

# CHISTELE PANCREATICE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 19 IULIE 1940

DE  
CORĂCI I. IOAN



\* 4 4 0 0 0 3 6 8 2 \*

Biblioteca UMFST

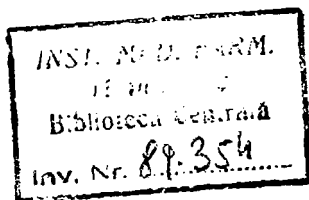
# CHISTELE PANCREATICE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 19 IULIE 1940

DE  
CORACI I. IOAN

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ  
**FACULTATEA DE MEDICINA**

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

**Profesorii :**

Anatomia umană . . . . .	Prof. Dr. PAPILIAN V.
Chimie generală medicală . . . . .	„ „ SECĂREANU ȘT.
Chimie biologică . . . . .	„ „ MANTA I.
Istologie și embriologie . . . . .	„ „ DRĂGOIU I.
Fiziologie și fizică medicală . . . . .	„ „ BENETATO GR.
Anatomia patologică . . . . .	„ „ VASILIU T.
Bacteriologie . . . . .	„ „ BARONI V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	„ „ BOTEZ A. M.
Igienă și medicină preventivă . . . . .	„ „ MOLDOVAN I.
Clinica medicală I . . . . .	„ „ HAȚIEGANU I.
Clinica medicală II (semiologie) . . . . .	„ „ GOIA I.
Clinica chirurgicală (semiologie, med. oper) . . . . .	„ „ POP A.
Clinica chir. și boalele căilor urinare . . . . .	„ „ ȚEPOSU E.
Clinica ginecologică și obstetrică . . . . .	„ „ GRIGORIU C.
Clinica dermatologică și sifiligrafică . . . . .	„ „ TĂTARU C.
Clinica infantilă și puericultură . . . . .	„ „ POPOVICIU GH.
Clinica neurologică și Endocrinologie . . . . .	„ „ MINEA I.
Clinica psihiatrică . . . . .	„ „ URECHIA C.
Clinica oftalmologică . . . . .	„ „ MICHAÏL D.
Clinica balneologică și dietetică . . . . .	„ „ STURZA M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	„ „ BUZOIANU G.
Clinica stomatologică . . . . .	„ „ ALEMAN I.
Medicina legală . . . . .	„ „ KERNBACH M.
Radiologia medicală . . . . .	„ „ NEGRU D.
Istoria medicinei . . . . .	„ „ BOLOGA V.
Farmacologie (supl.) . . . . .	„ „ BARONI V.
Igienă și medicină preventivă (generală) . . . . .	Agr. „ ZOLOG M.
Clinica boalelor contagioase . . . . .	Conf. „ GAVRILĂ I.

**JURIUL DE SUSȚINERE :**

PREȘEDINTE: Prof. Dr. ALEX. POP

MEMBRII :	}	„ „ I. HAȚIEGANU
		„ „ V. BOLOGA
		„ „ GH. POPOVICI
		„ „ GR. BENETATO
SUPLEANT:		Conf. „ TR. POPOVICI

## INTRODUCERE

Patologia pancreasului — și în special a tumorilor sale, cu deosebirea celor chistice — încadrată în patologia generală abdominală, constituie încă și astăzi una dintre preocupările asidui ale clinicienilor, interniști și chirurghi, mai ales în ceea ce privește diagnosticul.

Pancreasul este foarte adesea neglijat în ce privește punctul de atracție al diagnosticului, pe de o parte pentru faptul că este un organ retroperitoneal, pe de altă parte pentru faptul că afecțiunile sale, cu care ne întâlnim mai des în clinică, se manifestă adesea prin simptome din partea ficatului și a căilor sale excretorii, cari ne atrag atenția suferințelor pancreatice. În ce privește însă afecțiunile chistice pancreatice, cari prezintă o independență bine definită anatomică și o simptomatologie clinică oarecum discretă, posibilitățile de diagnostic sunt uneori foarte grele.

În Clinica Chirurgicală din Cluj avem câteva cazuri de chiste pancreatice a căror diagnosticare preoperatorie, la unele din ele dificilă, la altele imposibilă, constituiesc prin tabloul lor clinic anumite particularități, cari pot fi utile și din care motu / fac obiectul tezei de față.

Mulțumesc Domnului Profesor Alexandru Pop, Directorul Clinicei Chirurgicale din Cluj pentru bunavoința cu care mi-a acordat și încredințat acest subiect, punându-mi la dispoziție materialul clinicei de sub conducerea D-Sale.

Încercarea mea de a mă achita în mod conștiincios de această încredințare constituie singura mea țintă.

Mulțumesc deasemenea dlui Dr. C. Gheorghiu asistent al Clinice Chirurgicale, pentru bunavoința ce mi-a dovedit-o, punându-mi la dispoziție cărți din biblioteca personală, sfaturi și experiență proprie.

PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

THE PROLOGUE

## NOȚIUNI GENERALE DE ANATOMIA PANCREASULUI

Pancreasul este o glandă mare digestivă, atașată duodenului, în cavitatea căreia își varsă produsul secrețiunii sale: *sucul pancreatic*.

Este situat în etajul superior abdominal, imediat înaintea colonei lombare, înapoia stomacului, cu capul conturat de potcoava duodenală și cu prelungirea sa caudală în raport cu splina.

Din punct de vedere topografic, mai frecvent, corespunde primelor două vertebre lombare, putând urca la 12-a dorsală, în așa zisele „*pozițiuni înalte*” sau să scoboare până la nivelul celei de a 3-a lombară, în așa zisele „*pozițiuni joase*”. Pozițiunile joase se întâlnesc mai frecvent la femei.

