

IMPORTANȚA CHIRURGICALĂ A HEPATITEI VIROTICE

Zoltán Pápai

Originea infecțioasă a hepatitei virotice a fost relevată pentru prima oară de *Botkin*. Ca boală infecțioasă ce prezintă aspecte caracteristice din punct de vedere epidemiologic, ea a stat în ultimii ani mai ales în centrul atenției specialiștilor care se ocupă cu bolile infecțioase. Chirurgii au avut în aparență puține puncte de contact cu această maladie, deoarece dacă ea evoluează normal cele mai multe cazuri nu au nevoie de tratament chirurgical.

În perioada de largă răspândire pe care a avut-o această boală după cel de al doilea război mondial, întâlnim în literatură unele indicații care arată că hepatita virotică implică anumite probleme de chirurgie. La început, și noi am avut greutăți de diagnostic în faza preicterică a bolii *Botkin*, în acele cazuri care, debutând cu colici spastice ne-au făcut să suspectăm o apendicită acută.

Observații identice au comunicat între alții *Iasinovschi*, *Meythaler*, *Siede*, *Tarejev*, și *László Selander* a executat în două cazuri intervenție, suspectând o catastrofă abdominală acută. *László* publică trei cazuri, când bolnavii s-au internat după ce la secția chirurgie li se extirpase apendicele, constatându-se odată cu apariția icterului că în realitate era vorba de o hepatită virotică.

Analiza materialului cazuistic publicat arată că diferențierea hepatitei virotice în faza preicterică, față de apendicită acută a cauzat dificultăți chirurgilor mai ales în cazurile în care simptomele gastro-intestinale au fost predominante și durerile abdominale atenuate sau pronunțate spontane și provocate ce s-au instalat în partea dreaptă a abdomenului, au fost însoțite de greață, vărsături, febră, creșterea VSH, meteorism, diaree și sensibilitate abdominală difuză la apăsare. În cazuri similare noi înălțurăm greutățile de diagnostic, ținând bolnavii sub o observație sistematică.

Contrar datelor enumerate mai sus, în trei cazuri laparotomia nu am executat-o din cauza simptomelor tractului gastro-intestinal, ci din cauza stării de prostație accentuate, a slăbiciunii fizice, a inapetenței și a simptomelor de tahicardie, instalate în discordanță cu temperatura nu prea ridicată, fenomene care, alături de acuzele gastro-intestinale discrete, caracterizează forma toxică a apendicitei acute. În cazurile noastre am executat intervenția nu pentru apendicita catarală — așa cum au procedat autorii comunicărilor apărute în literatură ci la bolnavii cu o stare generală profund alterată am intervenit de teama unei apendicite acute toxice, deoarece în această afecțiune inflamatorie, chiar cea mai mică întârziere poate avea consecințe fatale.

Iată unul din cazurile noastre caracteristice: un tânăr de 17 ani e transportat direct de la locul de muncă la clinică. Cu 4 ore înainte de internare, starea generală i s-a agravat brusc, simțind colici abdominale puternice, vărsind de mai multe ori și având scaune apoase. Bolnavul nu a putut să-și continue munca. Din când în când au apărut junghuiri în torace, însoțite de dispnee. Fața pronunțat palidă a bolnavului complet prostatic și-a păstrat expresia normală, iar examenul organelor toracice nu arată nici o modificare patologică. Abdomenul e puțin balonat și sensibil difuz la apăsare. Durerea cea mai accentuată e în fosa iliacă dreaptă și deasupra punctului Mac Burney. Ficatul și splina se palpează între limite normale. Radioscopic se constată că intestinalele sînt pline cu gaze, țără umbre hidroaerice. Globule albe: 7.200. În urină nimic de semnalat. Febra: 37,3. Pulsul: 96 ușor depresibil. Bolnavul are dese vărsături cu conținut stomacal, bilar și ceafă puternică, starea generală i se alterează din ce în ce mai mult, în răstimp de 2 ore pulsul se urcă la 106, dar circulația e bună. Ținînd seama de agravarea progresivă a stării generale, executăm laparotomie, suspectînd o apendicita toxică acută. Atît peritoneul parietal cit și cel visceral e ușor hiperemic, în cavitatea abdominală un lichid transparent și inodor se află în cantitate minimă, dovedindu-se steril. Apendicele normal. Intervenția nu a avut nici un efect asupra stării generale a bolnavului. Acuzele persistă, dar nu se agravează. A doua zi după operație, urina devine brun-închisă, iar sclerele capătă o pigmentație subicterică. Evoluția ulterioară a arătat că bolnavul suferea de hepatită vîroitică.

