

ANNO VI - N. 1

PUBBLICAZIONE MENSILE
SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE

GIUGNO 1940 (XVIII)

La Clinica

DIRETTORI

Prof. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
BOLOGNA

Prof. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

BASSI e G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE
E. BERNABEO

ANNO SESTO
1940

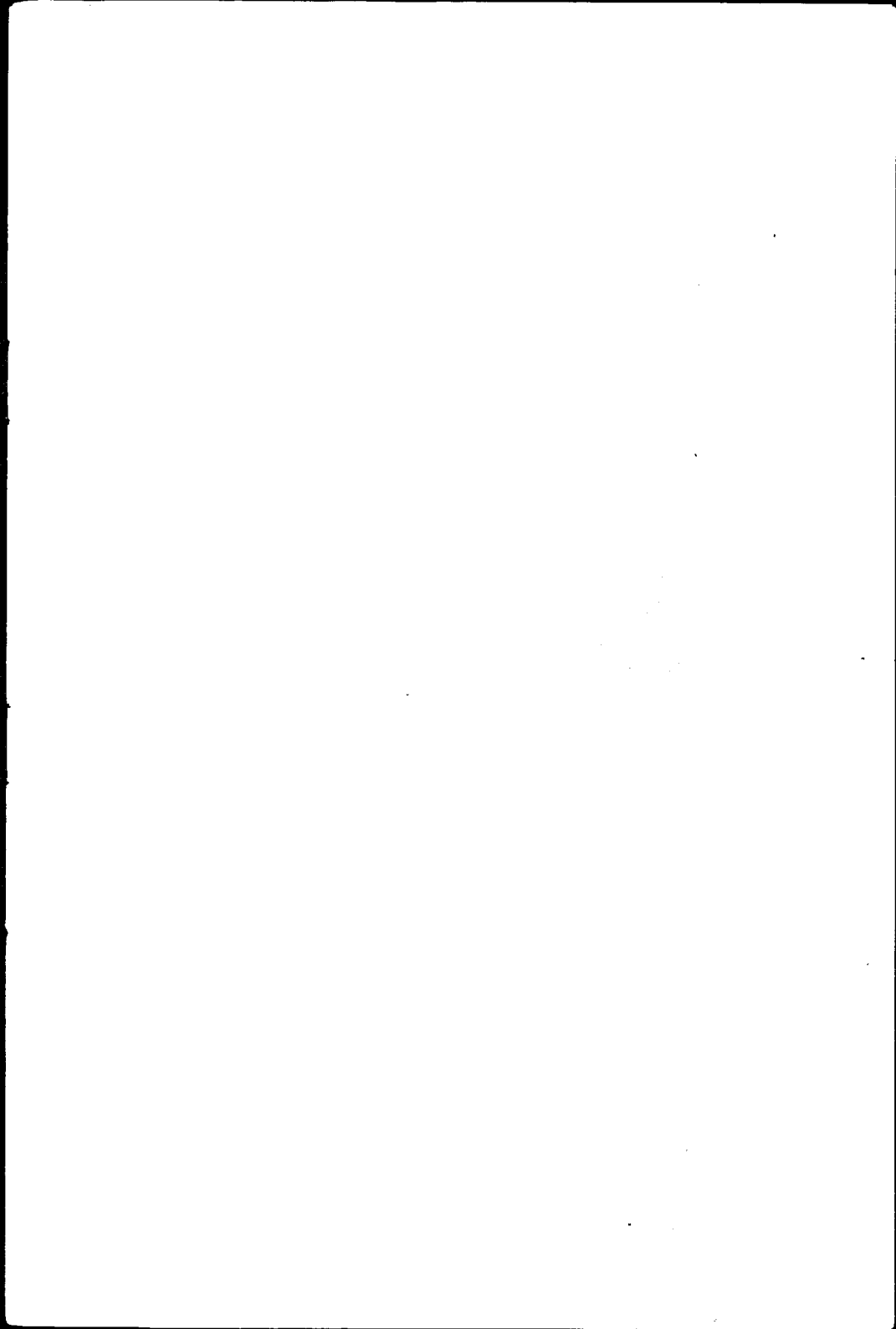


M. B.
5 P. 17

Considerazioni cliniche sul Pancreas accessorio.