Tot din punct de vedere topografic e important să amintesc că pancreasul, deși e situat de ambele părți ale liniei mediane, această diviziune nu este simetrică  $\frac{2}{3}$  din glandă fiind situată de partea stângă a coloanei vertebrale și numai  $\frac{1}{3}$  de partea dreaptă. Din punct de vedere clinic, acest lucru prezintă mare importanță pentru proiectarea topografică abdominală, a chistelor pancreatice.

În mod general admitem pancreasului 3 porțiuni: un cap fixat în potcoava duodenală, în special de porțiunea 2-a prin bride conjunctive, vase și canalele sale exretoare; corpul pancreasului aplicat pe peretele posterior abdominal, de peritoneu și înslârșit, extremitatea stângă a pancreasului sau coada, legală prin intermediul vaselor splenice de splină. Din punct de vedere clinic, această ultimă porțiune are importanță prin mobilitatea mare pe care o prezintă în raport cu celelalte 2 porțiuni.

## FIZIOPATOLOGIA PANCREASULUI

Pancreasul este într'o strânsă relație funcțională cu ficatul.

Atât pancreasul cât și ficatul, constituiesc glandele anexe ale duodenului. Canalele lor excretoare în porțiunile lor terminale, prezintă un contact intim. Acțiunea lor digestivă se completează una pe cealaltă.

Pancreasul pe lângă faptul că este o glandă digestivă, este deasemenea o glandă cu secrețiune internă. Ca glandă digestive pancreasul, își varsă secrețiunile sale în duoden prin intermediul canalelor Wirsung și Santorini. Ca glandă cu secreție internă pancreasul își varsă produsele sale direct în sânge. Capilarele insulelor lui Langerhans sunt de tipul sinusoid cu un endoteliu discontinuu, cu scopul de a fi adaptate așa cum a arătat în ultima vreme Minot, unui metabolism rapid și activ. Declanșarea secrețiunii exocrine se produce pe cale nervoasă și probabil și pe cale umorală chimică. În mod obișnuit punctul de plecare al reflexului e mucoasa duodenală. Arcul reflex este cât mai scurt posibil și centrii sunt formați din ganglionii intrapancreatici.

Acțiunea secretorie umorală a fost identificată de către Baydiss și Starling. După acești autori conținutul acid al stomacului ajungând în contact cu mucoasa duodenală, produce la nivelul acesteia o substanță care luată de sânge atinge celulele pancreatice și provoacă secreția. Cercetări de tot recente au arătat că aspectul acinilor după stimularea vagului, așa cum a făcut Babkin și după secrețiunea prin secretină, așa cum a încercat Leguesse, este cu totul diferită. Cantitatea de suc secretat variază cu cantitatea și calitatea alimentelor ingerate (Stepp). Hidrații de carbon, provoacă o secrețiune mult mai abundentă decât proteinele (Wohlgemuth).

Sucul pancreatic exercită în acelaș timp o acțiune asupra hidraților de carbon (Bouchardat), asupra grăsimilor (Eberlé), și asupra albuminelor (Kuekhné). În cece privește diastaza, ea nu se găsește numai în suc digestiv dar și în sânge și urină. Diastaza sângelui provine din diastaza digestivă. Lucrul acesta a fost dovedit pe cale experimentală în ultima vreme în sensul că diastaza, își diminuează conținutul după extirparea pancreasului și crește după ligatura canalului Wirsung. Determinarea diastazei în urină, așa cum a arătat Wohlgemuth, permite atunci când este ridicată, să bănuim o leziune pancreatică, fără însă a putea preciza natura intimă a procesului patologic.



Sucul pancreatic care este din canalul Wirsung nu poate digera albuminele. Pentru ca această digestie să aibă loc, el trebuie să fie activat de către o kinază, care transformă profermentul în ferment activ. Această kinază este produsă în mod special de către intestin. Sucul pancreatic însă poate fi totuși activat în afară de kinaza intestinală, de către bilă, leucocitele intestinului, microbi și oarecari coloide. Așa cum a arătat Gley și Camus, pilocarpina poate și ea să realizeze o activare în această direcție.

Ligatura experimentală a canalelor excretoare a pancreasului, determină turburări digestive considerabile. Aproape jumătate din materiile hidrocarbonate și albuminoide ingerate sunt eliminate prin scaune. Grăsimile sunt aproape complet inutilizabile (Abelmann). La examenul microscopic canalele excretoare apar dilatate. Acinii secretori sunt dispăruți și înlocuiți prin țesut de scleroză. În schimb insulele se conserva și par chiar hipertrofiate cel puțin după cum reiese din experiențele lui Laguesse, pe animalele tinere.

La prima vedere, turburări digestive analoage cu cele după ligatura experimentală par a se observa și în cazuri de litiază pancreatică și pancreatită cronică. Semnele de insuficiență datorită sclerozei glandei se traduc prin aceleași modificări ale scaunelor, fiind însă mai puțin accentuate. Examenul funcțiunii exocrine a pancreasului se face prin examenul scaunelor și mai ales prin dozajul diastazei și lipazei din lichidul duodenal, extras prin tubaj după injecția de lapte.

Examenul funcțiunii endocrine se face prin căutarea glucozei în urină și prin dozarea glicemiei.