Potrivit observațiilor noastre, diferențierea e ușurată de faptul că în apendicita acută, simptomele devin mai pronunțate și progresează mai repede, după o evoluție de scurtă durată.

În maladia *Botkin*, bolnavul ajunge deseori în stare gravă cînd se impune stabilirea diagnosticului diferențial, numai după acuze care durează 3—4 zile, sau chiar mai mult. În apendicita toxică, bolnavul e obligat deseori în decurs de cîteva ore, dar de cele mai multe ori în 24 de ore, să-și întrerupă munca, impunînd executarea intervenției chirurgicale.

În cazul descris mai sus, s-a constatat, după ameliorarea stării generale, că bolnavul era obosit, slăbit, inapetent și avea grețuri chinătoare încă înainte cu 6—7 zile de internare. La început nu a acordat nici o importanță acestor simptome.

În apendicita toxică mai e caracteristică alterarea pronunțată a circulației periferice și centrale, predispoziție la colaps. În cele două cazuri de maladie *Botkin* pe care le relatăm mai jos, aceste fenomene nu au fost atît de accentuate. În apendicita toxică apare de timpuriu și faciesul abdominal.

O femeie în vîrstă de 21 de ani s-a internat în clinica noastră, prezentînd date anamnestice surprinzător de asemănătoare cu cele constatate la bolnavul anterior. Cu toate că boala a debutat numai cu 6 ore înainte de internare, a fost ținută sub observație, suspectîndu-se hepatită vîroitică din cauza stării de prostație extrem de pronunțată a somnolenței, a aversiunii față de grăsimi și a durerilor sub rebordul costal drept. Starea generală s-a agravat repede. S-au remarcat îndeosebi răceala și cianoza membrelor, temperatura subnormală, creșterea bruscă și depresibilitatea pulsului.

Globii oculari sînt infundați, cu cearcăne, buzele uscate, cianotice. Abdomenul puțin balonat, difuz sensibil la apăsare. La laparotomie se constată periapendicular puțin exudat abdominal precoce, apendicele are pereții tumefiați, friabili, cianotici.

Diagnosticul diferențial e mai greu de stabilit cînd în cursul apendicitei acute ficatul reacționează printr-o inflamație ușoară.

Un bolnav în vîrstă de 34 de ani s-a prezentat la secția noastră cu simptome de apendicită catarală acută. Bolnavul se prezintă pentru intervenție numai după 48 de ore avînd o senzație pronunțată de oboseală, scîbelele i-au devenit subicterice, urina de o culoare mai închisă, subfebril. Ficatul de dimensiuni normale la prima examinare depășește acum cu un lat de deget rebordul costal drept, fiind sensibil la apăsare. Suspectînd o hepatită, ținem bolnavul sub observație. După 7 zile de odihnă la pat, regim alimentar corespunzător și tratament medicamentos, simptomele afecțiunii hepatice dispar complet, nepersistînd decît cele ale apendicitei. La intervenție se găsește un apendice foarte lung, cu pereții injectați, gros, retrocecal, recurbat, a cărui extirpare e urmată de o vindecare completă.

O problemă chirurgicală mult mai complicată o constituie acele cazuri de hepatită virotică ce se prezintă cu icter persistent sau intermitent, fie sub o formă trenantă a bolii, fie într-o fază mai tardivă a ei. Din punct de vedere chirurgical acești bolnavi se împart în trei categorii.

