuni autori hanno cercato classificarle in varie forme, a seconda della localizzazione o dell'origine della sclerosi. Così Klippel e Léfás in base alla topografia distinguono: 1) la *sclerosi peribulbare* senza alterazio-

ne alcuna dei lobuli; 2) la *sclerosi intralobulare*, quando non solo avvolge, ma infiltra i lobuli stessi; 3) la *sclerosi acinosa* quando avvolge gli acini.

Altri AA. in base ai focolai di origine hanno diviso le sclerosi in: 1) *Sclerosi vascolari* in cui il tessuto fibroso predilige ed accompagna il decorso dei vasi. Questa forma viene in genere considerata secondaria ad una malattia vasale (sifilide, arterio-sclerosi, alcool, tossicosi ecc.). 2) *Sclerosi canalicolari* in cui si ritrova il dotto di Wirsung avvolto da spesse travate sclerotiche (Carnot). 3) *Sclerosi peritoneali*, nelle quali la proliferazione connettivale parte dalla sierosa di rivestimento della ghiandola ed in seguito si propaga nell'interno di essa. In realtà però queste distinzioni sono poco pratiche e nella maggior parte dei casi la sclerosi è mista ed è impossibile assegnarle una origine ed una localizzazione preponderante.

Aggiungerò inoltre che istologicamente i dotti escretori del pancreas si ritrovano più o meno dilatati ed ispessiti, mentre quasi sempre il tessuto connettivo interstiziale presenta specie nel periodo iniziale una infiltrazione parvirotondo-cellulare più o meno diffusa. Le isole di Langerhans poi sono spesso rispettate quando il processo sclerotico non è grave ed avanzato; però in altri casi si ritrovano alterate, ora con i segni della sclerosi, ora della degenerazione grassa, idropica o jalina.

E' caduto sotto la mia osservazione un caso interessante di sclerosi del pancreas, che per la sua rarità e per la intensità del grado di atrofia, ho creduto opportuno di illustrare dal punto di vista anatomico-patologico:

Gisleno V. di anni 52, cuoco. Il 25 marzo 1928 viene portato all'ospedale di S. Spirito in istato comatoso.

E. O. Sensorio completamente ottuso. Sviluppo scheletrico regolare; piccolo adiposo abbondante, notevole congestione del volto e delle estremità; polso frequente, aritmico, a pressione elevata; respiro stertoroso.

Modica elevazione di temperatura. (37,5 - 38).

Torace: rantoli catarrali alle due basi. *Cuore*: nei limiti. Azione cardiaca concitata e fortemente aritmica.

Fegato: aumentato alquanto di volume. *Milza*: nei limiti.

Segni di emiplegia totale destra recente.

Reazione Wassermann: negativa.

Azotemia: 0,513%. *Glicemia* (sangue prelevato dalla femorale dopo morte): normale.

Il giorno dopo l'ingresso all'ospedale avviene il decesso.

Autopsia: Polisarcia di medio grado. Media atero-sclerosi degenerativa aortica. Arterio-sclerosi diffusa. Modica ipertrofia di cuore (peso: grammi 430). Aderenze pleuriche fibrose discrete a destra. Congestione polmonare. Fegato con epatite cronica e degenerazione grassa (peso: grammi 2000). Milza con perisplenite capsulare (grammi 130). Piccolo fibroma sottomucoso dell'esofago. Reni grossi di aspetto normale. Vescica vuota. Emorragia cerebrale recentissima con distruzione del nucleo caudato, del nucleo lenticolare e della capsula interna di sinistra fino al talamo ottico e della sostanza bianca del lobo frontale sinistro.