## CHISTELE PANCREATICE

*Considerațiuni generale.* Multă vreme s'au descris cu nume generic de chiste ale pancreasului, formațiuni diferite din punct de vedere anatomic. Körte are pentru prima dată meritul de a face o distincțiune fundamentală între *chistele adevărate*, a căror perete ca la oricare alt chist este tapisat de un epiteliu, și între *pseudo-chiste*, cari nu sunt decât colecțiuni închistate, juxta-pancreatice, fără a prezenta un perete propriu.

Azi e bine stabilit că *chistele glandulare adevărate*, așa cum a arătat Quenu, sunt foarte rare. Foarte multă vreme găsim, cu deosebire la clasici, o serie de tumori denumite cu numele generic de chiste ale pancreasului, cari în majoritatea cazurilor nu sunt decât pseudo-chiste.

În mod retrospectiv s'a parvenit astăzi, după istoricul clinic al cazurilor, să se stabilească această eronată interpretare între chistele adevărate și cele false, dar trebuie să recunoaștem totuși, că este aproape imposibil să diferențiem un chist glandular adevărat de un pseudo-chist. Simptomatologia acestor două afecțiuni se confundă, iar procesele lor evolutive sunt foarte alăturate,

Dacă din punct de vedere clinic, chistele adevărate și pseudo-chistele pancreasului constituiesc în special prin tabloul lor simptomatologic o greutate de diagnostic, chistele hidatice ale pancreasului se prezintă cu un tablou mai precis, putând îngădui astfel un diagnostic preoperator, cel puțin de presumție, prin cele câteva elemente biologice pe care ni le oferă. Este vorba la aceste din urmă de câteva reacțiuni specifice, la cari adăogând topografia tumorală ne putem ușura într'o oarecare măsură diagnosticul.

Clasificarea chistelor pancreatice, se rezumă deci la :

1. **Pseudochiste** (chistele false ale pancreasului, falsele chiste necrotice).
2. **Chiste adevărate**,  $\left\{ \begin{array}{l} \text{benigne} \\ \text{maligne} \end{array} \right.$
3. **Chiste hidatice.**

## I. PSEUDOCHISTELE

*Patogene.* Pseudochistele, chistele false ale pancreasului sau falsele chiste necrotice, contituesc o entitate patologică bine definită din punct de vedere anatomo-patologic, dar confuză în ce privește simptomatologia lor cu adevăratele chiste pancreatice.

Din toate colecțiunile lichide cu punct de plecare pancreatic, cele mai frecvente sunt falsele chiste necrotice cari se prezintă atât din punct de vedere patogen, cât și din punct de vedere anatomo-clinic ca o sechelă a unei crize de pancreatită acută. Multă vreme se atribuia patologia acestor chiste unei neoformațiuni benigne sau maligne; Quenu a arătat într'o largă măsură, că în patologia acestor chiste trebuie să atribuim un rol preponderent necrozei glandulare.

Acelaș Quenu pentru a documenta cele mai sus scria încă în 1911 în „*Bulletin de la Société de Chirurgie* următoarele :

„Un număr mare de tratate nu recunosc încă decât două grupuri de chiste pancreatice : chistele prin retenție și chistele neoplazice. Este diviziunea pe care o adoptă Villard, în raportul său din 1905. Primele ar avea ca origine obstrucția canalului Wirsung, sub influența diferitelor cauze: calculi ai coledocului sau a Wirsungului, cancer al ampulei sau al pancreasului, pancreatite, etc. In ceea ce privește teoria neoplazică, apărută pentru prima dată în Franța de către Hartmann, la congresul de chirurgie din 1891, ea este acceptată actualmente fără contestare și apropierea chistelor pancreatice cu cisto-epitelioamele ovarului a devenit clasică. Dar, nu trebuie exagerată frecvența lor; Carnot nu ezită de a scrie că în marea majoritate a cazurilor, chistele pancreasului derivă dintr'o proliferațiune epitelială cu alură specială și că patologia lor este aceea a oricărui adenom sau a oricărui epiteliom. Această proporție ne pare desigur exagerată ; ea e contra-

zisă de către fapte. Trebuie să se reacționeze contra exagerării acelor, cari nu văd în chistele pancreatice decât neoplasme chistice“.

Cu deosebire necroza pancreatică cum și pancreatita interstițială asupra căreia a insistat Körte încă în 1898, pot determina degenerescența epiteliului glandular, digestarea sa, transformarea sa chistică. Garré în 1905 revine la Congresul francez de chirurgie asupra acestei patogenii: necroză, infarct al pancreasului cu sau fără infecție ar fi elementele ce s'ar găsi la originea chistelor netraumatice. Ca o mărturie anatomo-patologică avem prezența lambourilor pancreatice necrozate. Pancreatita subacută se poate vindeca spontan, și poate duce la formarea de pseudo-chiste hematice peri sau intrapancreatice. (Lécene).

De aceeași părere este și Délbet.