1. Primei categorii îi aparțin cazurile care se caracterizează prin următoarele:

- a) în cursul evoluției anormale a bolii, icterul e extrem de trenant;
- b) tabloul clinic corespunde hepatitei epidemice;
- c) funcțional, predominantă e obturarea căilor biliare;
- d) la explorare nu se poate pune în evidență nici un obstacol mecanic.

În astfel de cazuri, la intervenția executată pentru rezolvarea icterului mecanic se constată că vezica biliară e goală și are aspect normal. Suprafața ficatului are de cele mai multe ori un caracter hepatic, e netedă, neregulată sau mamelonată, dar culoarea ei brun-verzuie contrastează puternic cu aceea a ficatului hepatic. În aceste cazuri descrise de unii autori în 1946, sub denumirea de hepatită colangiolică, se constată o obliterare intrahepatică, fiind vorba deci de un icter mecanic.

Experiența noastră arată că în aceste cazuri trebuie să renunțăm la intervențiile nesigure de hepato-gastrostomie sau hepato-jejunostomie, deoarece cu excepția formelor care nu progresează, bolnavii se vindecă după un tratament conservator de lungă durată. Totuși chirurgical trebuie să accepte sarcina îngrată a intervenției și a controlului căilor biliare exterioare cu ajutorul colangiografiei și manometriei intraoperatorii, deoarece acestea sînt necesare în vederea stabilirii diagnosticului. Trebuie să notăm însă că în multe cazuri, intervenția chirurgicală înseamnă, pentru bolnavul ce se află în această stare gravă, o deosebită împovărare.

În unul din cazurile noastre caracteristice, la un bărbat de 26 de ani, hepatita virotică a debutat cu 10 săptămîni înainte de internare, avînd o anamneză tipică. Începînd din a 10-a zi de internare, timp de 3 săptămîni bolnavul a prezentat semnele unei obliterări biliare complete.

Cu toate că s-a produs o anumită ameliorare și pigmentația s-a redus, iar în ultimele 6 săptămîni urobilinogenul nu a fost decît ușor urcat în urină, totuși bilirubinuria și icterul nu au dispărut. Întrucît tratamentul conservator s-a dovedit ineficace s-a pus problema posibilității unei ocluzii. La explorare, ficatul a arătat modificările menționate mai sus. Vezica biliară e goală și zbîrcită.

Coledocul are o grosime obrșnuită, peretele neted, moale la palpare și aproape complet colabată.

Obstacolul s-a dovedit de natură intrahepatică. Ținînd seama de starea generală bună a bolnavului, am renunțat la hepato-gastrostomie și am închis abdomenul. Cele ce au urmat au confirmat justetea atitudinii noastre, deoarece după un tratament specific multilateral, administrat timp de 3 săptămîni, icterul a dispărut.

Datorită perfecționării procedeeleor de diagnostic, cazurile acestea au devenit azi din ce în ce mai rare, dar ne însușim punctul de vedere al lui *Hetényi* potrivit căruia în eventualitatea că nu se poate stabili o diferențiere certă între icterul mecanic și cel hepatocelular, sau dacă aceste două forme se asociază, icterul persistând timp mai îndelungat, trebuie să executăm o laparotomie exploratoare. A nu stabili un diagnostic de obliterare extrahepatică e o greșeală mai mare decît a executa o intervenție chirurgicală de prisos la un bolnav care suferă de această afecțiune.

2. În cea de a doua categorie pot fi enumerate cazurile caracterizate prin următoarele:

a) în cursul hepatitei virotice, icterul e trenant, de o intensitate variabilă;

b) tabloul clinic corespunde hepatitei virotice;

c) din punct de vedere funcțional, sint predominante greutățile de evacuare a căilor biliare;

d) la explorare se constată că ficatul e mai mare, de culoare verde-brună, iar căile biliare extrahepatice și teritoriile imediat învecinate prezintă semnele unei inflamații subacute. E caracteristică vezica biliară cu peretele îngroșat, zbîrcită, mare, în care nu se găsesc calculi și se evacuează prin apăsare. La confluența canalului cistic pe marginea coledocului și retroduodenal se găsesc ganglioni limfatici mai mari sau mai mici, de o consistență organică, avînd o culoare gri-gălbuie, și o mărime care atinge deseori dimensiunile unei nucii verzi. Capsula acestora e hiperemică, iar secțiunile sint gri-roșii, cu hemoragii mărunte. Examenul histopatologic a arătat că acești ganglioni prezintă modificări inflamatorii cronice. Canalul coledoc inclavat între ganglionii limfatici măriti, are peretele subțire și e puțin dilatat.

