

## PROBLEME ACTUALE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL PANCREATITEI CRONICE \*

dr. Z. Csizér, dr. E. Bálint

Pancreatita cronică (p. cr.) se caracterizează prin prezența în organ a unei scleroze mutilante, foarte variabilă ca distribuție, putând fi nodulară, segmentară, ori difuză; iar clinic printr-o evoluție lungă, cu forme dintre cele mai diferite. de la cele latente, asimptomatice până la insuficiență pancreatică gravă, manifestată prin simptomele sale majore: dureri violente abdominale, slăbire progresivă prin denutriție, steatooree.

Ceea ce actualizează problema pe plan chirurgical este frecvența crescândă a necrozei în toate țările, precum și noile posibilități chirurgicale ivite.

Frecvența reală a p. cr. este greu de apreciat căci foarte adesea, printre sindroamele abdominale dureroase ale etajului superior, cazurile de p. cr. rămân necunoscute medicului neavertizat. După *Epfelbaum* (5) media de vîrstă este 40—48 de ani, dar a observat bolnavi de la 22 pînă la 73 de ani; 60 % a cazurilor este totuși sub 50 de ani. *Haferkamp* îl citează pe *Seifert* (cit. 6), de la Institutul de anatomie patologică din Hamburg, care găsește p. cr. într-un procentaj de 5 % dintre toate cazurile autopsiate. După *Doerr* (1964), în unele institute această cifră ajunge la 15 %. *Kourias* afirmă că cele mai multe cazuri de p. cr. se semnalează în U.S.A., Elveția și Franța. Raportul dintre bărbați și femei este de 10:1, probabil din cauza alcoolismului cronic mai frecvent la bărbați. Se asociază adesea cu litiaza biliară. *Lataste* (12) afirmă că în litiaza biliară găsim și pancreatită în 2—20 % a cazurilor. Invers, în pancreatitele cronice în 35—60 % din cazuri întîlnim litiaza biliară. Această cifră crește în litiazele biliare septice cu oddite reziduale; autorul citat găsește în 20 din aceste cazuri 9 p. cr.

Desigur *incadrarea nosologică* a diferitelor forme de manifestare a p. cr. este deosebit de dificilă atît din punct de vedere anatomo-patologic, cît și al evoluției clinice.

Cei mai mulți autori, de ex. *Sarles*, deosebesc morfoclinic și privind originea lor două forme diferite de p. cr.: p. cr. recidivantă și p. cr. sclerozantă.

1. *Pancreatita cronică recidivantă*: poate deriva din pancreatita acută, care în evoluția sa se poate vindeca pînă la o restitutie ad integrum (dacă cauza provocatoare a fost eliminată) sau poate evolua spre o pancreatită cronică cu recidive. *Mühle* (statistică globală de la mai mulți autori) arată că, tratamentul antienzimatic a redus mortalitatea în pancreatita acută de la 30—70 % la 10—20 %, dar a crescut numărul cazurilor complicate — cronice.

2. A doua formă a p. cr., așa-zisele *pancreatite cronice sclerozante* pot fi de mal multe tipuri:

\* Lucrare prezentată la U.S.S.M., Filiala Mureș, Secția chirurgie, 18 mai 1971.

- a) Pancreatitele cronice calcifiante primitive;
- b) Pancreatitele datorate unor obstacole în căile de evacuare;
- c) Pancreatitele cronice primitive inflamatoare;
- d) „Pancreatite rare“ ca pancreatitele familiale, care apar la tineri și au o evoluție identică cu cele calcifiante primitive și p.cr. hiperparatiroidiene care se pot vindeca numai după exereza adenomului paratiroidian.

Pancreatitele cronice care însoțesc litiaza biliară se caracterizează prin: localizare de preferință în partea cefalică, nefiind calcifiante (cel puțin aparent), nu se asociază cu ectazia Wirsungului. Ca mecanism de producere se presupune o dischinezie oddiană de tip hipo- sau hipertonică, propagarea infecției pe cale limfatică sau prin focare de scleroză, după necroze provocate de pusee de pancreatită acută.