În 1912 P. Mathieu concludă la raritatea chistelor adevărate (adenoame sau epiteliome chistice) și susține frecvența în raport cu precedentele, a falselor chiste necrotice legate de traumatisme sau de pancreatita hemoragică. Este interesant de a aminti lucrările de laborator ale lui Brocq și Binet cari au putut reproduce experimental la câini, un fals chist necrotic asociat unei pancreatite hemoragice, injectând clorură de calciu în canalul Wirsung. Întrebarea care trebuie pusă însă, este de a pătrunde care sunt cauzele necrozei pancreatice, care este atât de frecvent — dacă nu întotdeauna — la originea falselor chiste? În general problema este încă controversată și este imposibil în starea actuală a cunoștințelor noastre de a invoca o patogenie unică. Ar trebui trecut în revistă întreg capitolul patogeniei pancreatitei acute unde am putea vedea multiplele aspecte etiologice. Litiază biliară nu trebuie considerată ca un factor etiologic totdeauna necesar; într'un mare număr de observațiuni căile biliare au fost găsite sănătoase. Nu trebuie neglijată însă infecțiunea venită pe căile limfatice dela veziculă sau hepato-choledoc sau infecțiunea cu punct de plecare gastric sau duodenal. Pentru documentare amintesc aici faptul că J. C. Bloch și Alivizatos au raportat un caz: bolnavul lor suferise o gastro-entero-stomie pentru un ulcer prepiloric cu 2 ani înaintea aparițiunei unui chist pancreatic; după vindecarea falsului chist prin marsupializare pacientul muri în urma unei hemoragii gastrice. Teza lui V. Guillon conține 2 observațiuni de — pseudo-chiste apărute unul după o apendicită, altul după o intervențiune de ulcer duodenal. Trebuie să atribuim un rol, poate, — important în patogenia necrozelor, turburărilor vasculare

de origină generală sau legate de o afecțiune hepatică sau gastro-intestinală: tromboflebită, arterită, embolii. Sarcina poate juca un rol în geneza falselor chiste: Bêlard amintește cazul unei bolnave, care face prima criză dureroasă în timpul sarcinei.

### Anatomie patologică.

Fie că este vorba de un fals chist traumatic sau necrotic, acestea sunt lipsite de un perete propriu și de un înveliș epitelial. Peretele lor este format din fibrină, din țesut fibros sau de elemente glandulare mai mult sau mai puțin necrozate, și de aderențe peritoneale. Cavitățile conțin un lichid de aspect variabil: sanghinolent sau nu; roșu-gălbui sau negru, câte odată clar și apos.

Putem găsi în acest conținut, unul din fermenții pancreatici, foarte rar toți fermenții. Uneori pungă conține în afară de lichid, și fragmente glandulare de dimensiuni diferite.

*Studiu clinic.* Deoarece oricare ar fi varietatea anatomică a chistului: fals chist necrotic, pseudochist traumatic, chist glandular adevărat, neoplasm chistic, semnele fizice, turburările funcționale și cele generale fiind identice, vom face un studiu clinic complet, după ce vom expune și chistele glandulare adevărate.

În general, în urma mai multor crize abdominale dureroase, însoțite de vărsături, de accidente sincopale alarmante, vedem apărând puțin câte puțin, o tumoră epigastrică, mată și încadrată de sonoritatea stomacului și a colonului. Această tumoră dură, renitentă sau fluctuantă, poate fi ușor sau deloc, dureroasă la palpare. Este vorba în aceste cazuri de false chiste pancreatice, iar crizele dureroase nu sunt colice hepatice cum s'a crezut adesea, ci manifestării coeliace a crizelor de pancreatită.

*Forme clinice.* Un prim grup îl formează acele cazuri unde după debutul unei crize dureroase, apare o tumoră. Guenard încă la 1907 ne dă o frumoasă observație de acest gen. În cazul său însă, era vorba de un revărsat sanghin închistat, de un hematom mai mult, decât de un fals chist.

Un al doilea grup îl formează cazurile în care evoluția accidentelor se face mult mai încet și unde asistăm la evoluția progresivă mai mult sau mai puțin întâr-

ziată a unui fals chist pancreatic, după o criză acută sau subacută de pancreatită.

Insfârșit al 2-lea grup îl formează acele cazuri, la cari pancreatita inițială este atenuată.

Aceste cazuri au fost bine studiate de Pierre Delbet.

Pe 13 cazuri de pseudochiste netraumatice, culese timp de 20 ani de Walzel, în serviciul lui von Eiselsberg se găsesc 2 cazuri de pseudochiste, apărute unul 8 luni după operație pentru pancreatită, iar altul 4 ani după operație pentru pancreatită asociată unei litiaze biliare,

*Prognostic.* În splendida monografie a lui P. Brocq și Miginiac pe cele 19 observațiuni pe cari au reușit să le adune, rezultatele au fost următoarele :

1. Toți bolnavii s'au vindecat operator. Unul din ei a suferit după mai multe luni dela intervenție în urma unei hematemeze datorită unui ulcer gastric.

2. 7 operațiuni din 11, n'au prezentat fistulă pancreatică după marsupializare. 3 din ei au prezentat o fistulă ce s'a închis în interval de 3 luni. Unul din bolnavi a rămas cu fistulă.

3. Un caz operat, după 2 luni dela vindecare a fost reoperat pentru pancreatită cronică dureroasă.

În concluzie, prognosticul chistelor false ale pancreasului este relativ favorabil,

*Diagnostic :* În ce privește diagnosticul avem câteva elemente cari ne îndreptățesc să-l putem face preoperator. Este vorba mai întâi de elementele obținute prin interogatoriu și cari ne dau posibilitatea să eliminăm sechelele traumatismelor, hematoamele sau falsele chiste traumatice. Pe de altă parte trebuie să fim atenți spre a putea identifica în antecedente recente sau vechi, o criză dureroasă de tipul pancreatitei acute sau subacute. Uneori putem identifica faptul că bolnavul a fost deja operat pentru o pancreatită acută sau chist necrotic.

Adăogăm în acelaș timp, diferitele probe de laborator în vederea diagnosticului (sânge, urină, scaune, și într'o oarecare măsură examenul radiografic și radiosopic).