Rezolvarea acestor cazuri pe cale chirurgicală constituie o problemă deosebit de spinoasă. Studiînd materialul nostru clinic, am ajuns la convingerea că persistența icterului și intensitatea lui schimbătoare se explică prin tumefierea intermitentă a ganglionilor limfatici din jurul coledocului, fenomen urmat sau de reactivarea hepatitei, sau de exacerbarea colecistitei. A rămas însă nelămurită chestiunea — pe care noi nu am izbutit s-o clarificăm nici măcar în cadrul experiențelor efectuate pe animale — dacă tumefierea ganglionilor limfatici din jurul coledocului însoțește sau e consecutivă reactivării proceselor inflamatorii ale ficatului sau ale vezicii biliare. Lămurirea acestei probleme ar fi de o importanță hotărîtoare pentru chirurg, deoarece: 1) dacă tumefierea ganglionilor limfatici care provoacă icterul trenant sau intermitent survine datorită unui proces inflamator ce are loc în celulele ficatului, atunci toată atenția chirurgului trebuie să se concentreze asupra posibilității de a înlătura obstacolul mecanic ce a cauzat formarea ganglionilor limfatici, prin evacuarea internă sau externă a bilei, intrucît procesul intrahepatic nu se poate remedia chirurgical; și 2) dacă însă creșterea ganglionilor limfatici din jurul coledocului survine în urma unei inflamații a peretelui vezicii biliare sau a stazei colecistului, atunci cauza limfadenitei se poate suprima prin extirparea vezicii biliare, înlăturîndu-se astfel și greutățile de evacuare a bilei.

Studiul simptomatologic al cazurilor noastre arată că tumefierea ganglionilor limfatici din jurul coledocului poate fi observată și clinic în marea majoritate a cazurilor și că ea se instalează după exacerbarea inflamației vezicii biliare. Luînd în considerare acest fapt, noi propunem extirparea focarului restant de inflamație latentă a vezicii biliare inflamate, și atîta timp cît modificările ganglionilor limfatici sint încă reversibile, nu propunem crearea fistulelor biliare externe sau interne. Noi credem că odată cu extirparea focarului se suprimă limfadenita și implicit staza biliară.

În bolnav al nostru în vîrstă de 29 de ani, a suferit în 1948 de hepatită virotică. A părăsit clinica, avînd încă un subiecter ușor, și de atunci a simțit de nenunțiate ori dureri sub rebordul costal drept, cînd sclerele i s-au pigmentat, urma a devenit închisă iar ficatul s-a mărit. Dat fiind că bolnavul a prezentat întotdeauna o reacție

Takata negativă și nivelul de bilirubină serică s-a ridicat, s-a vit suspiciunea că în persistența procesului hepatic poate să aibă un anumit rol și compresia mecanică a căilor biliare extrahepatice (ganglionii limfatici, aderențe în jurul vezicii biliare). Cu ocazia intervenției s-a constatat că ficatul e puțin marit. Vezica biliară e considerabil marită, peretele e hiperemic îngroșat, fără tonus. În ea s-a găsit o mare cantitate de bilă densă de stază greu evacuabilă prin apăsare. Canalul coledoc cu pereții subțiri și puțin dilatat s-a melavat complet între ganglionii limfatici, de mărmi dierite, de o consistență organică și de culoare gri-verzui. Am extirpat vezica biliară inflamată, considerată drept focar de infecție, excizând un ganglion pentru efectuarea examenului histo-patologic. Acest examen a arătat o inflamație cronică a peretelui vezicii biliare. Rezultatul examenului histo-patologic al ganglionilor limfatici: limfadenită cronică. După intervenție bolnavul a devenit complet asimptomatic, așa cum s-a constatat cu ocazia examenelor de control.