Dott. ALBERTO CAZZOLA
AIUTO

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA



Considerazioni cliniche sul Pancreas accessorio.

DOTT. ALBERTO CAZZOLA

AIUTO

Il pancreas accessorio è da molto tempo, come ognuno sa, un'acquisizione anatomicopatologica; ma, in questi ultimi anni, per il grande sviluppo assunto dalla chirurgia gastrica, è diventato anche una nozione clinica. La prima osservazione di interesse clinico risale al 1928, ed appartiene all'ALESSANDRI il quale ne aveva fatto oggetto di comunicazione al XXXIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia, nell'ottobre 1927. Da allora la nostra letteratura si è arricchita di altri importanti lavori; ma le note cliniche circa la malformazione in oggetto sono ancora vaghe ed incerte e tuttora non tutti gli AA. sono d'accordo nel concedervi una fisionomia propria di vera entità nosografica. Pertanto la presente pubblicazione che concerne alcuni casi di pancreas accessorio osservati in questo Ospedale, non ha presunzione di apportare novità all'argomento già da molti valenti Autori ampiamente discusso e trattato, ma vuole soltanto trarre da essi alcune considerazioni specie nei riguardi dell'affinità della sintomatologia con quella dell'ulcera gastro-duodenale, e per conseguenza riferire circa l'opportunità del trattamento chirurgico.

Caso I. - B. Dimer, autista, da Villa Poma (Mantova), di a. 28. Ricoverato nell'Ospedale Cappi di Poggio Rusco nel marzo 1932 con storia tipica di ulcera duodenale. I primi periodi dolorosi avevano avuto inizio all'età di 15 anni, intercedati da lunghe pause di tregua e mitigati dall'introduzione di cibo; negli ultimi tempi pe-

rò la sindrome dolorosa a sede epigastrica, si era esacerbata e l'acalmia si presentava di breve durata, cosicchè il paziente, sottoposto ad indagine radiologica che confermava la diagnosi clinica di ulcera duodenale, veniva operato il 2-3-1932. Intervento in anestesia locale pressocainica. Laparotomia mediana xifo-ombellicale. Sulla prima porzione del duodeno, nella faccia anteriore, si rinvienne un'ulcera in via di cicatrizzazione onde vien praticata una gastroenterostomia retrocolica posteriore ad ansa breve secondo il metodo Von Hacker. A cinque centimetri dall'angolo del Treitz, sull'ansa digiunale, è visibile una formazione ovoidale rilevata sulla sierosa, moriforme, del tutto simile a tessuto pancreatico, e macroscopicamente costituita da piccole granulazioni miliariformi di color giallorosco, intimamente connesse con l'ansa stessa. Detta formazione viene rispettata attribuendo tutta l'importanza del quadro clinico all'ulcerazione riscontrata nel duodeno.

Il paziente ha goduto buona salute per un periodo di sei mesi circa, poscia ha cominciato ad avvertire dolori a sede paraombellicale, a sinistra della linea mediana, d'intensità maggiore di quelli della malattia iniziale e violentissimi negli ultimi tempi. Gravemente anemizzato e diminuito di peso, è ricoverato nell'Ospedale Maggiore di Bologna e sottoposto ad esame radiologico, che è risultato negativo per l'ulcera peptica sospettata; ciò nonostante si opera il 4 aprile 1935 perchè è intensamente positiva la ricerca del sangue occulto nelle feci. Reazione di Wassermann negativa. Nulla di patologico all'esame dell'urina.

L'intervento chirurgico viene eseguito dal Prof. ZAFFAGNINI in narcosi avertin-etere. Laparotomia mediana xifo-ombellicale. L'esplorazione della loggia sottomesocolica ha messo in evidenza un blocco infiammatorio sulla sede del neostoma, ed una notevole dilatazione dell'ansa afferente. Si procede con cautela all'isolamento

della gastroenterostomia e si resecta il tratto digiunale, sede dell'ulcera peptica, unendo poscia i monconi con un'anastomosi termino-terminale. Si passa quindi alla resezione piloro-gastrica con affondamento a borsa di tabacco del moncone duodenale e gastroenterostomia retrocolica secondo il metodo Reichel-Polya.