Este necesar întotdeauna pentru identificarea falselor chiste și pentru posibilitatea de a le atribui cu siguranță pancreasului, să examinăm fragmentele necrozate, găsite în pungă și să cercetăm în lichidul lor prezența diferiților fermenți pancreatici: printre aceștia tripsina și lipaza sunt cei mai reprezentativi; amilaza găsindu-se în foarte multe varietăți chistice nu o puteau atribui special, pancreasului.

**Tratament:** Punctele esențiale de tratament constau în incizie, drenaj, marsupializare.

Fiind vorba de false chiste, lipsite de un perete propriu, orice tentativă de extirpare trebuie înălăturată, ea prezentând o serie întreagă de inconveniente. O singură excepție trebuie luată în considerare, atunci când este vorba de un fals chist al cozii pancreasului, oarecum pedicular, și care îndreptățește extirparea în bloc. În ce privește tratamentul vom mai reveni la capitolul chistelor adevărate, el prezentând într'o mare măsură indicațiuni și directive tehnice analoge.



## II. CHISTELE ADEVĂRATE ALE PANCREASULUI

*Considerațiuni generale.* Chistele adevărate ale pancreasului sau chistele glandulare au un caracter fundamental care le deosebește de falsele chiste traumatiche, sau spontane și cari constă, în faptul că posedă un perete propriu.

Ele sunt tumori lichide, benigne și maligne.

Din punct de vedere histologic ele sunt destul de rău cunoscute, rămânând aceleași puncte de obscuritate ca și în patogenia lor.

În raport cu chistele false ale pancreasului, ele sunt mult mai puțin frecvente, deoarece nu trebuie să admitem numai diagnosticul clinic de precizare, ci pentru etichetarea unui adevărat chist al pancreasului, trebuie să avem în considerare mai multe probe de verificare. Vom lua în considerare proba topografică, proba histologică și elementele biochimice de diagnostic.

Majoritatea cazurilor observate până acum în literatură arată că este vorba de adulți. Afecțiunea survine mai rar la copii. În clinica chirurgicală din Cluj, unul din cazuri este constituit de un copil în etate de 7 ani și care, după marsupializare s'a vindecat în condițiuni optime. În literatura existentă până acum, cazurile survenite la copii se dau ca rarități. Din aceste motive, pe lângă cazul clinicei noastre mai citez aici puținele cazuri existente în literatură :

*Auvray* raportează Societății de Chirurgie din Paris observațiunea din 1930 a lui Maurice care a operat un copil. *Chavanaz și Guyot* citează un caz a lui Fellery și Dobson, despre o copilă de 11 luni iar Freidenwald și Culen citează în 1929 cazul unui copil de 12 luni.

*Clasificare.* În ce privește clasificarea chistelor adevărate ale pancreasului, ea se face în raport cu mărimea lor. Din acest punct de vedere, ele se impart în *chiste*



*mici* ale pancreasului, care nu sunt altceva decât simple dilatări localizate ale canalelor excretoare și cari nu prezintă un interes chirurgical, ele fiind în majoritatea cazurilor surprizele autopsiei, și *chiste mari* ale pancreasului, a căror volum variază dela o portocală și până la mărimea unui cap de adult. Chistele mari ale pancreasului pot fi uniloculare și multiloculare sau alveolare.

Tumorile polichistice cari nu prezintă decât un slab interes chirurgical, sunt constituite din chiste multiple, chiste mici, minuscule și chiar microscopice, cari uneori sunt așa de numeroase încât au făcut pe Thiroloix și du Pasquier cu drept cuvânt să le descrie sub numele de *maladiă chistică a pancreasului*; extirparea lor e imposibilă,

*Localizare.* Chistele mari ale pancreasului se dezvoltă cu predilecție în porțiunea caudală a glandei, uneori în corp și foarte rar în capul glandei. Deja statistica lui Kôrte arată aceași localizare :

Chiste ale cozii pancreasului	21 cazuri
„ „ corpului pancreasului	6 „
„ „ capului pancreasului	4 „
„ „ capului și corpului pancreasului	2 „

Din cele 4 cazuri ale clinicei noastre, 3 au avut localizare caudală. Această localizare mai frecventă la nivelul cozii pancreasului ne explică lipsa fenomenelor clinice asociate din partea canalelor biliare (icter) și mobilitatea accentuată a tumorii, care într'o mare măsură îngreuiază diagnosticul, clinicienii fiind obișnuși ca tumorile acestui organ retroperitoneal să se prezinte cu oarecare fixitate.

Ca sediu topografic, prin dezvoltarea sa, tumora vine să se exteriorizeze sau sub micul epiplon formând așa zisele chiste superioare, sau între stomac și colon, formând chistele mijlocii și cele mai frecvente, sau sub mezocolon așa zisele chiste inferioare.

*Aspect.* Aceste chiste sunt în regulă generală rotunde, netede și foarte rar boselate. Suprafața lor este în majoritatea cazurilor brăzdată de vine groase. De regulă sunt solitare. Neglijate, cu timpul încep să prezinte aderențe cu organele, mezourile și ligamentele peritoneale vecine. Uneori pe fața lor internă se pot găsi vegetațiuni pe care Delageniere le consideră ca un semn de malignitate. Conținutul lor e format de un lichid brun, ciocolatiu sau gălbui; clar sau tulbure, uneori floconos. Cantitatea acestui lichid variază între 500 gr. și 20 litri. Uneori acest lichid conține în suspensie celule epiteliale, ce pot prezenta în unele cazuri caractere degenerative.

