

## HEPATITELE DE ÎNSOȚIRE A COLECISTOPATIEI

L. Róna

*Graham, Tietze, Loeper, Caroli* și *Goldzieher* au atras atenția între anii 1920 și 1930 asupra hepatitelor asociate colecistitelor. Studiile lor se bazează, pe de o parte pe cercetări clinice, iar pe de altă parte, pe examinări histopatologice efectuate în legătură cu colecistectomiile. Comunicările mai vechi pot fi apreciate numai cu aproximație, din cauza mijloacelor rudimentare de diagnostic, utilizate atunci. Leziunile coledociene și hepatitele colangiolitice, în sensul lor actual, nu puteau fi diferențiate de bolile independente ale vezicii biliare. Astfel, aceste studii nu au putut stabili nici modificările hepatice care se asociază colecistitelor ca unitate nosologică independentă. De asemenea nici examenul funcțional și histologic al ficatului nu era atât de perfecționat ca astăzi. În prezent, pentru stabilirea diagnosticului diferențial în bolile căilor biliare și ale vezicii biliare dispunem de colangiografia intravenoasă, radiomanometrie și colangiografia intraoperatorie. Cu ajutorul acestora putem diferenția colecistita ca tablou clinic aparte. Executarea probelor funcționale ale ficatului, la fel ca și utilizarea biopsiei hepatice, care se efectuează cu mijloace perfecționate, contribuie la stabilirea precisă a afecțiunilor hepatice. Așa se explică faptul că în ultimii ani atenția cercetătorilor s-a îndreptat din nou asupra acestei probleme. Cercetările întreprinse de *Gasparov, Spektor, Maros, Falkner* și *Albot* au arătat că în cursul colecistitelor ca boală independentă, apar modificări hepatice în ficat. Acestea au o mare importanță în practica clinică, atât la stabilirea indicațiilor operatorii în bolile vezicii biliare, cât și la fixarea tratamentului pre- și postoperator.

Începînd din anul 1957, am efectuat examene histologice și bacteriologice sistematice cu material prelevat din ficat și vezica biliară la bolnavii colecistectomizați. Pînă acum am studiat datele referitoare la 50 de cazuri. După fixarea piesei bioptice chirurgicale am efectuat o însămînțare bacteriologică din cavitatea și peretele vezicii biliare recent extirpate. După aceea am preparat piese histologice din fundul vezicii biliare și din porțiunea colului ei. Am efectuat secțiuni și însămînțări bacteriologice și din partea ficatului situată departe de locul vezicii biliare. În toate cazurile am notat semnele clinice de laborator indicînd prezența leziunii hepatice (rezultate fizice, proteinograma, probe de lăbilitate serică), comparîndu-le cu modificările histologice observate în ficat. Am omis acele cazuri în care antecedentele personale — anamneza — sau examenul clinic au pus în evidență leziuni hepatice anterioare, sau de altă natură, independente de afecțiunea vezicii biliare. De asemenea am lăsat la o parte și cazurile în care examenul clinic sau manometria, respectiv colangiografia intraoperatorie a pus în evidență prezența unui calcul în coledoc sau în căile biliare intrahepatice. Cazurile observate de noi se repartizează în felul următor:

|  |           |
|--|-----------|
| Colecistită calculoasă . . . . .                       | 39        |
| Colecistită cr. cu fistulă veziculo-enterală . . . . . | 2         |
| Colecistită cronică necalculoasă . . . . .             | 5         |
| Diverticul al vezicii biliare . . . . .                | 3         |
| Dischinezie a vezicii biliare . . . . .                | 1         |
| Total:   | 50 cazuri |

În lucrarea de față dorim să prezentăm unele aspecte practice, clinice ale acestei probleme și experiența care se desprinde din ele. Notăm că interpretarea amănunțită a rezultatelor examenelor bacteriologice și histopatologice, precum și concluziile în legătură cu etiopatogenia afecțiunii, vor fi relatate într-o altă comunicare.

În legătură cu examenele bacterologice menționăm deocamdată atât că, din cele 50 de cazuri examinate, în 29 am reușit să obținem din vezica biliară punerea în evidență a agentului patogen. În 13 cazuri agentul patogen a putut fi pus în evidență numai din perele, în timp ce însăși vezica este eficientă din cavitate a rămas sterilă. În 15 din cazurile noastre (50%) agentul patogen găsit în vezica biliară a fost prezent și în ficat.