L'ulcera peptica era situata di fronte al neostoma, sull'ansa efferente e presentava intime connessioni col colon trasverso tanto che il distacco è proceduto a sacrificio dell'ansa stessa per evitare lesioni del colon. Si sono osservate grosse ghiandole sul meso gastro-colico e sul mesocolon. L'ulcera duodenale era perfettamente cicatrizzata con stenosi residuale sopraulcerosa iuxta-pilorica.

Fatto degno di nota che colpì la nostra attenzione fu che tanto sul pezzo resectato quanto sul tratto digiunale (vicino al Treitz) rimasto, non fu possibile individuare, per l'intensa flogosi periulcerosa, la formazione moriforme di tessuto pancreatico aberrante che era stato rilevato nella precedente laparotomia.

Dopo l'intervento il paziente ha goduto sempre ottima salute e tutt'ora vive in benessere completo.

CASO II. - S. Luigi, di a. 26, da Bologna. Entra nell'Ospedale Maggiore nel Settembre 1930 nella III Sezione Chirurgica allora diretta dal Prof. ZAFFAGNINI. Questo caso è stato oggetto di studio e memoria per opera del Dott. ZANOTTI dalla cui pubblicazione traggio la sintomatologia. «...da circa un anno soffre di disturbi digestivi che si alternano con periodi di benessere, dolore all'epigastrio, tre-quattro ore dopo i pasti sotto forma di crampi, con l'impressione di fame dolorosa, localizzato un po' a destra della linea mediana, irradiato alla base del torace. L'introduzione di cibo dà sollievo. Diminuzione di appetito. Non ematemesi nè melena. Alvo prevalentemente stitico ».

All'esame obiettivo punto dolente a metà della xifo-ombellicale.

Esame delle feci positivo per il sangue occulto. Esame radiologico: triade di Akerlund. Diagnosi radiologica: ulcera duodenale.

Operato il 3-9-'30 dal Prof. ZAFFAGNINI.

Narcosi morfo-eterea. Laparotomia mediana xifo-ombellicale. Sulla faccia anteriore della prima porzione duodenale si nota un'ulcera in via di cicatrizzazione e sulla parete della prima ansa del digiuno, a circa 10 cm. dal Treitz, una formazione ovoidale rilevata sulla parete stessa, grande come una mora, di color giallo-roseo.

Detta formazione riferita macroscopicamente a pancreas accessorio viene asportata e si pratica una gastroenterostomia transmesocolica posteriore secondo il metodo VON HACKER.

Esame istologico. - Si tratta di una ghiandola del tipo pancreatico con le cellule acinose e centro-acinose. Nelle diverse sezioni praticate in serie, non si sono osservate nè dotti escretori nè isole di Langerhans.

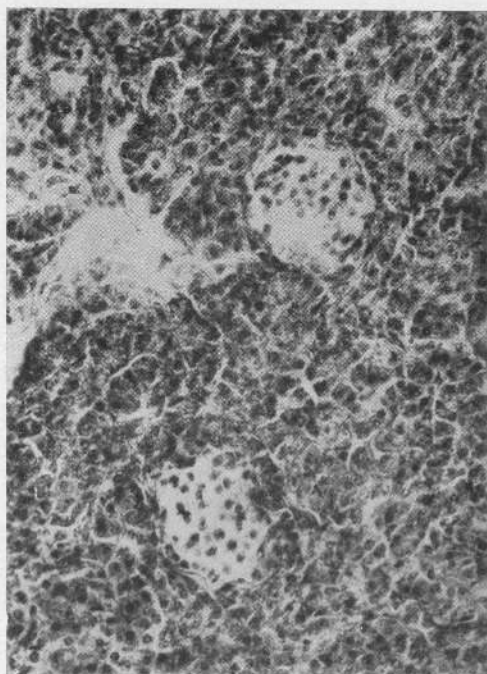


Fig. 1.

Riveduto dopo qualche tempo l'infermo dice di sentirsi bene, poi se ne sono perdute le tracce. Però a distanza di tempo, si è saputo che, rientrato in Ospedale nel giugno 1936, è stato da altri operato per ulcera peptica post-operatoria ed è deceduto in seguito all'intervento.

CASO III. - B. Augusta, anni 38, casalinga, da Bologna.

Entra una prima volta con diagnosi di S.A.D. nel luglio 1935.