Analiza chimică a lichidului pune în evidență mucină, albumină, cloruri, fosfați, cholesterină, zahăr, uree, calculi, fermenți pancreatici.

*Structura histologică a peretului.* Această structură dă naștere la discuțiuni și interpretări din cele mai divergente.

Chabrol descrie *chistele prin retenție* cu un epiteliu cubic asemănător canalelor excretoare și *chiste glandulare* sau cisto-adenome cu epiteliu cilindric. În ce privește chistele prin retenție pentru unii autori ar fi in-doelnice.

Oberling și Guérin, descriu chiste adevărate sub numele de chiste ale pancreasului exocrin în opoziție cu o a doua formă; adenomele pancreasului endocrin, adică a insulelor lui Langerhans. Ultimele din punct de vedere clinic nu prezintă interes din cauza dimensiunilor microscopice. Ele constituiesc curiozități histologice.

*Patogenie:* În evoluția patogenică a chistelor pancreasului s'au perindat o serie întreagă de presupuneri. Majoritatea acestor presupuneri nu aveau nici o bază histo-patologică. În marea majoritate a cazurilor se atribuia producerea acestor chiste obstrucției canalelor lui Wirsung sau ramurilor sale prin calculi, retracțiuni cicatriciale, sau cudurii rezultate în urma deplasării organului. — Hartmann la Conferința de Chirurgie din 1892, analizează toate aceste teorii și caută să facă puțină lumină. — Până la el autorii se sprijineau pe așa zisa retrodilatare a canalului lui Wirsung, căreia Hartmann nu-i atribuie nici o asemănare cu chistele pancreatice. Tot Hartmann accentuează că la nivelul pancreasului, a mamelei și a glandei salivare, teoria chistelor prin retenție nu poate fi luată în considerare neprezentând nici un temei histo-patologic serios.

În 1911 Quénu afirmă că majoritatea chistelor pancreatice sunt chiste false lipsite de un epiteliu și se datoresc acumulării de sânge sau sucului pancreatic într-o cavitate necrotică, lucru care se verifică pe cale histologică. — În ce privește patogenia chistelor adevărate, este dificil de interpretat. Pentru unii ele ar fi de origină congenitală, pentru alții ar fi neoplasme chistice benigne. (Cisto-adenome), iar după alții neoplasme chistice maligne. Unii autori contestă însă cu desăvârșire o existență a chistelor adevărate ale pancreasului.

## STUDIUL CLINIC.

Diagnosticul clinic este imposibil de făcut înainte de a avea apariția unei tumori care să poată fi percepută prin palpare, S'au semnalat înainte de apariția semnelor fizice o serie de simptome cum ar fi, durerile epigastrice, descrise de Friedreich, sub denumirea de nevralgii coeliace, diarei, colorațiuni ale pielii asemănătoare maladiei lui Addison ; toate acestea însă împreună cu slăbirea progresivă ce o pot prezenta acești bolnavi, nu constituiesc semne patognomonice și foarte rar ne pot pune pe calea diagnosticului. Problema diagnosticului chistelor pancreatice nu se poate pune decât odată cu apariția tumorii.

*Debut.* În vreme ce falsele chiste traumatice sau necrotice au un debut mai mult sau mai puțin brusc cu o evoluție intreruptă de puseuri acute sau subacute, chistele adevărate au din contră un debut insidios, cu mers lent și progresiv. Unul din semnele cărui i s'a dat o mare importanță a fost mobilitatea excesivă pe care o prezintă aceste chiste adevărate. În cursul evoluției chistului această mobilitate poate diminua din ce în ce mai mult, datorită desvoltării prea mari pe care o ia chistul și a contractării aderențelor cu organele vecine,

*Semne fizice.* Din punct de vedere semiologic nu există nici o deosebire între chistele false și cele adevărate.

Cele mai dese ori chistele apar la inspecția abdomenului sub forma unei proemineuțe rotunde, în mare majoritatea cazurilor supraombilical. și ceva mai la stânga liniei mediane. Volumul acestor chiste este variabil de cele mai multe ori însă chistele apar de un volum considerabil. Tumora se prezintă la palpație netedă, mată, de consistență fermă sau elastică putând fi mobilizată lateral cu mâna sau de sus fermă sau elastică putând fi mobilizată lateral cu mâna sau de sus în jos în timpul respirației. — Mobilitatea poate fi uneori inexistentă mai ales pentru chistele localizate în corpul pancreasului. Pentru cele localizate în coadă Harimann descrie așa zisul fenomen de balotare.

Percuția poate furniza și ea noțiuni importante pentru diagnostic : atunci când tumora nu prezintă un volum prea desvoltat, rămânând însă înapoia stomacului și a colonului, adică neprezentând încă un contact intim cu peretele anterior abdominal vom obține fie o sonoritate, fie o submatitate. Această submatitate va dispărea complet încercând să facem distensia stomacului fie prin insuflare di-

rectă, cu aer, fie prin metoda lui Minkowsky și Naunyn se dă bolnavului în soluție 3 gr. acid tartric și apoi 3 gr. bicarbonat de natriu). Atunci când chistul a luat o dezvoltare mai voluminoasă, comprimând stomacul și luând contact cu peretele abdominal anterior, obținem o matitate destul de însemnată.

*Semne funcționale.* Intre semnele generale slăbirea progresivă o adevărată cașexie pancreatică, este constantă. Această slăbire este rapidă și intensă. Uneori se poate remarca și o colorație e pielii ca aceea din maladia lui Addison.