Reperto macroscopico del pancreas: il pancreas che si trova in mezzo ad una ricca atmosfera di tessuto grassoso, appare in una sezione longitudinale completa che va dalla testa alla coda, gravemente atrofico in tutte le sue parti, specialmente nella porzione della testa. L'organo di consistenza assai aumenta-

ta, di colorito biancastro, presenta una superficie di sezione liscia, sulla quale la struttura lobulare caratteristica non è più riconoscibile se non parzialmente nell'estremo caudale dell'organo stesso. Il dotto pancreatico colpito longitudinalmente con un lungo suo tratto nella sezione, è pervio, ma non lascia più riconoscere distinte le pareti proprie, e sembra scavato nella massa compatta dell'organo, e appare dilatato e contiene liquido mucoso di aspetto jallino denso in notevole quantità. La forma dell'organo, salvo la riduzione di tutti i suoi diametri, appare normale; il diametro longitudinale dalla testa alla coda è di cm. 15; il diametro trasverso in corrispondenza della testa cm. 2; del corpo e della coda circa 1 cm. Il peso del pancreas è di grammi 65. (Vedi figura 1).

Reperto istologico: dalle varie parti dell'organo (testa, corpo e coda) furono prelevati frammenti che vennero induriti e fissati in formolo e in alcool. Furono eseguite sezioni microscopiche a congelazione e con inclusioni in paraffina dei frammenti prelevati. Queste vennero colorate con ematossilina ed eosina.

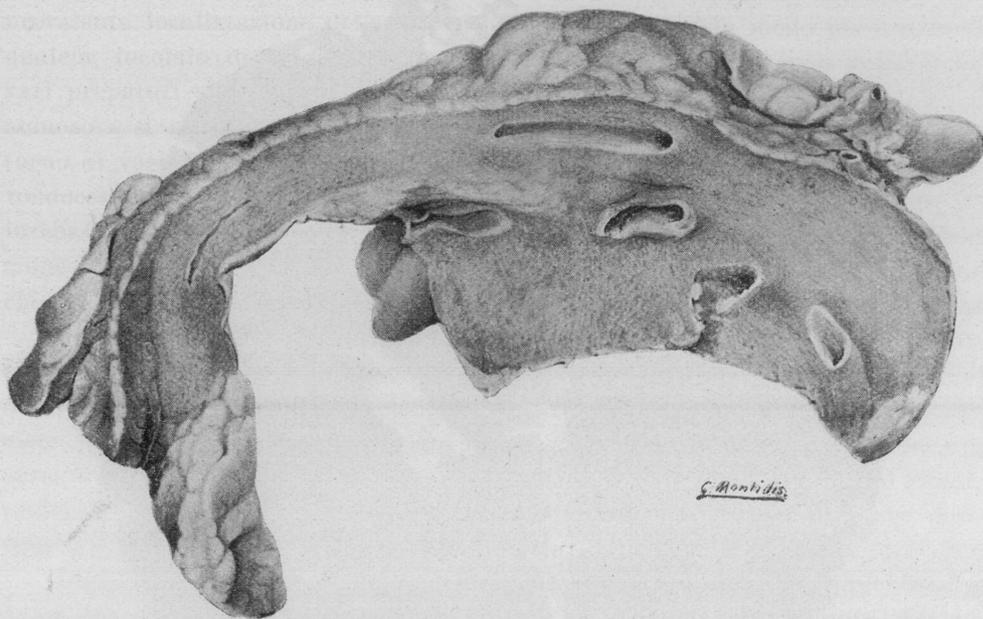


FIGURA 1. — Sezione longitudinale del pancreas ridotto di 1/4 della grandezza naturale.

Si distingue la piccola parte della coda, della quale è conservato il tessuto ghiandolare normale; e il dotto di Wirsung appare dilatato e come scavato nel tessuto pancreatico sclerotico.

na; Von Gieson, ecc. L'esame isto-patologico delle sezioni della testa e del corpo del pancreas ha dimostrato un aumento notevolissimo del tessuto connettivo interstiziale che da lasso appare trasformato in connettivo fibroso compatto, con spesse travate disposte longitudinalmente e con anelli irregolari racchiudenti, alcuni tessuto connettivo grassoso, altri residui dei lobuli pancreatici, con un aspetto che ricorda quello della cirrosi atrofica polilobulare del fegato di Laennec. Le porzioni ghiandolari racchiuse e strozzate dal connettivo interstiziale così aumentato, presentano anch'esse un notevole aumento del connettivo interstiziale che in parte ha completamente sostituito, in parte quasi strozzato il tessuto ghiandolare. Questo tessuto sclerotico presenta una ricca infiltrazione parvirotocellulare, e la presenza di numerosi fibroblasti. Nei residui conservati di tessuto ghiandolare si nota che gli acini hanno perduto la forma caratteristica e che le cellule ghiandolari hanno su-