Înainte unei intervenții chirurgicale pentru rezolvarea p.cr. sau colecisto-pancreatitei, chirurgul trebuie să-și pună câteva întrebări esențiale: 1. dacă într-adevăr este vorba de o pancreatită? 2. ce formă clinică-evolutivă are? 3. cu ce procese morbide este asociată și acestea pe ce teren evoluează?

Diagnosticul clinic se bazează pe semiologia clasică: durerea, tulburările digestive și semnele generale. Durerea, după cum arată *Le Quintrec*, este semnul major al p. cr. cu localizarea și iradierea cunoscută, violentă, prelungită, fără faze de calmie spontană, cu mici paroxisme, neinfluențate prin alcaline. Interpretarea acestor dureri este îngreunată și prin faptul că bolnavii devin neurastenici, toxicomani, cu o serie de componente psihice derutante. Crizele dureroase sînt uneori mai violente decît în ulcer, survin în perioade succesive de câteva zile, sînt rezistente la morfina. În unele cazuri iradierea în spate este atît de pronunțată, încît bolnavii sînt tratați mult timp pentru lumbago. *Epfelbaum* (5) numește aceste crize „*lumbago pancreatic*“.

Vomiturile apar fără nici o cauză mecanică. *Diareea* exprimă atingerea funcției exocrine a pancreasului. *Slăbirea*, datorită diareei, steatoreei, indigestiei și anorexiei, devine impresionantă. Nu rareori apar hemoragii digestive, fără a se putea depista în toate cazurile radiologic proveniența acestora. Icterus apare în cca 20—30 % a cazurilor și se caracterizează printr-o intensitate mică, variabilă. Este un icter de retenție, asociat adesea cu teste pozitive de disproteinemie.

În p. cr. nu sînt rare revărsatele pleurale, mai ales cele stîngi, care uneori atrag atenția asupra unei p. cr. latente (*Sarrazin*). Tot astfel există p. cr. a căror semn relevator este *ascita*. Asupra acestei probleme un studiu aprofundat a apărut sub semnătura lui *Cameron* (1967), care tratează pe larg etiopatogeneza ascitei. În patogeneza ascitei *McDermatt* susținea teoria compresiiei pancreasului asupra porței și vaselor limfatice. *Cameron* (3) însă aduce argumente serioase pentru teoria rupturii canalelor pancreatice. Un studiu interesant este cel al lui *Lucien Leger* (14) asupra hipertensiunii și stazei portale segmentare în p. cr. Autorul arată că în 43 % a cazurilor de p. cr., la care în mod sistematic a făcut splenoportografie, permeabilitatea venei splenice este compromisă. Splenectomia în aceste cazuri face să dispară hipertensiunea portală segmentară și să pună bolnavul în afara pericolului de hemoragie digestivă superioară.

Interpretarea semnelor clinice este uneori deosebit de dificilă fără ajutorul *explorărilor complementare*. Nu este cazul aici ca să analizăm valoarea tuturor testelor de laborator. Pentru a stabili însă un diagnostic precis și mai ales o indicație operatorie *Cameron* (3) consideră că nu pot lipsi următoarele analize: hemograma, examenul urinei, bilirubinemia, fosfataza alcalină, proteine totale, raportul albumine-globuline, testele de transaminază (SGOT și SGPT), timpul de protrombină, BSP, amilaza serică, analiza lichidului ascitic (conținutul de proteine, celule, bacili), presiunea venoasă, radiografia, arteriograma axului celiac, analiza sucului duodenal după stimularea cu parcreatozim (volum secretat, conținut de bicarbonați, conținut de amilază).