*Evoluție, complicațiuni.* În general evoluția e lentă. Adesea e necesar o perioadă lungă până când bolnavii cer ajutor medical. În cazul observat de Desplas și Philardeau au fost necesari 23 ani, în unul din cazurile noastre 17 ani. În cursul evoluției se institue uneori diabetul, care agravează prognosticul și accelerează dezvoltarea tumorii, chiar atunci când ea nu este malignă.

Deseori chistele se pot rupe chiar în afară oricărori traumatism pot; apărea apoi hemoragii intrachistice, supurațiuni ale chistului sau fenomene de ocluzie intestinală. Amintim apoi generalizările chistelor maligne.

*Diagnostic.* Diagnosticul chistelor pancreatice este în general dificil. Din aceste motive vom încerca să schițăm care trebuie să fie conduită în examinările acestor chiste pentru ca să poată fi pus cel puțin un diagnostic de prezumție. În primul rând va trebui să situăm anatomiceste tumora în mica cavitate peritoneală. Acest lucru îl vom preciza prtn insuflarea stomacului și colonului și prin examenul radiologic.

Verificarea diagnosticului clinic pe cale operatorie va fi complectat întotdeauna de un examen histologic al piesei sau porțiunei de piesă, pentru că numai în felul acesta putem preciza că chistul a ținut întradevăr de pancreas.

Dintre examenele de laborator Mirizzi, pretinde că reacția lui Wohlgemuth ar fi în majoritatea cazurilor pozitivă.

În ce privește varietatea chistului este foarte greu de stabilit preoperatoriu. Uneori întâmpinăm aceste greutăți chiar și în diagnosticul operator.

*Diagnostic diferențiar.* Il putem face cu:

A) *Tumorile și chistul hidatic al splinei.* Acestea sunt situate ceva mai la stânga, împinse sub rebordul costal stâng, iar insuflația stomacului nu schimbă tonalitatea percuției.

B) *Chistul hidatic al lobului stâng hepatic* prezintă

o zonă de matitate neîntreruptă dela tumoră la ficat, în afară de cele pediculate.

C) *Chistul renal și hidronefroza* au localizare net lombară și pot fi palpate în aceasta regiune.

D) *Chistele mezenterului* suut în general excesiv de mobile și prezintă aproape totdeauna o zonă de sonoritate.

*Tratament.* Operațiunea ideală și radicală o constituie extirparea. În general pentru chistele pancreatice nu putem vorbi de extirpare decât pentru acelea cu localizare caudală, ce se pretează din punct de vedere tehnic la o exereză. Atunci când aceasta operație radicală nu poate fi aplicată recurgem la marsupializare și drenaj,

Amintim aici că puncția exploratoare este interzisă.

Operațiunea clasică de marsupializare inaugurată de Gussenbauer, prezintă inconvenientul de a expune unele cazuri la fistule. Deși această operație se practică astăzi pe o scară foarte întinsă, sunt autori care o neglijează și cari încearcă un tratament al acestor chiste printr'o serie de alte mijloace, cum ar fi: aspirația permanentă, atropina, regimul anti-diabetic, dar cari s'au arătat inactive. S'au încercat apoi diferite anostomoze ale pungei chistice cu organele cavitare vecine: anastomoza chistului cu stomacul (Jedlic), cu duodenul (Kirchner), cu vezicula biliară (Walzel), cu intestinul subțire (Ombredanne), cu scopul de a se produce în felul acesta o eliminare a lor.

### III. CHISTELE HIDATICE ALE PANCREASULUI.

Chistele hidatice ale pancreasului sunt de o extremă raritate. Acest lucru ni l putem explica prin posibilitățile reduse de inoculare, pe care le are pancreasul în urma reținerii agentului patogen specific, de filtrul hepatic și pulmonar.

În clinica noastră nu am avut nici un caz.

La Congresul chirurgiei franceze din 1905 abia s'au putut refera 4 cazuri, iar în 1926 Kostic din Belgrad abia a putut aduna 26 observații dintre care numai una personală. Numărul total al cazurilor în 1934 era de 29.

În ce privește simptomatologia clinică și posibilitățile de diagnostic în urma examinărilor fizice, ele sunt aceleași ca pentru celelalte chiste ale pancreasului. Adăugăm aici examinările de laborator, ca : reacția Weinberg-Pârnu, Cassoni și eozinofilia.

Pe de altă parte în evoluția chistiului hidatic nu găsim în antecedentele sale contuzia abdominală sau crize dureroase.

Complicațiile la cari poate de naștere sunt cele ale echinococzei.

Tratamentul se confundă cu a celorlalte chiste; va fi întotdeauna când nu este posibilă enuclearea sau extirparea : marsupializare în 2 timp și dregnajul pungii.

## CAZUISTICA CLINICĂ

În Clinica Chirurgicală din Cluj s'au operat 4 cazuri de chiste ale pancreasului dintre cari n'au putut fi urmărite decât 3 cari se prezintă după cum urmează:

Cazul 1. — Copilul O. E. în etate de 7 ani care se prezintă clinicei la 19 Oct. 1938.

Antec. heredo-colaterale și persoanele fără importanță.

În urma unui traumatism suferit în regiunea hipocondrului stâng apare o tumefacțiune care în decurs de 3 luni ajunge la mărimea unui cap de făt.

Țumora nesensibilă la palpare este situată în etajul abdominal superior întinzându-se cu ceva la dreapta liniei mediane și până sub rebordul costal stâng.