Experiența noastră ne-a convins că anastomozele interne nu dau rezultate bune în cazurile care prezintă astfel de obstacole mecanice, deoarece executarea în locul obișnuit a coledocoduodenostomei care dă cele mai bune rezultate funcționale, e îngreunată de ganglionii limfatici tumefiați și de dilatarea mărmită a canalului coledoc iar în cele din urmă și ganglionii limfatici inflamați pot să comprime gura de anastomoză. Vezica biliară patologică e de asemenea improprie pentru anastomoză. În caz de anastomoze biliare interne, trebuie să ținem seama și de eventualitatea infecțiilor ce se instalează deseori după ele.

3. În cea de a treia categorie grupăm pe acei bolnavi, suferind de afecțiuni ale căilor biliare extrahepatice, a căror maladie calculoasă sau necalculoasă, a debutat în cursul hepatitei virotice. În materialul clinic din ultimii ani e surprinzător de mare numărul bolnavilor la care simptomele de inflamație a vezicii biliare sau de colilitiază apărute după evoluția hepatitei sau în a doua fază a ei, persistă, instalându-se cu o intensitate variabilă, de cele mai multe ori intermitent. La bolnavii din a doua categorie, leziunile căilor biliare extrahepatice dispar complet, după evoluția hepatitei, apărind din nou numai peste luni sau chiar ani de zile.

În astfel de cazuri, am observat deseori cu ocazia explorării modificarea morfologică a căilor biliare extrahepatice. Aceste modificări sînt uneori anomalii de dezvoltare, ca de ex. un canal cistic lung, cu traiect frînt, embușura cisticului în treimea caudală a coledocului (retroduodenală), colecist intrahepatic, absența lobilor hepatici etc.

În alte cazuri, modificările morfologice permanente ale căilor biliare extrahepatice sînt cauzate de procese patologice mai vechi. Așa au fost de pildă strangularea vezicii biliare cauzată de aderențe, stenoza cisticului cauzată de ganglionii limfatici pericistici, dislocarea posterioară a embușurii cistice din cauza dilatării și tracționării coledocului, dar mai cu seamă hipertrofia ganglionilor limfatici din jurul coledocului, care îngreunează evacuarea acestuia.

După părerea noastră, în cazurile de modificări morfologice congenitale sau dobîndite, afecțiunile calculoase sau necalculoase ale căilor biliare, se explică prin faptul că procesul inflamator ce se formează în cursul hepatitei virotice, găsește un teren propice în anomaliile căilor biliare extrahepatice. Aici există condiții care favorizează atât producerea de calculi cit și persistența în flamației.

În orice caz, atunci cînd în anamneza bolnavilor suferind de afecțiuni ale căilor biliare extrahepatice, găsim și hepatită virotică, chirurgul trebuie să se gîndească nu numai la leziunea ficatului, ci și la modificările morfologice ale căilor biliare extrahepatice. Aceste leziuni fie congenitale, fie dobîndite, pot să cauzeze deseori serioase greutăți tehnice, și nu se poate ajunge la o soluționare liniștitoare decît prin prepararea minuțioasă a elementelor cu ajutorul colangiografiei și manometriei intraoperatorii.

O bolnavă în vîrstă de 36 de ani a avut hepatită virotică în urmă cu 16 ani. În timpul bolii a simțit deseori colici sub rebordul costal drept, pe care medicii le-au atribuit inflamației vezicii biliare. După doi ani, în care a fost complet asimptomatică, durerile se repetă și devin frecvente mai ales în ultimii doi ani. Ele iradiază pînă în umărul drept, fiind însoțite de grețuri; bolnava e febrilă, starea generală i se înrăutățește, după crize scurte și mai deschise, scelerile sînt subicterice, urina mai închisă. Uneori colicile sînt precedate de frisoane, devine inapetență. Cînd a avut ultimele crize, a fost tratată în spital. În decembrie 1958 s-a internat în Clinica medicală I, stabilindu-i-se diagnosticul de hepatită cronică și colecistită subacută. Rezultatele examenelor: VSII 12/32, Takata ++, Weltman 1-8, Thymol +, cadmu ++, în bila 13 10-15 leucocite. La colecistografie vezica biliară nu se umple. În urmă ubg. a crescut ușor. Examenul histopatologic al punctatului hepatic: hepatita cronică. În timpul cît a fost internată în clinică, sub efectul vitaminelor și al tratamentului cu iuvocinhol; mărimea și consistența ficatului au rămas neschimbate. La explorarea chirurgicală se constată că parenchimul hepatic e format numai din lobul drept. Cel stîng lipsește complet.