Referto radiologico: Periduodenite e peritiflite con concomitanti segni di appendicite. Colecisti normale, un po' ptotica senza ombre sicuramente riferibili a calcoli. Operata di appendicectomia il 29-8-1935, non ha avuto alcun beneficio dall'operazione. Rientra il 9-9-1935 accusando dolori riferibili al crocicchio digestivo superiore, con coliche a sede alta ipocondriaca, alternate

da dispepsia a tipo colecistico. Non ematemesi nè melena. Alvo stitico. L'indagine radiologica, ripetuta, mette in evidenza una colecisti angolata da probabili fatti periviscerali. Non si riscontrano ombre di calcoli. Sottoposta ad intervento il 29-10-1935 viene operata dal Prof. ZAFFAGNINI in narcosi morfio-eterea. Laparotomia mediana xifo-ombellicale. Lisi di aderenze periduodenali. La colecisti appare normale per for-

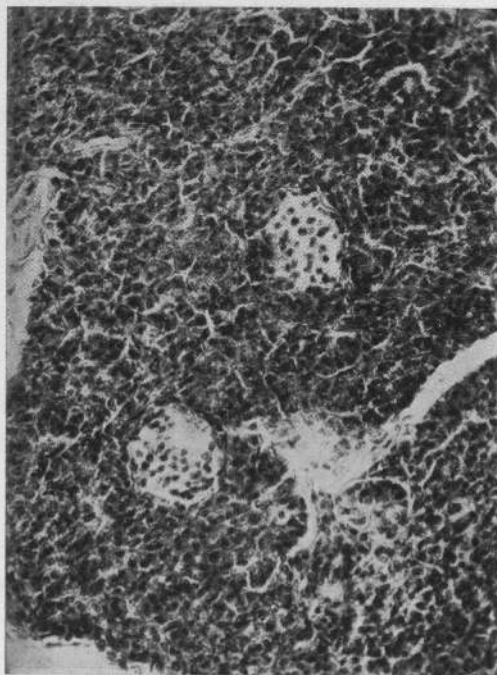


Fig. 2.

ma, aspetto e volume. Sulla faccia anteriore della prima porzione duodenale si nota una formazione ovale, moriforme, giallastra, intimamente connessa con le pareti dell'ansa. Si procede all'asportazione con incisione a losanga, ritenendola legata alla sindrome dolorosa. Sutura alla Lambert in senso trasversale. Sutura a strati delle pareti addominali. Decorso post-operatorio normale.

Esame istologico. - Pancreas accessorio. Trattasi di tessuto pancreatico con isole di Langerhans e dotti escretori. (F.to Prof. DAGNINI).

Dimessa il 21-11-1935 è stata bene ed è aumentata di peso. Riveduta a lunga distanza di tempo accusa qualche molestia dolorosa all'ipochondrio destro. Controllata radiologicamente il 16-3-1937 risultava: « stomaco e duodeno normali, cieco mobile. Trasverso spastico, discen-

dente male austrato. Colecisti regolare senza calcoli ».

CASO IV. - M. Giuseppe, anni 37, operaio, da Sasso Marconi.

Entra in Ospedale il 24-9-1937.

Diagnosi clinica: Ulcera duodenale in gastroenterostamizzato. Presenta sintomatologia tipica di processo ulcerativo in atto.

Il referto radiologico dice che « la gastroenterostomosi è ben funzionante, senza dolori nè altri fatti notevoli sul neostoma; il bulbo del duodeno è molto irregolare, svuotamento in tempo normale.

Nulla da segnalare al cieco ed appendice ».

Esame delle urine negativo per componenti patologici. R. W. negativa.

Operato il 5-10-1937 dal Prof. ZAFFAGNINI in anestesia locale pressocainica sussidiata con Dilaudit scopolamina. Laparotomia mediana xifo-ombellicale con escissione della pregressa cicatrice chirurgica. Esplorazione della bocca anastomotica e del duodeno. In prossimità della stomia si rinviene tessuto pancreatico ectopico che si asporta. Non si rinvencono lesioni ulcerative e la Braunn appare ben funzionante. Siccome la vecchia ulcera duodenale appare cicatrizzata non si ritiene opportuna una resezione. Sutura completa a strati in seta.

Esame istologico del pezzo asportato. - Pancreas accessorio caratteristico con dotti ed isole di Langerhans (Prof. DAGNINI) (fig. 2).