bito un processo più o meno avanzato di atrofia. Dei canalicoli escretori alcuni conservati lasciano riconoscere il loro epitelio normale, altri appaiono atrofici e obliterati. Appaiono invece bene conservati per forma, dimensione, e aspetto degli elementi cellulari gli isolotti di Langerhans. Anche il connettivo interstiziale delle porzioni ghiandolari conservate presenta in grado maggiore o minore una infiltrazione parvirotondocellulare con numerosi fibroblasti. I canalicoli escretori medi che appaiono bene conservati nello spessore del connettivo fibroso compatto interlobulare, presentano il loro epitelio normale ed un modico aumento del calibro del loro lume. Invece i canalicoli escretori maggiori e il dotto pancreatico si presentano notevolmente dilatati, con una perdita completa del loro epitelio di rivestimento e con una ricca infiltrazione parvicellulare del tessuto connettivo della mucosa e della sottomucosa. I vasi sanguigni arteriosi e venosi, salvo un notevole aumento del connettivo avventiziale che si fonde col connettivo interlobulare circostante e salvo qualche ispessimento arteriosclerotico dell'intima delle arterie, appaiono normali.

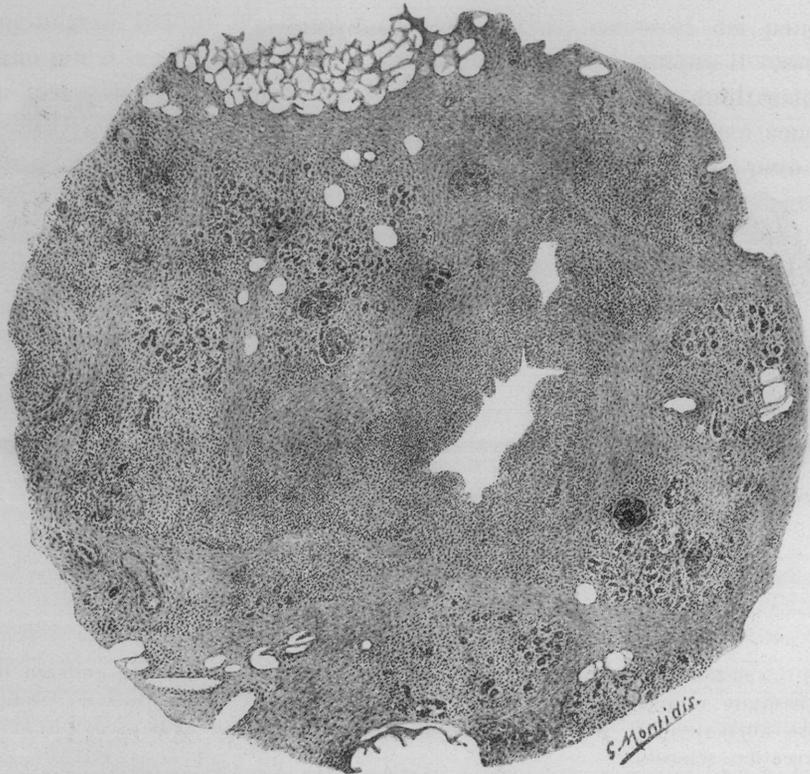


FIGURA 2. — Sezione di un frammento prelevato nella zona di passaggio tra corpo e testa del pancreas. Si vede l'aumento notevole del connettivo interstiziale sclerotico, e l'atrofia grave fino quasi alla scomparsa delle porzioni ghiandolari, con integrità delle isole di *Langerhans*, ed estesa infiltrazione parvi-rotondo-cellulare diffusa sia nelle pareti delle sezioni dei dotti pancreatici che nel connettivo sclerotico e intorno ai residui ghiandolari. (Koristka. *Obb.* 1. *Oc.* 3).

