

ARTIC. LOS ORIGINALES

# Cuadros dolorosos de epigastrio e hipocondrio izquierdo

## Su tratamiento por denervación o resecciones pancreáticas

Dres. Alberto Valls y Carlos Sarroca

Los autores exponen el problema de los cuadros dolorosos crónicos, de epigastrio, no imputables a lesiones de las vías biliares ni del gastroduodeno, que no responden al tratamiento médico. En la exploración quirúrgica se recalca la necesidad de investigar la retrocavidad de los epiplones debido a la frecuencia de lesiones pancreáticas.

La solución quirúrgica consiste fundamentalmente en las resecciones pancreáticas y en las operaciones de denervación pancreática, como la neurotomía periférica de Napalkov.

*Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS:* Abdomen Acute / Pain Etiology.

En los cuadros dolorosos de epigastrio e hipocondrio izquierdo se presentan solos o asociados a la patología hepatobiliar. Muchos pacientes han sido operados en forma reiterada por esta causa. Representan un serio problema, que desafía al cirujano, hallando patología pancreática (neoplasmas de cuerpo y cola, pancreatitis crónicas, tumores benignos, poliquistosis de cuerpo o cola de páncreas, que presentamos), la vascular del tronco celiaco y sus ramas, por compresión extrínseca (síndrome de Dumbor, relatado por Praderi [13]); de sus ramas, la hepática y la esplénica (aneurismas y dilatación difusa arterioesclerótica pulsátil muy dolorosas) y las lesiones aórticas.

Roux y Binet (14) dicen "cuando se practica la laparotomía exploradora por un síndrome doloroso de los cuadrantes superiores del abdomen, cuya razón no aparece a nivel del estómago, del duodeno ni de las vías biliares, es preciso no contentarse con una exploración rápida y superficial de la cabeza del páncreas, sino que se deberá siempre practicar el decolamiento coloepiploico, para una exploración cuidadosa de la retrocavidad, del cuerpo y la cola del páncreas, de la aorta abdomi-

*Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Luis Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Montevideo.*

nal y de los vasos que parten de ella, la esplénica en particular".

En la experiencia que hemos acumulado surgen los procesos pancreáticos con preponderancia y después las lesiones vasculares arteriales, tronco celiaco, hepática y esplénica, pudiendo coexistir con lesiones pancreáticas.

Como dice Bolívar Delgado (4, 5): "fuera de las indicaciones precisas de tratamiento quirúrgico en las pancreatitis crónicas (ictericia, hipertensión portal y falsos quistes) la primera indicación relativa es el dolor. El dolor es tan importante y tenaz, exacerbado por las ingestas, lleva a la desnutrición, trastornos psíquicos importantes y a veces a la toxicomanía y al suicidio".

Se comprende que la sintomatología dolorosa sea tan importante por ser esta zona anatómica la zona de concentración del plexo solar, por la riqueza de inervación perivascular a partir de aquel del tronco celiaco, la arteria hepática y la esplénica y por la rica inervación del páncreas, colocado delante y debajo del citado plexo. Se hace necesario para los conocimientos quirúrgicos recordar algunos datos del plexo solar y de la inervación del páncreas.

El plexo solar está formado por los nervios espláncnicos mayores de ambos lados; cada uno procede del 7º, 8º y 9º ganglios simpáticos dorsales. El espláncnico menor, del 10º y 11º ganglios y el espláncnico diafragmático, del 12º ganglio dorsal.

Sobre todo los espláncnicos mayor y menor se echan en la extremidad externa del ganglio semilunar derecho, a veces fragmentado, que recibe la rama de bifurcación derecha del vago posterior, que sigue a contracorriente la arteria coronaria estomáquica, desde el esófago al tronco celiaco, formándose así el asa memorable de Wrisberg. A izquierda ocurre lo mismo con los espláncnicos mayor y menor, ganglio semilunar y rama izquierda del vago posterior, formando el asa homóloga de Laiguel Lavastine.