Riveduto a distanza il paziente sta bene. Un esame radiologico praticato in questi giorni non ha dimostrato alcuna lesione caratteristica in atto.

Concludendo abbiamo potuto riunire quattro casi certi di pancreas accessorio, i primi due dei quali con concomitante ulcera duodenale, successivamente complicatisi con ulcera peptica post-operatoria; e gli ultimi due (*oserei dire puri*), la cui ablazione chirurgica ha portato alla soppressione completa dei disturbi riferiti dai pazienti, rimulanti ora la colecistite come nel terzo caso, ora l'ulcera duodenale come nel quarto.

Il tessuto pancreatico ectopico, come giustamente lo definisce il POPPI, distinguendolo così dal pancreas diviso e, dal pancreas minus, è una malformazione che,

nella sua evenienza più frequente può essere svelata soltanto alla autopsia, altre volte al contrario può essere il movente delle più svariate sindromi, simulando l'ulcera gastrica o duodenale, la stenosi meccanica dell'intestino, il carcinoma, l'invaginazione, l'appendicite, l'occlusione del coledoco, la colica biliare, il diverticolo dell'intestino, od anche tutte le sintomatologie pancreatiche in genere, quando si ricordi che il nodulo aberrante può andar soggetto a tutte le modificazioni patologiche del tessuto pancreatico stesso.

In tre gruppi principali credo quindi poter catalogare i disturbi soggettivi riferiti dai portatori di pancreas accessorio (quando questi, ripeto, clinicamente si rivelino):

1°) disturbi digestivi simulanti l'ulcera gastro-duodenale;

2°) disturbi digestivi simulanti la colecistite;

3°) disturbi simulanti una pancreatite vera e propria.

Di questi tre gruppi il più importante ed il più numeroso è il primo, e su di esso fermerò maggiormente la mia attenzione. (Farò osservare incidentalmente che i casi chirurgici di pancreas accessorio non superano la sessantina a tutt'oggi).

Mi limiterò pertanto alla sintomatologia gastrica e duodenale. In quasi tutti i casi da noi osservati il quadro clinico s'è presentato col cortico sintomatico classico o quasi dell'affezione ulcerosa. È bene premettere ed è risaputo che le note sintomatologiche del pancreas accessorio non hanno nulla di caratteristico nè clinicamente nè radiologicamente e pertanto non possono apportare alcun contributo pratico alla diagnosi preoperatoria.

Il concetto diagnostico cui indirizza più frequentemente il pancreas accessorio è quello dell'ulcera gastrica o duodenale; ed a questa conclusione si è pervenuti nei casi occorsi alla nostra osservazione nei quali non coesisteva neppure quell'ulcerazione

cui può dare luogo il tessuto pancreatico aberrante sulla mucosa ed alla quale si può in tale evenienza imputare il quadro clinico. Non v'è ragione di soffermarsi a ripetere le note molte ipotesi circa l'etiopatogenesi di questa malformazione. Circa la frequenza di sede, non così rara come si credeva in passato, i più accettano il seguente ordine: stomaco, duodeno, digiuno, ileo, colecisti, milza, mesentere ecc.

Si manifesta sovente con la sintomatologia classica della lesione ulcerativa con i ben noti dolori epigastrici e colle note irradiazioni, accompagnati spesso da vomito, da melene, da acidità; dolori che a seconda della sede si presentano subito dopo i pasti od insorgono a distanza, spesso mitigati dalla introduzione di cibo o di bevanda, intercalati da lunghi periodi di benessere completo.

Ma talora il quadro è meno delineato talchè l'attenzione viene portata ad una generica gastropatia, e spesso la diagnosi clinica va riferita a sofferenza della colecisti come nel III caso oppure al carcinoma gastrico e non raramente ad una complessa sindrome addominale destra.

Prima di passare oltre è da domandarsi se la presenza del pancreas accessorio nell'ulcera gastro-duodenale sia un fatto puramente casuale o non rilevi un rapporto reale fra tessuto pancreatico aberrante ed ulcera duodenale. L'argomento è stato messo sul tappeto da molti Autori (ALESSANDRI, PIGNATTI, FUMAGALLI, BARCAROLI, ZANOTTI, ecc.) ma non sicuramente approvato ed ancora insoluto.