Pornind din hemidiafragul drept, ligamentul suspensor al ficatului pătrunde ca o membrană subțire în hipocondrul stîng, aderînd de marginea medială a lobului drept. Ficatul e mai consistent la palpare, puțin neuniform. Colecistul a putut fi pus în evidență numai prin deschiderea hipocondrului stîng. El se află imediat sub rebordul costal stîng, avînd volumul mărit, peretele gros, fiind hiperemic și greu evacuabil la apăsare. Vezica biliară e situată în direcție antero-posterioară, strangulată ca o desagă. Cisticul are un traiect frînt, e subțire, fiind considerabil dilatat. În vecinătatea lui se află mai mulți ganglioni limfatici, hipertrofiați. Pancreasul e mai consistent la palpare, granulos. La manometria intraoperatorie, în coledoc presiunea reziduală e de 18 mm, iar substanța de contrast din el se elimină la 32 mm. Colangiografia arată că coledocul se îngustează în treimea caudală, transformîndu-se într-un tub de grosimea unui creion (Fig. Nr. 1). Această îngustare explică creșterea presiunii de evacuare. Intrucît vezica biliară a fost inflamată, am executat colecistectomie, iar pentru o bima eliminare a bilei o coledoco-duo-tenostomie.

Trebuie să menționăm și faptul că afecțiunile calculoase sau calcululoase ale căilor biliare extrahepatice imită deseori în unele faze tabloul clinic al hepatitei virotice.

În bolnav în vîrstă de 24 de ani, a suferit cu 2 ani înainte de internare, timp de 1 săptămîni de hepatită virotică, fiind tratat în consecință. După cîteva săptămîni de asimptomatologie relativă — iara sa aibă senzația de vindecare completă, a început să aibă colici sub rebordul costal drept. Acestea au fost asemănătoare cu durerile anterioare, bolnavul devenind întotdeauna după ele subicteric. Înainte de internare, cu 3 zile, se instalează brusc dureri epigastrice violente, care se accentuează și se extind, oră de oră, atît în hipocondrul drept cît și în hipogastru. Durerile au un caracter de junghi. Cînd apar, pielea și mucoasa se pigmentează icteric. Intensitatea pigmentației crește zi de zi, temperatura ajunge la 38,5°C, vărsăturile sînt frecvente, urina de culoare închisă ca berea, abdomenul încordat. Bolnavul e într-o stare de prostație completă. Ubg. în urmă crește, Bi. ++. Hepato și splenomegalie. Globule albe: 14.000. La examenul radioscopic al abdomenului fără substanță de contrast se observă umbre hidro-aerice. Păreaea internistului este că tabloul clinic poate fi cauzat și de reactivarea hepatitei virotice, evoluînd spre o insuficiență hepatică, dar ținînd seama de apărarea musculară și de creșterea numărului de globule albe, propune observație chirurgicală. În clinica noastră, se instalează tabloul peritonitei acute, iar la explorare, din cavitatea abdominală se scurge o secreție abundentă, mucoasă de culoare galben-verzuie. Colecistul e sub tensiune fixat de aderențe, avînd peretele gros, friabil, cu semne de intensă inflamație ilegmonoasă. Vezica biliară bolnavă e înconjurată de intestinul gros și de epiploon, edematos înibitate avînd o culoare galben-verzuie. În tot conglomeratul inflamator se află numeroși ganglioni limfatici edematoși, aderenți, care îngreunează foarte mult posibilitatea unei orientări judicioase. După stabilirea diagnos-