Toate explorările noastre clinice și paraclinice au ca scop nu numai de a stabili existența suferinței pancreatice, dar și gradul acesteia, mai precis prezența sau absența *insuficienței pancreatice*.

Dintre explorările radiologice adesea se neglijează folosirea unei metode pe cât de simple, pe atât de evocatoare uneori: *radiografia simplă pe gol din mai multe incidente pentru căutarea calcifierilor pancreatice*. Sarles (31) atrage atenția asupra valorii *limfografiei* în p. cr. Autorul găsește că p. cr. antrenează o obstrucție importantă limfatică, demonstrabilă prin întărirea opacifierii canalului toracic și stază limfatică în vasele lombo-iliace.

În definitivarea indicației operatorii *explorarea peroperatorie* are cea mai mare valoare.

*Pancreatografia poate fi executată transpilar retrograd, prin puncție în regiunea istmico-corpică, cînd canalul Wirsung e suficient dilatat sau chiar prin tranșa de secțiune istmică cînd leziunile dictează o pancreatectomie caudală*. Tot intraoperator vom completa explorarea radiologică a căilor biliare, a axului splenoportal prin splenoportografie, iar prin arteriografia selectivă vom putea studia întreaga vascularizație splenică.

Valoarea *biopsiei hepatice* în stabilirea planului terapeutic complex nu mai trebuie accentuată. Privind *biopsia pancreasului* însă părerile sînt contrare. Mulți autori o consideră periculoasă. Volkova o folosește în mod curent. Mallet-Guy (17) arată că în 15 ani a făcut 600 de biopsii fără complicații. Singura precauțiune pe care o recomandă este ca biopsia să fie superficială și în caz excepțional să fie lăsat un dren de siguranță.

*Indicația chirurgicală* trebuie judecată prin prisma tuturor datelor obținute preoperator și intraoperator, ținînd cont de o serie de factori de ordin social, complicații, forme clinice, perspectivele de reabilitare în muncă etc.

*Le Quintrec* (27) stabilește următoarele condiții *indicației chirurgicale*:

a) observație și tratament medical prealabil cu cel puțin o lună de spitalizare, care să ducă la convingerea despre ineficacitatea tratamentului conservator;

b) cercetarea stării psihice la cei extenuați de durere;

c) cură de dezintoxicare la alcoolici.

Autorul sus-citat stabilește următoarele *indicații nete*: 1. p. cr. care produce icter de retenție; 2. p. cr. cu hemoragii digestive; 3. p. cr. cu hipersplenism important; 4. p. cr. cu pseudochiste mari (pe cele mici bolnavul suportîndu-le bine).

Printre *indicațiile discutabile* se enumeră pancreatitele dureroase, care obligă bolnavul la spitalizări periodice. Bolnavii cu dureri tenace, neinfluențabile pe cale medicamentoasă în timpul spitalizării, trebuie operați.

#### Contraindicații:

— p. cr. nedureroase sau puțin dureroase care se asociază cu diabet sau cu denutriție severă;

— indicația chirurgicală va fi ezitantă în alcoolismul inveterat, sau în cazurile cu psihism grav alterat.

Avînd la îndemină rezultatele explorărilor pre- și intraoperatorii, deci diagnosticul formei clinice și anatomo-patologice a pancreatitei, cu toate datele privind suferința organelor învecinate, vom putea decide tactica și tehnica intervenției chirurgicale de urmat.