Anche di recente il PUHL nel riferire un caso di ulcera primitiva del digiuno con mucosa del fondo gastrico eterotopica, mette in evidenza, per la concomitante vicinanza di un germe pancreatico, l'importanza clinica del pancreas accessorio negli ulcerosi; ma anch'egli ritiene i due fatti puramente casuali (*Deut. Zeits. Chirurgie*, fasc. 9-10, a. 1933).

Ora il problema non mi sembra del tutto ozioso, in quanto all'atto pratico c'è da prospettarsi l'evenienza se si debba o meno asportare il pancreas accessorio almeno nei casi a sede gastrica, duodenale o del primo tratto del digiuno (sul quale di solito cade la G. E.) per evitare la formazione di un'ulcera peptica post-operatoria, come è accorso nei primi due casi di nostra osservazione.

Qual'è la patogenesi dei disturbi?

Al BOLOGNESI spetta la parte sperimentale con cui è riuscito a dimostrare che il trapianto dà luogo a sofferenze rappresentate da vomiti e diminuzione di peso.

V'è chi afferma che fra tutti i pancreas accessori quelli a sede g. d. sono quelli capaci di rivelarsi sintomatologicamente, ma non v'è accordo nei riguardi del meccanismo d'azione, perchè alcuni AA. attribuiscono valore a quella meccanica, altri a quella chimica ed altri infine all'azione combinata di questi due fattori. E se la prima può essere causa determinante di spasmi e quindi di modificazione della muscolatura, la seconda sia che apporti ad una secrezione modificata sia che l'azione del secreto si esplichi in zone ad esso non abituate ed intolleranti, può con ambedue i meccanismi riconoscersi agente dei sintomi attribuiti al pancreas accessorio.

Ecco come l'ALESSANDRI tenta spiegare il meccanismo di azione del pancreas accessorio nei casi a sede gastrica e duodenale. La presenza di tessuto pancreatico aberrante (egli pensa) può esercitare in questi casi sia un'azione meccanica che un'azione irritativa per la sua secrezione probabilmente alquanto diversa dal normale che si verrebbe su un punto assai vicino al piloro, senza mescolarsi alla bile. Solo ed unico il caso riferito dallo ZANOTTI darebbe un giudizio negativo circa la funzionalità di questo tessuto, ma riferendoci ai più dobbiamo ammettere al pancreas

accessorio l'esplicazione della sua funzione.

Ritornando ora nel campo della sintomatologia e precisamente al II gruppo su menzionato, occorre ricordare che frequentemente il quadro clinico ricorda le affezioni colecistiche sia sotto forma di disturbi digestivi, sia sotto forma di coliche: tali i casi dell'ALESSANDRI ed il terzo della nostra casistica. Quanto all'ultimo gruppo, il più ristretto per numero, ripeterò ancora come si possa determinare per opera della ghiandola pancreatica accessoria un complesso di sintomi proprio delle alterazioni del pancreas; e sono descritti e noti per il tessuto pancreatico ectopico tutti i processi morbosi del pancreas sia nelle evenienze più comuni come in quelle più rare (pancreatiti acute e croniche, necrosi, ecc. metastasi di cancro di altra sede).

Ora nei nostri casi due volte il pancreas accessorio è stato trovato associato ad ulcera duodenale e perciò non possiamo imputare la sindrome dolorosa ad esso o, se si vuole, se ne potrebbe incolpare solo la pregressa ulcera, attribuendo alla g. e. la ragione dell'ulcera peptica digiunale consecutiva; ma certamente nessuno potrebbe con matematica certezza affermare che il tessuto pancreatico ectopico non possa aver preso parte alla formazione di quest'ultima (specie nel I caso in cui fu conservato), per i meccanismi di azione sopra riferiti. Infatti nel pancreas accessorio vi è un'attività funzionale che si esplica come già si è detto, sui tessuti non abituati alla sua secrezione e non si può disconoscere che ciò apporti uno stato di sofferenza sia locale che nelle regioni limitrofe. Nel IV caso invece bisogna pensare unicamente all'azione del pancreas accessorio quale causa determinante dei disturbi del P., cessati solamente dopo l'asportazione del tessuto stesso, e così pure del III caso a sindrome colecistica.