ticului de *colecistită hegmonoasă, peritonită biliară*, fiind seama de starea gravă a bolnavului am executat o colecistostomie și am drenat cavitatea abdominală. După câteva săptămâni, bolnavul devine asimptomatic, iar completa sa vindecare nu e stărujenită decât de o fistulă biliară rebelă. Prin intermediul fistulei procedăm la umplerea căilor biliare extrahepatice cu substanță de contrast, efectuând o radiografie. Pe baza acestui examen constatăm obliterarea canalului coledoc. (Fig. Nr. 2 și 3). Presupunem prezența unui obstacol calculos și de aceea executăm o nouă explorare. Peretele vezicii biliare e foarte gros, consistent, fără tonus, în ea se găsește bilă de stază puternic densificată în ciuda colecistostomiei efectuate. Coledocul are peretele îngroșat, e dilatat cu multe concremente. La deschiderea lui găsim o țesut moartă, complet inclavată în concremente, afirmând în duoden (Fig. Nr. 4 și 5). După extracția parazitului și a concremențelor, bila curată se evacuează abundent. Extirpăm vezica biliară (Fig. Nr. 6 și 7), suturăm coledocul și drenăm cavitatea abdominală. După un tratament vermifug, bolnavul părăsește clinica vindecat. Pare probabil că migrarea parazitului intestinal în coledoc a cauzat un sindrom care la început a imitat o formă atipică de hepatită virotică, iar mai târziu au apărut din nou simptomele acesteia.

Rezumând, putem spune că astăzi hepatita virotică are și o importanță chirurgicală. Chirurgul trebuie să cunoască bine caracteristicile fiecărei faze a bolii, atît în formele tipice cit și atipice ale ei, pentru a o putea diferenția față de afecțiunile chirurgicale.

Întîmpinăm greutăți serioase în faza inițială, preicterică a bolii, cînd trebuie s-o diferențiem față de tablourile abdominale acute, în primul rînd față de apendicita acută. Observațiile noastre ne îndreptățesc să atragem atenția mai cu seamă asupra importanței diferențierii față de apendicita acută toxică.

Deseori hepatitele virotice trenante, cu icter persistent și intermitent, impun o intervenție chirurgicală. În unele cazuri chirurgul are doar sarcina de a stabili diagnosticul, dar altelei poate da un ajutor esențial. În astfel de cazuri trebuie să ne gîndim la eventualitatea inflamației cronice a ganglionilor limfatici din jurul căii biliare comune, care potrivit observațiilor noastre însoțesc inflamația latentă a vezicii biliare.

Manometria și colangiografia intraoperatorie ne ajută să obținem rezultate bune.

Experiența noastră arată că în tratamentul chirurgical eficace al bolnavilor suferind de afecțiuni calculoase sau necalculoase ale căilor biliare extrahepatice, e de o mare importanță faptul dacă bolnavul a suferit în trecut de hepatită virotică. În astfel de cazuri trebuie să ne gîndim pe lîngă leziunea ficatului, la modificările morfologice congenitale sau dobîndite ale căilor biliare extrahepatice.

Nu e permis să acceptăm fără o apreciere critică hepatita virotică ce figurează în antecedentele personale, deoarece afecțiunile căilor biliare extrahepatice pot să provoace sindroame asemănătoare cu cele ale hepatitei virotice.

Sosit la redacție: 27 februarie 1959.