Las fibras sensitivas toman la vía de los espláncnicos, correspondiendo a la cabeza del páncreas el espláncnico derecho y cuerpo y cola

Prado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 7 de junio de 1978.

Pro r Agregado de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

Dirección: Br. España Nº 2831, Montevideo (Dr. A. Valls).

del páncreas al esplácnico izquierdo. Los detalles anatómicos se pueden ver en la foto (1) de una disección personal. El esplácnico derecho queda retrocava (Fig. 2) cubierto por la suprarrenal, al salir al abdomen entre los pilares principal y accesorio del diafragma.

El esplácnico izquierdo está en el área entre pilar accesorio adentro y suprarrenal, afuera, por encima del páncreas. Ahí se puede infiltrar, en el acto operatorio, con anestésicos y alcohol, o la fenolización, que practicó Copping (3) en los neoplasmas irresecables, con



FIG. 1.—Disección cadavérica: Anatomía de los esplácnicos.

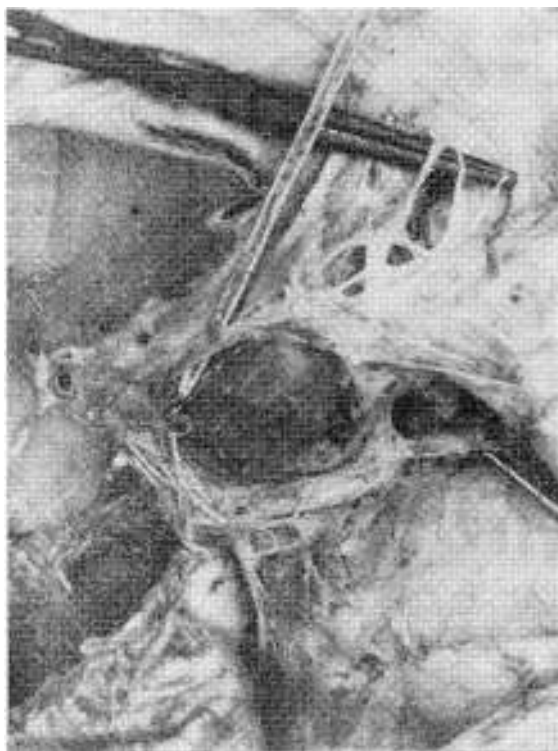


FIG. 2.—Disección anatómica: Disfunción del esplácnico derecho.

buenos resultados. Se pueden resecar los esplácnicos por vía torácica o abdominal.

Mallet Guy y cols. (8, 9) comunicaron buenos resultados en la pancreatitis crónica, atribuyéndole un papel fisiopatológico curador, procediendo con la esplenicectomía izquierda, realizando a veces la lunarectomía izquierda.

Murat (10) hizo el abordaje lumbar del esplácnico izquierdo.

Las fibras nerviosas, procedentes de los esplácnicos, el vago y los ganglios semilunares toman el camino de los vasos ramas del tronco celiaco, arteria esplénica, hepática y gastroduodenal, yendo sus filetes sobre todo por el borde superior del páncreas y en el ángulo duodenopancreático que recibe a la arteria gastroduodenal.

Yashioka y Wakabayashi (7, 8) describen numerosos filetes que parten juntos, como una lámina, del borde inferior del ganglio semilunar derecho, que hemos podido demostrar en una disección cuya foto mostramos (Fig. 2). Esa lámina está colocada a la derecha del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior. Los autores la abordan por la manobra de decolamiento de Kocher - Vautrin, en la arista profunda de este decolamiento, ligándola y seccionándola en forma progresiva, por los pequeños vasos acompañantes, paso a paso, por las vecindades peligrosas. A esta técnica la llaman neurotomía postganglionar. Han comunicado buenos resultados en las pancreatitis crónicas. Sadlinski y Podwinski (15) comunican buenos resultados entre 1 y 6 años después de la operación. Tiene el inconveniente de que deja paralizado al duodeno.