Normali appaiono anche le sezioni dei tronchi nervosi. Le alterazioni descritte accentuatissime nella porzione della testa e del corpo del pancreas, vanno decrescendo rapidamente, però senza limiti netti, nell'ultima porzione di questo, per cessare nell'estremo caudale, nel quale la struttura del tessuto ghiandolare e del connettivo interstiziale per un'estensione di circa 2 cm. e mezzo appare normale. (Vedi figura 2).

L'esame istopatologico di tutti gli altri organi accuratamente eseguito, all'infuori di una frammentazione del miocardio e di una gravissima infiltrazione grassa diffusa del fegato con scomparsa quasi completa del parenchima epatico, non ha fatto rilevare alterazioni degne di nota.

Questo caso di sclerosi del pancreas è dal punto di vista anatomo-patologico importante non soltanto, come ho già detto, per la sua rarità, ma soprattutto per la intensità del grado della sclerosi.

Da quanto ho esposto si rileva che non è possibile, come risulta dal reperto microscopico che ho sopra descritto, riferire questa sclerosi ad una delle varie forme istologiche descritte da qualche autore sia in base al concetto topografico, che in base ai focolai di origine del processo sclerotico. Infatti nel mio caso *il tipo della sclerosi è misto* e non si riesce in seguito all'esame accurato dei vari frammenti di porzioni dell'organo, ad assegnare una spiccata e prevalente localizzazione della sclerosi, e a riconoscere in modo predominante qualche focolaio di origine di essa. Le travate sclerotiche sono apparse nei vari preparati sparse ovunque, sia in senso perilobulare che intralobulare, ed acinoso e si ritrovano egualmente, come risulta dall'esame istologico, sia intorno ai vasi stessi che intorno ai canalicoli escretori. L'infiltrazione parvirotondocellulare è pure diffusa quasi in ogni punto e per quanto essa sia più intensa intorno ai canalicoli escretori maggiori, pur tuttavia si ha l'impressione che non sia secondaria ad un processo di canaliculite del Wirsung, ma che sia un processo riferibile allo stesso processo generale diffuso del pancreas.

Nel mio caso le isole di Langerhans erano bene conservate ed apparivano rispettate dal tessuto sclerotico. A tale proposito dirò che le gravi condizioni dell'infermo, ed il suo rapido decesso, non hanno permesso di studiare la funzione insulare del pancreas; in ogni modo l'ottimo stato di nutrizione del soggetto e la glicemia normale, per quanto fatta (è bene tener conto) sul sangue prelevato dopo la morte, facevano presumere con ogni probabilità che detta funzione non doveva essere alterata.

Difficile se non impossibile è in questo caso stabilire con precisione le cause che possono aver determinato la sclerosi del pancreas. È noto che svariati momenti etio-patogenetici sono stati invocati in questa malattia. Una delle cause più frequenti è rappresentata dalle affezioni delle vie biliari e in ispecial modo dalla colecistite calciosa (Mayo Robson 60 %, Quenu e Duval 55 %, Egdahl 42 % ecc.). Così pure l'occlusione del dotto di Wirsung in seguito, per esempio, a calcolo pancreatico, o a una ascariide, o a un tumore della testa del pancreas, o a cicatrici stenose ecc., può determinare l'insorgenza di una sclerosi pancreatica. Però nel mio caso l'autopsia fatta non ha rilevato alcuna di simili eventualità. Altri autori invocano fra i fattori etologici anche le infezioni acute (tifo, colera, influenza, scarlattina, parotite epidemica, ecc.) che però nel mio caso non possono essere considerate. Così pure le infezioni croniche che sono ritenute responsabili dell'insorgenza della sclerosi del pancreas (sifilide, tubercolosi), non possono nel mio caso essere state la causa della malattia. Del resto la reazione di Wassermann praticata ha dato risultato negativo.