După cum arată tabelul anexat vom putea alege tehnica cea mai potrivită după cazul dat, aplicînd, singure sau asociate, operații pe sistemul nervos vegetativ, operații de drenaj și derivații sau operații de rezecție.

a) După afirmația lui Napalkov (24) care în problema denervării pancreasului și-a cîștigat o notorietate mondială, *intervențiile chirurgicale pe simpatic, pe vag și splanchnic uneori pot aduce ameliorări prin eliminarea durerilor vii*, dar, acționînd concomitent asupra intervenției celorlalte organe abdominale, aceste denervări vor putea avea ca rezultat disfuncții importante biliare, intestinale etc.

b) Un efect exclusiv asupra pancreasului are intervenția lui Yoshioka și Wakabayashi (38) denumită „*neurectomie postganglionară cefalică*”. Autorii, tocmai pentru a evita tulburările nervoase ale altor organe secționează fibrele nervoase din jurul pancreasului periferic de ganglionul celiac, fibre pe care le denumesc: „plexus pancreaticus capitalis”. Prin această metodă nu se secționează fibrele

care se asociază arterei splenice. Când totuși se consideră necesară asocierea unei pancreatomei stîngi, se secționază și fibrele la originea arterei splenice, apoi artera splenică, se face splenectomia și pancreatomia stîngă. Autorii susțin că prin simpla denervare propusă, care se poate executa în prim timp cu laparotomia, au obținut rezultate excelente. În tratamentul durerii, ei consideră intervenția ca operație de elecție. Recomandă însă un atent studiu prealabil a condițiilor anatomice pe cadavru.

c) *Napalkov, Trunin și Krutkova* (24) negăsind satisfăcătoare aceste tipuri de denervare au elaborat o nouă metodă de secționare a fibrelor nervoase post-ganglionare denumită *neurectomie marginală*.

După incizia largă a ligamentului gastrocolic, ridicarea stomacului și decolarea unghiului hepatic al colonului, expun larg pancreasul. Incizează apoi foița posterioară a peritoneului parietal de-a lungul marginii superioare a pancreasului. Se descoperă trunchiul celiac și ganglionii semilunari, care sînt situați de o parte și de alta a trunchiului. Sub fiecare ganglion semilunar injectează cite 10 ml novocaină care previne șocul și reflexele nocive. Ridicînd apoi cu grijă artera hepatică și splenică, pun în evidență filetele nervoase care merg la pancreas, acestea fiind secționate pe rînd. Sînt secționate toate ramurile nervoase situate între trunchiurile arteriale amintite și marginea pancreasului. Se trece apoi la izolarea trunchiului arterei mezenterice superioare la marginea inferioară a pancreasului și se incizează peritoneul dinaintea acestui trunchi arterial. Se ridică și se depărtează marginea inferioară a pancreasului și se secționază filetele nervoase care merg la pancreas. La o denervare totală, se secționază filetele din jurul arterei duodeno-pancreatice. În cazul cînd o peripancreatită accentuată împiedică efectuarea denervării în felul arătat, se va denerva rădăcina arterei hepatice și splenice, cu tot riscul unor tulburări funcționale din partea splinei și a ficatului.

*Napalkov* (24) consideră că intervenția propusă de el are o aplicație autonomă numai în caz de p. cr. dureroasă, îndurativă, difuză, localizată la cap sau jumătatea dreaptă a pancreasului și numai atunci cînd nu sînt atinse organele vecine. În toate celelalte situații denervarea se va face în asociere cu operația indicată (pancreatomie stîngă, operații de derivație etc.). Controlînd efectul denervării, *Napalkov* constată că durerile dispar în timp ce structura parenchimalului ca și secreția organului rămîn neinfluențate. Neîfiind convins că neurtomia marginală ar garanta un rezultat net în toate cazurile, această operație rămîne cu indicație limitată, mai ales asupra variantelor de pancreatită îndurativă difuză.

d) În ceea ce privește operațiile de drenaj și de derivații a canalului Wirsung, *drenajul transduodenopapilar* este considerat de majoritatea celor care l-au aplicat în mod autonom, ca o intervenție temporală, de necesitate, rezervată numai unor anumite cazuri. Astfel este indicată la *gravidă*, ca intervenție de urgență, în leziunile pancreatice puțin evoluat, cu distensie minimă dar dureroasă a Wirsungului, mai ales cînd obstacolul este în porțiunea terminală a canalului.