Los mejores resultados se obtienen por resección de los plexos periarteriales de las arterias esplénica, hepática y gastroduodenal, *neurotomía* marginal de Napalkov (11) que presenta más de 200 casos con buen resultado.

Se puede hacer parcial, dependiendo de la topografía de la zona dolorosa. Nosotros usamos una variante de esta técnica, liberando el borde superior del páncreas de todos los filetes que provenían de la arteria hepática, por ligadura y sección de los pedículos (como en la vagotomía supraselectiva) y resección de la arteria esplénica junto con la esplenectomía. Estas técnicas están muy bien expuestas en el trabajo de Arianoff (1).

Este tipo de cirugía, de denervación, lo realizamos en las lesiones de pancreatitis crónica fibrosa, difusa o circunscrita a cuerpo y cola, sin dilatación canalicular, se puede usar en los neoplasmas de páncreas irresecables; en casos graves sólo hacemos desconexión anestésica (Copping [3]).

Cuando se encuentran lesiones circunscritas de cuerpo y cola, de pancreatitis crónica hacemos la resección corporocaudal. Tenemos dos pacientes: una con una pancreatitis crónica y otra con una poliquistosis, que curaron de sus dolores con este tratamiento. Es de destacar la dolorosidad de las lesiones de esta topografía, aún sin salir del ambiente de la cápsula pancreática (caso de poliquistosis), que llevó a Champeau (4) a hacer estas resecciones distales en lesiones de pancreatitis que des-

bordaban aún a la cabeza del páncreas. Frei cols. 7) en el libro de Carey y este mismo autor (2) han realizado resecciones más extensas, llegando el primero a las pancreatectomías casi totales, 95 %.

White (15) se opone a las resecciones amplias porque agravan la insuficiencia pancreática en estos pacientes. Champeau y Mercatier (4) en una discusión presentada por aquél y donde intervino también Leger, dicen: "que en el estado actual de nuestros conocimientos, deben realizarse, siempre que sean posibles, resecciones pancreáticas". Nosotros presentamos lo con buen resultado.

White (15) dice que cuando hay ectasia canalicular, con la cadena de lagos descrita por Puestow realiza la pancreatoyeyunostomía lateral, sobre asa en Y de Roux, para no tener que movilizar al páncreas, como en la técnica de Puestow, ni resecar un segmento como en el Duval. El está conforme con sus resultados aunque nos preocupa la cantidad de fístulas pancreáticas postoperatorias, aunque se acaben curando. No hemos realizado esta técnica todavía.

White y Keith (15) tienen en 50 pacientes 15 complicaciones postoperatorias significativas, de ellas 10 fístulas (20 %) algunos abscesos y un cuadro suboclusivo.

## MATERIAL

Nº 1. — Paciente varón, de 56 años, al que se comprobó un neoplasma de cuerpo de páncreas, operado en nov. de 1972 por sus dolores, que demostró irreseccable y se le hizo la infiltración, a través de la retrocavidad de los epilones, del esplácnico mas izquierdo por encima del páncreas, a la izquierda del pilar accesorio del diafragma, con novocaína y alcohol, calmando sus dolores, dándose de alta a los 10 días.

Nº 2. — G. B. S. varón, edad 51 años. H. de C. 330.246. Ingresó el 18/XI/73. Alta el 18/II/74. Motivo de ingreso: dolor en hipocondrio izquierdo y epigastrio. Enfermedad actual: comienza 12 horas antes del ingreso con dolor en puntada, en hipocondrio izquierdo y epigastrio, intenso, irradiado a dorso e hipocondrio derecho, que calmó luego de 24 horas de tratamiento médico. Se acompañó de vómitos de alimentos y luego biliosos. No distensión abdominal, no ictericia. Adelgazamiento de 5 kgs. en el último mes.