Ora per quanto sia mancato il dato anamnestico, essendo il paziente giunto in coma all'ospedale, senza alcun parente, io ritengo con tutta probabilità che nel caso da me studiato la sclerosi del pancreas possa essere in certo modo imputabile ad una eventuale intossicazione da alcool, che secondo Friedreich, Kaufmann, Gilbert e Lereboullet, ecc., è spesso causa, fra altri d'anni anatomici, della sclerosi pancreaticca. Del resto l'ipotesi che l'alcool possa aver contribuito a determinare l'alterazione sclerotica del pancreas, è sorretta dal fatto di aver rilevato nel mio caso la presenza di questi altri elementi, legati in genere all'intossicazione da alcool: ossia al medio grado di polisarcia del soggetto, alle precoci alterazioni vascolari arteriosclerotiche diffuse, agli ispessimenti arteriosclerotici dell'intima delle arterie del pancreas, eppoi al riscontro istologico della grave infiltrazione grassa diffusa del fegato con scomparsa quasi completa del parenchima epatico.

BIBLIOGRAFIA.

- ALESSANDRI e SCHUPFER. *Sulla colicitiassi con speciale riguardo alle infezioni biliari e alle complicanze pancreatiche*. Rel. al XXIX Congresso di Med. Int., Roma, 24 ott. 1923.
- ANDERSON. *Chronic pancreatitis*. Assoc. of registr. Med. Woch., 1909.
- CALZAVARA. *Le Pancreatiti*. Cappelli, Bologna, 1924.
- CHABROL. *Les scléroses du pancréas*. Gaz. des Hôp., 1907.
- DEAVER. *Chronic pancreatitis*. The Journ. of the Americ. med. Assoc., 1908, 1, 8.
- HERXHEIMER. *Ueber Pankreascirrhose*. Virch. Arch., 1906, Bd. CLXXII.
- HESS. Mit. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1909, 19.
- KAUFMANN. *Trattato di anatomia patologica*, Vallardi.
- KEUTHE. *Pankreasatrophie*. Berl. Klin. Wochenschr., 1909, 2.
- MARTINA. *Ueber chronische interstitielle Pankreatitis*. Deut. Zeit. f. Chir., 1907, 87, 390.
- PATERSON. *Chronic pancreatitis*. Rif. in Journ. of Amer. Med. Assoc., 1910, 1, pag. 496.
- RIEDEL. Münch. med. Wochenschr., 1911, 25.
- SÄILER. *Chronic pancreatitis*. The Americ. Journ. of the Med. Sciences, 1910, 148, 338.
- SCHMIDT A. D. *Erkrankungen des Pankreas*, in: KRAUS u. BRUGSCH: *Spezielle Path. u. Therapie*, 1922.
- SENGER. *Chronic pancreatitis*. Rif. in Journ. of Amer. Med. Assoc., 1911, 1, pag. 379.
- SUBBOTIC. *Pancreatitis chron.*, XVI Internat. Kongr. Budapest, 1909.
- OSER. *Erkrankungen des Pankreas*. Wien, 1898. Spez. Pathol. in Ther., Bd. 18, II Teil.
- LISSAUER. *Pathol. Veränderungen des Pankreas bei Chronischen Alkoholismus*. Deut. med. Woch., 1912, 42, 1972.
- CARNOT. *Maladies du pancréas*, 1908.

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE
diretto dai professori VITTORIO ASCOLI 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 della disciplina 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 Concorsi 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, nonchè 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 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 PEL 1928	Italia	Estero	Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.
Singoli:			
1.) Alla sola sezione pratica (settimanale) L. 65		L. 105	La sezione medica e 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) » 40		» 55	
1.b) Alla sola sezione chirurgica (mensile) » 40		» 55	
Cumulativi:			
1.) Alle due sezioni (pratica e medica) » 95		» 150	La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 36 pagine, oltre la copertina.
1.) Alle due sezioni (pratica e chirurgica) » 95		» 150	
1.) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica) » 115		» 180	
Un numero della sezione medica o chirurgica L. 6; della pratica L. 3.50.			

Il pagamento dell'abbonamento eseguito contro Assegno o Tratta Postale, comporta L. 5 d'aumento

» Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° 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", UGIGI POZZI

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, 14 — ROMA (Telefono 42-309)