*Drenajul extern* se realizează prin duodenotomie, sfinterotomia papilei, introducerea unui cateter în Wirsung, pe care-l aspirăm trecîndu-l prin peretele abdominal. *Mercadier* și colab. (19) consideră că rezultatele acestei intervenții sînt foarte nesigure. Deși aduce o depleție a canalului nu reduce dilatația sa. De altfel, cateterul transpapilar ținut pe loc timp de mai multe săptămîni, poate avea un efect opus celui dorit, căci sclerozează papila. Cei mai mulți autori au abandonat total acest procedeu.

Mai bune rezultate se obțin prin *forajul transduodenal al Wirsungului* propus de *Lortat-Jacob*. Cu indicații asemănătoare și rezultate acceptabile se aplică operația lui *Owens*, de transplantare a canalului Wirsung și reimplantare în duoden.

e) După *Epfelbaum*, *Wirsung-jejunostomiile* fără rezecție de pancreas sînt indicate în următoarele condiții: 1. Cînd Wirsungul este foarte dilatat și comunicarea sa cu duodenul este închisă. 2. Leziunile anatomico-patologice nu justifică totuși o pancreatemie stîngă. 3. Absența hipertensiunii și stazei portale segmentare, confirmată prin splenopografie și splenomanometrie.

*Epfelbaum* recunoaște, iar alții confirmă, că anastomoza terminolaterală după

acest procedeu propus de *Du Val* se poate ușor stenoza. *Salambier* (30) totuși obține 3 rezultate bune din 4.

f) În cazul cînd *Wirsungul* este mult dilatat se recomandă și *Wirsung-jejunostomia latero-laterală după tehnica lui Puestow* care are mai puține șanse de stenozare. Tehnica este următoarea: se despică larg *Wirsungul* în toată lungimea sa, se aduce o ansă *Roux* și se face o anastomoză latero-laterală cu fire totale într-un strat. Totuși, cu această metodă *Salambier* (30) obține rezultate nefavorabile: 17 eșecuri din 21 de cazuri. Rezultatele se pot îmbunătăți numai cînd *Wirsung-jejunostomia termino-laterală* se asociază cu derivații biliare sau cu rezecții pancreatice.

g) Dintre toate tipurile de operații derivate ni se pare cea mai eficientă *tripla derivație a lui Whipple*, desigur avînd și aceasta indicații și condiții riguroase. Tehnica constă în următoarele: se secționează stomacul razant pe pilor și se îndură bontul duodenal. Se ridică stomacul pentru deplina evidențiere a pancreasului. Urmează secțiunea transversală a pancreasului la nivelul istmului sau chiar mai la dreapta, la limita hipertrofiei capului. Contrar ca în duodenopancreatectomie, se va ținde la menajarea arterei splenice și a arterei pancreaticoduodenale inferioare. Se va proteja porta cu un elevator curb. Canalul pancreatic va fi sondat de o parte și de alta și eventualele concrețiuni calcare vor fi scoase. Capătul cefalic al *Wirsungului* se suturează. Coledocul se izolează, se secționează și la capătul distal se leagă. Se prepară o ansă *Y* și se va trece sub mezocolon. Se practică pancreatojejunostomie pe tranșa caudală a *Wirsungului* folosindu-ne uneori de un mic tub tutor de plastic legat cu un fir de catgut de *Wirsung*. La capătul de sus al ansei *Y* se anastomizează coledocul terminolateral. Stomacul este trecut de sus în jos peste mezocolon printr-o breșă și anastomizat la ansă. Această tehnică poate fi variată prin: 1. anastomoză *Wirsung-jejunală* în ambele părți în formă de sandwich, 2. rezecție caudală, 3. folosirea numai de derivații biliare și intestinale cu stomacul, atunci cînd procesele inflamatoare peripancreatice sînt prea accentuate, căci o simplă derivație digestivă și biliară poate pune în repaus pancreasul. Altelei remanierea țesutului pancreatic poate fi atît de mare încît ori ce intervenție este imposibilă.