Desde febrero de 1972 dolor de epigastrio postprandial, a los 20' de las ingestas, que calman poco a poco. No es alcoholista, resto s/p.

Examen: lúcido, apirético. Estado general conservado. Abdomen: dolor a la palpación de H.I. y epigastrio. No se palpan tumores. Traube s/p. Fue estudiado con gastroduodeno, biligrafina y arteriografía, encontrando lesión. Fue dado de alta y pasa 2 meses bien, reingresando con nuevo cuadro doloroso. Los exámenes muestran una anemia, hematócrito de 32 % Hb. 70 %, amilasemia 16 U.W. y amilasuria de 32 U.W. Exploración funcional gástrica, anaclohidria. Se opera el 4/II/74. Anestesia general. Dr. Perdomo, Dr. Morrelli, Dra. Domínguez. Incisión mediana supraumbilical. Tumoración de cola de páncreas, ovoidea, de eje

transversal de 7 cms. y vertical de 3 cms., consistencia dura, fácilmente decolable de los órganos vecinos. Resto del páncreas granujiento, algo nodular. Bazo, hígado y gastroduodeno s/p.

Se incide el epiplón gastrocólico, se reclina el bazo y decola la cola del páncreas ligando el pedículo esplénico. Esplenopancreatometomía seccionando páncreas en zona sana. Se individualiza el Wirsung y cateteriza; presión -7 cms. de agua. Cierre con puntos de lino, dejando un tubo que sale por H.D., mientras el tubo de polietileno del Wirsung sale por H.I.

Anatomía patológica. — R. 330.246. 5/I/74 (Dr. De Stefani). Pieza de resección que comprende cola de páncreas y bazo con un peso de 180 grs. A nivel de la cola tumor blanquecino, de 3 cms. Bazo de 4 x 7 al corte s/p.

Microscopía: a nivel de los fragmentos estudiados se observa una intensa proliferación de tejido conjuntivo fibroso que distorsiona y comprime el páncreas exócrino. A nivel del páncreas endócrino existe una hiperplasia de los islotes de Langerhans. Ganglios s/p. En suma, pancreatitis crónica.

Evolución: se reoperó el 7/1 por un hematoma. Evolución febril, se reopera el 19/I/74, evacuándose un absceso retrogástrico, de origen pancreático. Después evoluciona bien. Alta el 18/II/74. Reingresó al año por una neumopatía aguda, pasó sin ningún dolor. Está bien actualmente.

Nº 3. — E. M. de P. M., mujer, 63 años. R. H. de C. 194.699. Ingreso 10/IX/73. Alta 8/XI/73. Comienza 25 días antes del ingreso con dolor en epigastrio, tipo puntada, con irradiación a dorso, continua, de aparición brusca. Al principio duraba 2 a 3 días y calmaba con vómitos espontáneos o provocados por la paciente. Desde hace 10 días el dolor se hizo constante. Llegó a intensificarse en el mismo día en 2 oportunidades. Se acompañó de chuchos de frío y sudoración. No hematemesis, melena ni ictericia. Tránsito digestivo. Desde la aparición del dolor aceleración del tránsito sin diarrea. Antecedentes personales. Hace 4 años, episodio ulceroso diagnosticado por Rayos X, tratada y curada. Diabética tratada con régimen desde hace 10 años y con hipoglucemiantes, tratamiento que sigue en forma estricta. Disnea de esfuerzo, episodios de disnea paroxística. Edema de miembros inferiores. En 2 oportunidades internada con insuficiencia cardíaca. No hipertensa. Colecistectomizada en 1956 por el Dr. Chifflet. Menarca 12 años. 5 embarazos s/p. Antecedentes familiares s/p.