Ma in definitiva la vera dignità clinica, quella che può conferire al pancreas accessorio la fisionomia di affezione chirurgica, come ben dice il BOLOGNESI, è stabilita dal fatto che le relative sindromi addominali spariscono ogni qualvolta si asportano il pancreas accessorio. Il che è confermato dal III e dal IV caso da me riferiti, ed in ciò sta l'importanza di questa nota clinica. Circa la prognosi si deve dire che in questi casi essa è favorevole. La terapia è essenzialmente chirurgica.

Nelle considerazioni riguardanti la terapia tutti gli AA. sono concordi sulla necessità dell'asportazione del p. a. Dai risultati delle nostre osservazioni si sarebbe tentati a pensare talvolta, permettendolo la sede, se non fosse da ritenere opportuno un trattamento tal quale si prospetta attualmente circa la lesione ulcerativa (tenendo anche presente i casi in cui in corrispondenza del pancreas accessorio stesso si sono notate delle ulcerazioni della mucosa), e cioè la resezione, anche e soprattutto con l'intento di modificare quello stato meccanico (spasmi) e di conseguenza certamente anche chimico, anormale, cui la formazione ectopica dà luogo. (L'unico

caso di resezione gastrica per p. a. è quello riferito dal CIGADA).

Il più delle volte il pancreas accessorio è silente, e su questo criterio si potrebbe essere guidati ad una cura più conservativa, più fisiologica e non mutilante (come è comprovato dal I caso, però inutilmente). Ma quando dia sentore di sé con note ulcerative, allora si può credere alla sua attività che, come è noto, influisce riflessoriamente sullo stomaco e sul duodeno non diversamente dall'ulcera con cui in questi casi presenta tanti punti di contatto.

Lo studio più dettagliato di altri casi quale ci è consentito quotidianamente dalle numerose laparotomie per ulcera gastro-duodenale ci dirà se il rapporto del pancreas accessorio con l'ulcera stessa sia puramente causale, come propende oggi la maggioranza degli AA., o se esista per il noto meccanismo d'azione triptica diretta, oppure riflessa indiretta, una vera correlazione di causa ed effetto; ma ci dirà pure se al pancreas accessorio spetti vera dignità clinica di affezione chirurgica nel senso voluto dal BOLOGNESI, come potrebbe potersi dedurre dai nostri due ultimi casi.

RIASSUNTO

L'A. ha studiato quattro casi di Pancreas accessorio, occorsi alla sua osservazione, il cui comportamento clinico è stato mascherato il più delle volte da una sintomatologia ulcerativa per concomitante ulcera g. d., altra volta da sindrome colecistica. Ha portato in discussione il rapporto fra p. a. ed ulcera g. d., concludendo colla maggioranza degli AA. per la sua fortuita coincidenza ed ha richiamato l'attenzione sui casi di p. a. puri la cui entità nosografica pare acquistare dominio clinico secondo il concetto degli sperimentatori.

BIBLIOGRAFIA

- ALESSANDRI R. - Atti e Memorie del 34° Congresso Soc. Ital. Chirurgia. Ottobre 1927.
 BARCAROLI - Sul pancreas accessorio. *Annali Italiani di Chirurgia*, vol. X, n. 8, 1931.
 BOLOGNESI G. - Le pancreas accessoire. Contribution clinique. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, tome XXIII, n. 7, Juillet 1933.
 CIGADA G. - Su di un caso di pancreas aberrante. *Atti e Memorie della Soc. Lombarda di Chirurgia*, vol. II, n. 14, 6 luglio 1934.
 FUMAGALLI C. - Pancreas aberrante. *La Clinica Chirurgica*, n. 1, gennaio 1931.
 KAUFMANN - Vol. I, pag. 899.
 PIGNATTI - *Atti ed Archivio della Soc. Ital. di Chirurgia*, n. 34, ottobre 1927.
 POPPI A. - Sui pancreas aberranti. *Archivio Ital. delle malattie dell'apparato digerente*, vol. IV, fasc. VI, dicembre 1933.
 PUHL - *Dent. Zeits chirurgie*, fasc. 9-10, 1933.
 SICCA G. - Su di un caso di pancreas accessorio a sede gastrica. Vallardi ed., 1934.
 ZANOTTI M. - Contributo alla conoscenza del pancreas aberrante. *Bullettino Scienze Mediche*, anno CIV, serie X, vol. I, fasc. III, 1932.