Indicațiile acestei intervenții sînt date de acele cazuri unde de fapt ar trebui să se facă o duodeno-pancreatectomie, dar există o contraindicație de ordin general sau local pentru o intervenție șocantă. În general se rezervă această intervenție cazurilor de p. cr. difuză, dar cu predominanță cefalică. Contraindicațiile sînt rare. Cînd modificările pancreatice sînt atît de importante încît fac imposibil ori ce gest asupra pancreasului, desigur nu ne vom hazarda nici în această intervenție. Dar și în aceste cazuri o derivație digestivă și biliară se poate face. Tot astfel, cînd *Wirsungul* este complet obliterat, intervenția nu ar mai avea nici o rațiune.

h) La ora actuală majoritatea autorilor ca *Leger*, *Mercadier*, *Guilemin*, *Salambier*, *Mouchet* se pronunță în favoarea intervențiilor radicale, adică a rezecțiilor.

*Pancreatectomiile stingi dau rezultate excelente* cînd procesul este localizat exclusiv la stînga.

*Duodeno-pancreatectomia cefalică* a fost efectuată pentru prima dată de *Pristley*, în 1944. A urmat apoi în curînd, imediat după al doilea război mondial *Clagett*, *Whipple*, *Child*. În Franța prima observație a fost comunicată de *Forster* în 1959. *Mouchet* și colab. fixează următoarele indicații operatorii: clinic: dureri vii, rebele la antialgice, crize regulate apropiate, cu alterarea rapidă a stării generale, slăbire pronunțată, eventual icter. Radiologic: semnele clasice ale p. cr. Biliografie: stenoză coledociană retropancreatică cu dilatarea căilor biliare supraiacente. Desigur numai o explorare intraoperatorie completă și precisă poate întări decizia operatorie. Nu vom reda tehnica duodenopancreatectomiei cefalice, fiind binecunoscută. Noi avem o experiență apreciabilă cu această metodă în chirurgia cancerului de cap de pancreas, fapt care ne îndreptățește să subliniem unele amănunte tehnice de mare importanță pentru prevenirea complicațiilor imediate:

— după o explorare minuțioasă intraoperatorie, care precizează indicația, încă nu ne vom decide pentru exereză decît după ce ne convingem de operabilitatea

cazului. În stabilirea operabilității ne ajută o maximă decolare duodenopancreatică și un amănunțit control al tuturor organelor interesate în rezecție;

— o hemostază preventivă maximă trebuie realizată prin ligatura preventivă a arterei duodenopancreatice, cât și a arterei pancreaticoduodenale stingi, ramură a mezentericeii, precum și a venelor paralele;

— secționarea de la început a gîtului pancreasului va ușura mult intervenția;

— vena portă se poate leza ușor, dar dacă ne pregătim pentru aceasta, o și putem sutura ușor;

— rezecția odată făcută anastomozele necesare trebuie efectuate cu mare precizie;

— preferăm ansa Y față de ansa omega pentru a evita stomitele și tulburările de tranzit. În cazul cînd folosim ansa omega vom avea grijă de poziția izoperistaltică a acesteia;

— anastomoza pancreatojejunală să fie la mijloc, adică între cea coledocojejunală și cea gastrojejunală. În vederea acestei anastomoze secționăm numai seromusculara jejunului și deschidem mucoasa numai pentru comunicarea cu Wirsungul, printr-un mic tub de plastic introdus în Wirsung și fixat de el cu un fir de catgut ca tub tutore;

— anastomoza gostrajejunală să fie făcută numai într-un strat pentru a nu strimtora lumenul jejunului. Înainte de terminare o sondă de aspirație nazală va fi lăsată pe loc, mai jos de ultima anastomoză.