Examen: lúcido, buen estado general, piel y mucosas bien coloreadas; prótesis dentaria, lengua saburral y húmeda. Cuello y tórax s/p. Pulso 100 tonos bien golpeados. Abdomen globuloso, se moviliza bien. Cicatriz de transversa de H.D. y epigastrio. Hígado 2 dedos del reborde. Dolor a la palpación profunda del epigastrio (no la superficial) F.L. s/p. Amilasemia 32 U.W. 9/IX. Quimismo gástrico-respuesta secretoria muy disminuida posthistamina. 24/IX. Angiografía abdominal panorámica por cateterismo percutáneo de femoral izquierda, con catéter de Oddnan hasta L.I. Tronco celíaco y mesentérica superior de caracteres normales. Aorta subrenal con severas lesiones de ateromatosis. Las arterias renales aparecen adelgazadas de calibre, pero de forma regular. No se observa neovascularización tumoral ni desplazamientos arteriales. Esplenoportograma de retorno de caracteres normales. Dr. Pereira.

1ª placa de esofagoduodeno, 11/IX. Imagen sospechosa en pequeña curva alta. El 19/IX la placa es completamente normal. Tórax s/p.

Operación: 26/X/73. Dr. Valls, Dr. Melognio, Dr. Perdomo, Pte. Luchinski. Mediana supraumbilical. Exploración. Múltiples adherencias subhepáticas de colon y duodeno que se liberan parcialmente. Se explora la retrocavidad de los epiplones mediante sección del ligamento gastrocólico, comprobándose una tumoración de unos 6 cms. redondeada, multinodular, a diferente consistencia, topografiada en la cola del páncreas. Bazo s/p, hígado s/p, estómago s/p.

Procedimiento: esplenectomía con pancreatectomía caudal. Puntos separados en la zona de sección del páncreas. Drenaje de la sección pancreática. Cierre por planos con lino y puntos totales.

*Anatomía patológica.* — 732.816. Dres. de los Santos y Chiossoni. Pieza de pancreatectomía caudal con esplenectomía. El bazo mide  $12 \times 6 \times 3,5$  cms. Cola de páncreas  $6 \times 3 \times 2,5$  cms. Bazo sin alteraciones macroscópicas. Cola de páncreas con formaciones quísticas de pared fibrosa, delgada, a contenido seroso, de diverso tamaño. Parénquima pancreático que presenta formación de múltiples cavidades quísticas revestidas por epitelio cilíndrico cúbico con algunas zonas vacuolares y/o con células calciformes. Estos quistes no presentan elementos de transformación maligna. El estrona a ese nivel es conectivo, reconociéndose abundantes microquistes así como una buena población de islotes de Langerhans. No hay en la zona poli-quística elementos acinosos. Tampoco hay ningún elemento correspondiente a un proceso inflamatorio crónico, ni necrosis grasa. Algunos quistes presentan a nivel parietal microhemorragias. El parénquima que circunscribe la lesión en el sector proximal, está dentro de límites normales, no observándose lejos de la lesión otras dilataciones.

En suma, quistes múltiples de la cola del páncreas, simples.

La enferma evolucionó en sala, hasta operarse, con dolores en epigastrio intensos. Como la arteriografía no aclaró el diagnóstico se decide la laparotomía exploradora. En el postoperatorio hizo un episodio doloroso con pulso fino de 100, glicemia de 2,40, diuresis de 700 c.c., con E.C.G. con un sufrimiento difuso, que se interpretó como debido a la taquicardia aunque sin descartar una necrosis de miocardio. Estuvo con cateterismo venoso hasta el 4º día. Hizo una supuración parietal, después de evacuada evolucionó en apirexia. Tuvo glicemias desde 0,75 a 1,70. Se da el alta en buenas condiciones, sin dolores el 8/XI/73. El 14/X/74 pasó muy bien, sin dolores, glicemia 1,50 grs. Volvió a consultar por episodios de insuficiencia cardíaca.