În cursul examenelor histopatologice am găsit modificări de natură hepatică în 43 de cazuri. În 7 cazuri ficatul a fost normal. La interpretarea modificărilor inflamatoare am respectat clasificarea cuprinsă în monografia noastră: „Hepatitele cronice”. Pe baza acestei clasificări am diferențiat forme fără proliferarea țesutului conjunctiv (f.p.), forme cu proliferarea țesutului conjunctiv (c.p.c.), forme precirozice, cirozice și subacut-colangiolitice. Repartiția cazurilor noastre se prezintă astfel:

|  | Normal   | Hepat. cronică |           |            | Ciroze   | Hep. subac. | Total     |
|--|----------|----------------|-----------|------------|----------|-------------|-----------|
|  |          | c.p.c.         | f.p.      | Pre-ciroză |          |             |           |
| Colecistită calculoasă                         | 5        | 10             | 9         | 4          | 2        | 9           | 39        |
| Colecistită cronică cu fistulă vezico-enterală | —        | —              | 1         | 1          | —        | —           | 2         |
| Colecistită cronică necalculoasă               | —        | —              | 2         | 2          | —        | 1           | 5         |
| Diverticul                                     | 1        | —              | 2         | —          | —        | —           | 3         |
| Dischinezie                                    | 1        | —              | —         | —          | —        | —           | 1         |
| <b>Total:</b>                                  | <b>7</b> | <b>10</b>      | <b>14</b> | <b>7</b>   | <b>2</b> | <b>10</b>   | <b>50</b> |

Comparând tabloul histologic al vezicii biliare și al ficatului, am constatat că în majoritatea cazurilor se poate observa un paralelism între gravitatea inflamației vezicii biliare și gradul modificărilor leziunilor hepatice. Notăm însă că acest paralelism nu este obligator. Raportate la inflamația vezicii biliare, semnele hepatice au fost relativ mai ușoare în 6 cazuri, și mai grave în 2 cazuri. În ceea ce privește gravitatea modificărilor hepatice nu am găsit o diferență apreciabilă între cazurile pozitive și negative din punct de vedere bacteriologic, chiar atunci când agentul patogen a fost găsit și în ficat. Între modificările caracteristice hepatitei și simptomele de laborator, clinic indicând prezența unei afecțiuni hepatice, am observat următoarele legături:

În cazurile leziunilor cirozice și precirozice, palparea ficatului, examenul electroforetic și probele de labilitate serică au arătat întotdeauna prezența leziunii hepatice.

În cazurile de hepatită cronică manifestată prin proliferarea țesutului conjunctiv (în total 10), palparea ficatului a indicat leziuni hepatice numai în 5 cazuri, iar proba de labilitate serică a fost pozitivă numai în 2 cazuri.

În cazurile manifestate prin inflamație subacută (în total 10), palparea ficatului a indicat leziuni hepatice numai în 5 cazuri. Dintre probele de labilitate serică, prescurtarea reacției Weltmann a fost observată în 5 cazuri, iar proba de cadmiu a prezentat pozitivitate în 7 cazuri.

Prin urmare din cele 50 de cazuri în care am efectuat sistematic probe de labilitate serică în clinica noastră, în 23 de cazuri am obținut un rezultat pozitiv.

Interpretarea probelor de labilitate serică este îngreunată deseori de faptul că disproteinemia, apărută din cauza inflamației acute sau subacute a vezicii biliare se poate asocia cu modificarea nivelului proteinelor serice cauzată de leziunea hepatică, sau poate masca această modificare. Astfel în hepatitele cronice

cu proliferarea țesutului conjunctiv, creșterea alfa 2 globulinelor poate să cauzeze nu timpul de prelungire al reacției Weltmann, ci dimpotrivă prescurtarea lui. Aceeași situație se constată și în cazul reacției Takata. Tocmai de aceea electroforeza serică, fiind un procedeu care reflectă fidel fracțiunile proteice, este mult mai indicată pentru punerea în evidență a leziunilor hepatice.

În cursul operațiilor am găsit de-a lungul căilor biliare mari, ganglioni limfatici măriți în aceeași proporție, atât în cazurile de colecistită calculoasă, cât și în cele de colecistită necalculoasă (în total 18 cazuri). În unele din acestea am observat și o ușoară dilatare a coledocului. Ia 11 dintre acești bolnavi, au figurat în antecedente personale ictere repetate, sau simptome colangitice. Probabil că în apariția leziunilor hepatice a avut un rol și acțiunea expansivă a acestor ganglioni limfatici măriți.

Continuăm cercetările noastre pentru a observa evoluția hepatitei după colecistectomie. Potrivit rezultatelor de pînă acum este probabil că după operație procesul inflamator din ficat se ameliorează într-o mare parte a cazurilor.

Concluzii:

1. În practica medicală nu se poate neglija hepatita asociată colecistitelor. Stabilirea leziunii hepatice este importantă, atât pentru indicația operatorie, cât și pentru tratamentul pre- și postoperator.

2. În majoritatea cazurilor semnele clinice ale leziunii ficatului pot fi puse în evidență și prin examen clinic. În materialul nostru examenul fizic a indicat prezența leziunilor hepatice în 74% a cazurilor, iar probele de laborator în 50%. În cazurile dubioase biopsia hepatică și examenul electroforetic al proteinelor serice pot da indicații valoroase.

3. Semnele unor leziuni hepatice grave justifică executarea cât mai timpurie a operației. Experiența noastră de pînă acum arată că după operație inflamația ficatului se ameliorează.

Aspectele etio-patogenice ale problemei vor fi prezentate într-o altă comunicare pe baza rezultatelor bacteriologice și histo-patologice.

Mulțumim tovarășului conf. Z. Păpai, conducătorul Clinicii chirurgicale, pentru ajutorul pe care ni l-a dat la efectuarea cercetărilor noastre.

*Sosit la redacție: 24 oct. 1960.*