Clinica noastră nu are încă experiență în exereze aplicate pentru p.c.r. Majoritatea autorilor însă comunică rezultate mai mult ca mulțumitoare. Astfel *Campler* citează 89 % rezultate bune.

Făcînd deci un bilanț al datelor recente din literatură, ne putem permite o apreciere asupra problemelor esențiale chirurgicale ale p.c.r. pe care le rezumăm în următoarele:

P.c.r. nu este o boală frecventă dar dacă apare, pune probleme dificile de terapeutică. Frecvența ei este totuși mai mare decît ar părea căci diagnosticul se pune adesea greu, tardiv. Mai ales noi, chirurgii avem posibilitatea rară să o vedem, căci lumea medicală nu este încă convinsă de aportul pe care îl poate aduce chirurgia în acest domeniu. Acest aport este încă modest în privința unei restituții ad integrum, însă substanțial în a curma suferințele bolnavului și în a-l reda, dacă nu întotdeauna societății, cel puțin familiei.

*Sosit la redacție: 21 iunie 1971.*

## *Intervenții chirurgicale pentru pancreatită cronică*

### **A. Intervenții pe sistemul nervos vegetativ**

#### **1. Pe ganglionii para- și prevertebrali**

##### **Operația**

- simpatectomia toraco-lumbară uni- sau bilaterală
- rezecția ganglionului semilunar al plexului solar

##### **Cimpul de acțiune**

Toată regiunea toracică inf. și org. abdominale

#### **2. Pe nervii preganglionari**

- splanchniectomie uni- sau bilaterală
- vagotomie uni- sau bilaterală

Org. cavității peritoneale  
Org. cavit. peritoneale  
exteptind pelvisul

#### **3. Pe nervii postganglionari**

- neurectomie postganglionară după Yoshioka și Wakabayashi
- neurectomie periarterială a trunchiului hepatic (Mallet-Guy)
- neurectomie marginală (Napalkov)

Asupra capului pancreasului și  
intestinului  
Capul pancreasului

Pancreasul întreg

## B. Operații de drenaj și de derivație a canalului Wirsung

- drenajul extern transpapilar
- drenajul intern
  - a) sfinterectomie (Doubilet și Mulholland)
  - b) forajul transduodenal al Wirsungului (Lortat-Jacob)
  - c) secțiunea și transplantarea Wirsungului (Owens)
  - d) Wirsungo-jejunosomia
    - tehnica Puestow (latero-laterală)
    - tehnica Du Val (termino-laterală)
  - e) chisto-jejunosomie. chisto-duodenostomie. chisto-gastrostomie.

## C. Derivații complexe

- tripla derivație a lui Whipple

## D. Rezecția pancreasului

- rezecția caudală
- duodeno-pancreatectomie cefalică
- rezecția totală de pancreas