Bibliografie

1. *Crandell*: Rev. Gastroenteral 16, 142 (1949.);
2. *Flamm*: O. H. 16, 427 (1954.);
3. *Gerota*: Viața Medicală 1, 5, 52 (1954.);
4. *Groszberg, Korányi*: O. H. 45, 1242 (1953.);
5. *Hetényi*: O. H. 15, 393, (1955.);
6. *Jászinoszkij*: Terap. Archiv 5 (1949), 4/20 (1950.);
7. *Kalk-Wildhirt*: D. Med. Wochsch. 32 (1956.);
8. *Kelsali*: Lancet 195 (1947.);
9. *Lászlo*: O. H. 9, 228, 19, 519, 49, 1338 (1954), 12, 309 (1956.);
10. *Lupu Runcan, Cucu*: Rev. St. Med. 25, 1. (1950.);
11. *Magyar*: O. H. 23, 736 (1951), 13, 337, 18, 489, 46, 1261 (1953), 50, 1361 (1954.);
12. *Maier*: Schw. Med. Wschr. 85, 77, 4 (1955.);
13. *Markov*, *Allgöwer*: Schw. Med. Wschr. 87, 1365, 41 (1957.);
14. *Pápai*: Bruns'Beitrage z. kl. Chir. 174, 17 (1942.);
15. *Siede W.*: Virushepatitis. Leipzig (1957.);
16. *Sousek O., Niederle*: Rozhl. chir. 34, 351 (1955). Ref.: Zbl. f. Chir. 24, 1042 (1956.);
17. *Tarjev*: Sov. Med. 4 (1949), 8/12 (1950.);
18. *Vince*: O. H. 50—51, 1394 (1957).



Fig. nr. 1.

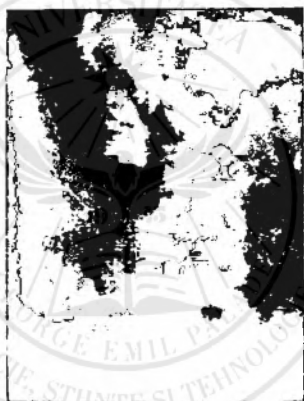


Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



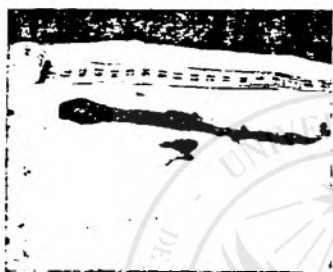


Fig. nr. 4.



Fig. nr. 5.



Fig. nr. 6.



Fig. nr. 7.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

З. Папан

Автор по его наблюдениям говорит о хирургическом значении вирусного гепатита. Значительные трудности встречаются в начальном безжелтушном периоде болезни, когда нужно отличать это заболевание от острых патологических картин живота. Долго протекающие вирусные гепатиты с интермиттирующими желтухами часто требуют хирургического решения.

Надо считать в некоторых случаях с хроническими воспалениями лимфатических желез, находящихся вокруг общего желчного протока, которые сопровождают латентное воспаление желчного пузыря.

Необходимо обратить внимание на то, есть ли у страдающих заболеванием наружного желчного протока в анамнезе вирусный гепатит.

В этом случае всегда надо думать о врожденном или приобретенном морфологическом отклонении наружных желчных протоков.

В анамнезе вирусные гепатиты не всегда подлинные потому, что могут давать группу симптомов, напоминающих вирусные гепатиты и заболевание наружных желчных протоков.

L'IMPORTANCE CHIRURGICALE DE L'HÉPATITE VIROTIQUE

Zoltán Pápai

À la base de son expérience l'auteur souligne que l'hépatite virotique a une certaine importance chirurgicale.

Dans la phase précitérique initiale de la maladie, quand il s'agit de la différencier des tableaux cliniques abdominaux aigus, on peut rencontrer des difficultés considérables. L'hépatite virotique traînante, accompagnée d'un ictère durable ou intermittent, impose souvent une intervention chirurgicale.

En certains cas il faut prendre en considération la possibilité d'une inflammation chronique des ganglions lymphatiques qui se trouvent autour du cholédoque; les observations qu'on a faites prouvent que cette inflammation accompagne les processus latents des voies biliaires. On doit noter que la présence d'une hépatite virotique dans les antécédents personnels des ceux qui souffrent d'une maladie des voies extra-hépatiques a une grande importance. En pareil cas il faut penser aux modifications morphologiques congénitales ou acquises des voies extra-hépatiques. Une hépatite virotique qu'on trouve dans les antécédents personnels n'a toujours un caractère authentique, car les maladies des voies extra-hépatiques peuvent causer des syndromes qui imitent l'hépatite virotique.