La última paciente, con dolores intensos prolongados, tenía una pancreatitis crónica fibrosa difusa, sin dilatación canalicular y sufrió la denervación del páncreas con espléndido resultado.

Nº 4. — I. R. de P. C. A. S. M. U., R. 42.909. Sexo femenino, 55 años.

Paciente con antecedentes de una hepatitis en 1967. En abril de 1968 hizo una crisis dolorosa de hipocondrio derecho y epigastrio, con ictericia y fiebre. Fue vista por el Dr. L. Praderi que la operó en ese mismo mes. Comprobó una cirrosis hepática; no había cálculos en la vesícula ni en el coledoco. Colectostomía, colangiografía, buen pasaje al duodeno. Continuó con la ictericia 1 mes más. En noviembre de 1968 vuelve a

hacer una crisis dolorosa de hipocondrio derecho y epigastrio, con ictericia. Operación: Dr. Valls. Anestesia general. Se comprueba hígado de tamaño normal, cirrótico, sin hipertensión portal. Páncreas algo indurado. Biopsia de hígado que certifica la cirrosis. Colectostomía. Colangiografía operatoria normal. Se hizo coledococistitis. Estuvo internada hasta enero de 1969. Como continúa con dolores en hipocondrio derecho irradiados a izquierda, en agosto de 1969 fue reoperada por el Dr. Cendán con el Dr. Valls. Se comprobó la vesícula esclerosa con colangiomanometría normal. Se hizo colectectomía.

Desde entonces la paciente ha continuado con dolores que la cruzaban en barra, intensos. Aparecían con todas las comidas, todos los días, lo que la llevó en esos años a una desnutrición, perdiendo 20 kg. de peso y a la administración continuada de calmantes y sedantes, que la mantenían dolorida, en un estado crepuscular. La volvimos a ver en 1º de octubre de 1976. Paciente desnutrida, pálida, quejosa y adormilada, diciéndonos que prefería morir a seguir en esa situación. Abdomen: cicatriz de transversal de hipocondrio derecho y epigastrio y de una mediana infraumbilical (por hiperectomía por fibromioma). Comprobamos dolor exquisito, profundo, en epigastrio e hipocondrio izquierdo y decidimos explorarla para abordar la retrocavidad de los epiplones.

7/X/76. Anestesia general. Dr. Valls, Dr. Puig. Incisión entrando por la transversa, prolongada a izquierda. Se abre previa ligadura y sección de sus vasos, el ligamento gastrocólico. Se comprueba páncreas con fibrosis difusa, sin dilatación caliculares. Arteria esplénica de tipo ateromatosa, algo dilatada y flexuosa, hiperpulsátil, bazo grande fibroso congestivo. Hígado de tamaño normal cirrótico. No hay venas dilatadas.

Procedemos a reseca la bazo con la arteria esplénica hasta el tronco celiaco y liberamos el borde superior del páncreas de las ramas y nervios que le llegan de la arteria hepática, pensando así hacer una denervación extendida del páncreas. Dejamos un tubo en la logia esplénica, que sale por contra abertura en hipocondrio izquierdo. Cierra la pared en un plano con nylon. Lino en la piel.

Postoperatorio: desde el primer día desaparecieron sus dolores. Hizo un estado febril, que hizo temer un proceso subfrénico que duró 15 días y retrocedió con antibióticos. Fue dada de alta el 6/XI en buenas condiciones. En su casa tuvo una recuperación de 15 kg. de peso, no tiene ninguna molestia. En marzo de 1977 la vimos por una eventración de su transversa, con un estado general excelente. Le corregimos quirúrgicamente su eventración. Se siente sana y hace vida normal.

## RESUME

### Síndrome douloureux épigastrique et de l'hypocondre gauche. Son traitement par denervation ou resection pancreatique

Les auteurs exposent le problème des syndromes douloureux chroniques d'épigastre, qui n'ont aucune correspondance avec les affections des voies biliaires, ni avec celles du gastroduodénum, et que n'améliorent pas avec le traitement médical. Dans l'exploration opératoire de ces maladies, c'est très important de faire une in-

estigation de la retrocavite des epiplons à cause de la fréquence des lésions pancréatiques.