## Bibliografie

1. BERINDE L., UDROIU V., BUCȘA N., CALOGERA C.: *Timișoara med.* (1964), 9, 2, 155; 2. BERNIER J. J.: *Rev. du prat.* (1966), 16, 25, 3349; 3. CAMERON J. L., ANDERSON R. P., ZUIDEMAC D.: *Surg. Gynec. Obst.* (1967), august, 328; 4. DEBRAY CH.: HARDOUIN J. P., GOUIN B., BOUILLIER J. M.: *Arch. Mal. Appar. Dig.* (1967), 56, 718, 621; 5. EPFELBAUM R., LENRIOT J. P., BOCCON-GIBAUDL., LEMAIGRE G.: *J. Chir.* (1966), 91, 1, 5; 6. HAFERKAMP O.: *Der Chirurg* (1968), 7, 297; 7. HARDOUIN P. J.: *Rev. du prat.* (1966), 16, 25, 3339; 8. HEPP J.: *Rev. du prat.* (1966), 16, 25, 3319; 9. JOFFE B. J., BANK S., JACKSON W. P. U., KELLER P., O'REILLY I. G.: *Lancet* (1968), 2, 7574, 90; 10. KAYABALI I.: *Lyon. Chir.* (1957), 53, 4, 608; 11. LATASTE J., DOCQUIER J.: *Presse Med.* (1962), 70, 50, 241; 12. LATASTE J., NEVEUX J. Y.: *Presse Med.* (1964), 7, 389; 13. LEGER LUCIEN, LENRIOT J. P., LEMAIGRE C.: *J. Chir.* (1968), 95, 5—6, 599; 14. LEGER LUCIEN, CHICHE P., FOURÉ J., LEMAIGRE C.: *Presse Med.* (1963), 71, 20, 1017; 15. LENNE J., BODIC L., HARDY M., KERNEIS J. P.: *Arch. Mal. Appar. Dig.* (1966), 55, 3, 207; 16. MALLET-GUY P., GIURIA F.: *Lyon Chir.* (1957), 53, 4, 481; 17. MALLET-GUY P., MICHOUILLER J., FEROLDI J., RODRIGUEZZI L., LEROY J.: *Lyon chir.* (1966), 62, 3, 341; 18. MERCADIER M., CLOT J. P., REGENSBERG C. L.: *Ann. Chir.* (1968), 22, 21—22, 1279; 19. MERCADIER M., CLOT J. P., COQUILLAUD J. P.: *Presse Med.* (1968), 76, 26, 1257; 20. MILLARET P.: *Lyon-Chir.* (1957), 53, 1, 107; 21. MONTALDO H. COSCO: *Lyon Chir.* (1957), 53, 5, 674; 22. MOUCHET A., MARQUAND J., GUIVARÉ M., ADLE F.: *Ann. Chir.* (1968), 22, 5—6, 375; 23. MÜHLE N. L.: Teză de doctorat, 1970, I.M.F. Tirgu Mureș: Pancreatita acută și tratamentul antienzimatic; 24. NAPALKOV P. N., TROUNIN M. A., KROUTIKOVA I. E.: *Lyon Chir.* (1967), 63, 6, 801; 25. PETROV B. A., NOVRUZOV F. KH.: *Hirurgia* (1967), 4, 8; 26. PETROVSKY B. V., MILONOV O. B., SOCOLOV V. I.: *Hirurgia* (1969), 3, 3; 27. LE QUINTREC J.: *Rev. du prat.* (1966), 16, 25, 3327; 28. RIBET M., GUERRIN F., FOVET A.: *Arch. Mal. Appar. dig.* (1962), 51, 5, 777; 29. RICK W.: *Der Chirurg* (1968), 7, 301; 30. SALEMBIER Y.: *J. Chir.* (1968), 96, 6, 529; 31. SARLES H.: *Rev. prat.* (1966), 16, 25, 3369; 32. SARLES J. C., PIETRI H., SARLES H.: *Presse Med.* (1965), 73, 50, 2863; 33. SMIRNOV A. B., VOLKOVA L. P.: *Hirurgia* (1964), 4, 21; 34. TRUNIN M. A.: *Vestn. Hir.* (1967), 99, 9, 60; 35. TUTIN M., BOUR H.: *Rev. du prat.* (1966), 16, 25, 3355; 36. VOLKOVA L. P.: *Ves. Hir.* (1965), 95, 10, 57; 37. VOSSCHULTE K., WAGNER E.: *Der Chirurg* (1968), 7, 307; 38. YOSHIOKA H., WAKABAYASI T.: *Lyon Chir.* (1957), 53, 6, 836; 39. JUVARA I., FUIS I., PRISCU AL.: *Chirurgia pancreasului*, Ed. Med. București, 1957; 40. KÜMMERLE F., BECK K., TENNER R.: *Dtsch. med. Wschr.* (1969), 94, 691; 41. SZARVAS F.: *Orv. Hetil.* (1971), 8, 425.