La ex. radiologic se constată o umbră sferică ce cuprinde regiunea epigastrică și a hipocondrului stâng. Umbra nu ține de stomac, nici de colon.

Se bănuiește a fi un chist hidatic al splinei.

Reacția Wassermann negativă.

Se pune diagnosticul preoperator de chist hidatic al splinei.

La intervenție — 20. X. 1938. Operator Dl. Prof. Dr. Pop Al., ajutori-Şef. Dr. Borza și Asist. Dr. Gheorghiu — prin laparotomie paramediană stângă se constată o formațiune tumorală retroperitoneală care împinge stomacul înainte. Fața posterioară a stomacului este aderentă de perețele chistului, izolându-se cu greutate. Se puncționează tumora și se extrage un lichid sero-sanghinolent. Se marsupializează și se drenează.

La 13. XI. 1938, bolnavul părăsește clinica vindecat.

Este vorba după cum vedem de un chist traumatic al pancreasului.

Cazul 2. — Este vorba de un bătrân N. I. de 67 ani care intră în clinică la 1 Iunie 1940.

Bolnavul prezintă de aproximativ 6 luni fenomene dispeptice, înaperență, grețuri și dureri periombilicale și epigastrice fără orariu fix și neritmuate de alimentație. În acest interval a slăbit mult în greutate.

Diagnosticul preoperator este de cancer gastric.

La intervenție 5. VI. 1940 — operator fiind Dl. Asist. Dr. Spataru și ajut. Dr. Mircioiu se găsește un chist al capului pancreasului dezvoltat foarte verosimil pe un pancreas suferind (pancreatită?).

Cazul 3. — Este vorba de o bolnavă S. E. în etate de 42 ani care intră în clinică la 13. VI. 1940 pentru o tumoră care prinde aproape întreg abdomenul, mai ales hemiabdomenul stâng, tumora fiind rotundă, renitentă și prezentând o mobilitate destul de accentuată.

La pasajul gastro-intestinal, tumora nu poate fi localizată de nici un organ din tractul gastro-intestinal.

La intervenția, 15. VI. 1940, operator fiind Dl. Asist. Dr. Gheorghiu și ajutor Dr. Gavrilă se constată un chist enorm al cozii pancreasului de mărimea aproximativ cu cu ceva mai mare decât un cap de adult, cu aderențe intime cu colonul descendent, mezenterul și stomacul.

După degajarea acestor aderențe, ce se face cu oarecare greutate se face extirparea tumorei, drenându-se loja pancreatică.

În interiorul chistului se găsesc stăceluri de pancreas.

Bolnava se găsește în clinică pe cale de a părăsi serviciul.

*Concluziuni.* Din aceste trei cazuri expuse cari deși nu prezintă examenele de laborator, pre și post operatorii complete, totuși putem afirma că este vorba de 2 chiste pancreatice false: unul traumatic, celălalt foarte verosimil dezvoltat pe un teren de pancreatită cronică, iar ultimul caz de un chist pancreatic adevărat.

Toate 3 cazurile s'au prezentat cu evoluție fericită vindecându-se fără fistulă sau alte complicațiuni demne de remarcat.



## CONCLUZII

1. In patologia abdominală, chistele pancreatice în raport cu celelalte chiste prezintă un procent destul de redus.

2. Faptele clinice în ce privește debutul și evoluția lor, ne fac să distingem între chistele pancreatice — în afară de cele parazitare — două varietăți: chiste false și chiste adevărate.

3. Chistele false pot fi traumatice sau necrotice,

4. Chistele adevărate sunt cele glandulare, benigne sau maligne.

5. Simptomatologia tuturor chistelor pancreatice, cuprinse fiind aici și cele parazitare, este comună, și nu poate fi diferențiată ca patognomonică pentru fiecare varietate de chist în parte.

6. Complicațiunile la care sunt expuse chistele pancreatice, nu sunt dintre cele mai nefericite, în majoritate, cazurile, ajungând pe masa de operație.

7. Tratamentul ideal îl constituie extirparea, care nu este însă posibilă decât pentru chistele caudale, unde nu s'au instituit aderențe prea mari cari să împiedece tehnica acestei cure radicale.

8. Metoda încetățenită pentru celelalte cazuri — este marsupializarea și drenajul. Diferitele încercări de anastomoze ale chistului cu organele cavitate vecine sunt încă în curs de experimentare.

9. Prognosticul chistelor pancreatice în afara celor de natură malignă este relativ bun.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Fac. de Medicină  
ss. **Prof. Dr. I. Drăgoiu**

Președintele tezei:  
ss. **Prof. Dr. Alex. Pop**

## BIBLIOGRAFIE.

- L. Testut : Traité d'Anatomie humaine.  
Ch. Lenormand : Diagnostic chirurgical.  
E. E. Lauwers : Introduction à la chirurgie digestive.  
Kochard et Stern : Traité de diagnostic chirurgical.  
P. Bégouin, Duval, etc. : Précis de Pathologie chirurgicale.  
P. Brocq și Miginiac : Chirurgie du Pancréas.  
Hațiegan—Goia : Tratat elementar de semiologie și patologie medicală.  
L. Ombredanne : Précis clinique et opératoire de chirurgie infantele.  
Titu Vasiliu : Manual de Anatomie patologică Clinică.  
E. Forgue : Précis de pathologie externe.  
Guibé—Quenn : Chirurgie de l'Abdomen.  
F. Lejars : Chirurgie d'urgence.  
F. Lejars : Exploration clinique et diagnostic chirurgical.  
E. Hédon : Précis de Physiologie.