Le traitement chirurgical se fait par resections pancréatiques ou opérations de dénervation pancréatique, celle que la neurotomie peripherique de Napalkov.

## SUMMARY

### Epigastrium pain syndrome of or hypochondrium. Its treatment by pancreatic denervation or resections

The paper discusses the problem of chronic painful syndrome of epigastrium, not accounted for by lesions of biliary tract and gastroduodenum and which do not respond to medical treatment. In surgical exploration, the need to investigate the retrocavity of epiplons is underlined, by reason of the frequency of pancreatic lesions.

Surgical solution consists mainly in pancreatic resection as well as in pancreatic denervation, specially in Napalkov's peripheral neurotomy.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARIANOFF AA, VAN REEPINGAN Ph, VIELLI C et GOSE Cl. "Interventions sur le système nerveux sympathique dans les affections hépatobilio-pancréatiques". *Acta Gastroenterol Belg*, 35: 35, 1972.
2. CAREY LC. "The pancreas". Saint Louis. Mosby 1973.
3. COPPING J, WILLIS BS, KRAFT R. "Palliative chemical splanchnicectomy". *Arch Surg*, 98: 418, 1969
4. CHAMPEAU M. "Indications relatives des résections et des anastomoses dans les pancreatites chroniques". *Arch Mal App Dig*, 51: 895, 1962.
5. DELGADO B. "Tratamiento quirúrgico de las pancreatitis crónicas". Tesis de Profesorado. Fac. Med. Montevideo, 1971 (inédita).
6. DELGADO B. En: "Tácticas y técnicas en cirugía de páncreas. *Cir Uruguay*, 41: 33, 1971.
7. FREI CF. En: Carey, L. C. "The Pancreas", 1973.
8. MALLET GUY P. "Goals and results in chronic and recurring pancreatitis". *Union Med Can*, 102: 1916, 1973.
9. MALLET GUY P. "Indications generales et resultats du traitement des pancreatites chroniques". *Congres de la Société Internationale de Chirurgie*, 21<sup>e</sup>. 1963. Bruxelles.
10. MURAT J, CRASSIS Y, VAUS JL et DELBICHE L. "Technique de la splanchnicectomie gauche par voie lombaire". *Nouv Presse Med*, 33: 2093, 1974.
11. NAPALKOV RN. "A propos des operations nerveuses dans les pancreatites chroniques". *Lyon Chir*, 66: 412, 1970.
12. NIN SACARELLO R. "Pancreatitis crónica autónoma o primaria". Tesis de Docencia. Fac. Med. Montevideo, 1973 (inédita).
13. PRADERI R y PEREYRA BORRELLI C. Síndrome de Dumbard. *Cir Uruguay*, 43: 316, 1973.
14. ROUX y BINET. Citado por Patel, J. *Chirurgie de la rate*. Paris. Masson et Cie, 1955.
15. SADLINSKI C, PODWINSKI A. "Odległe wyniki leczenia przewlekłego zapalenia trzustki przecieciem włoki en pozazwojowych splotu słonecznego". *Polski Przegląd Chir*, 47: 1215, 1975.
16. WHITE TT and KEITH RG. "Long term follow up study of fifty patients with pancreaticojejunostomy". *Surg Gynecol Obstet*, 136: 353, 1973.
17. YASHIOKA H et WABAYASCHI T. "Traitement de la douleur des pancreatites Chroniques par la neurotomie de la tête du páncreas". *Lyon Chir*, 53: 836, 1957.
18. YASHIOKA H and WAKABAYASCHI T. "Therapeutic neurotomy on head of pancreas for relief of pain due to chronic pancreatitis". *Arch Surg*, 76: 546, 1958.