

## DESPRE TRATAMENTUL ECHINOCOZOEI HEPATICE PERFORATE ÎN CĂILE BILIARE EXTRAHEPATICE

Z. Naftali, F. Nagy

Potrivit datelor din literatură, chistul hidatic al ficatului erupe în căile biliare într-o proporție de 8%, deși există statistici care, în ciuda materialului clinic destul de mare (V. S. *Semenov* 83, N. S. *Malinghin* 36, N. *Covali* și M. *Ballar* 24 cazuri), nu semnaleză această complicație. R. *Cachera* susține că în cazuri asemănătoare, chistul perforează în căile biliare intrahepatice în 90%, iar în vezica biliară numai în 1,5% a cazurilor. Chistul hidatic al ficatului, care erupe în vezica biliară evoluează cu simptomele unei colecistite calculoase, de cele mai multe ori fără icter, spre deosebire de cele perforate în celelalte căi biliare, care se manifestă prin simptomele litiazei coledociene.

Între 1953 și 1960 am tratat în clinica noastră 47 de bolnavi cu chist hidatic al ficatului. Numai într-un singur caz (2,12%) chistul a pătruns în căile biliare extrahepatice, respectiv în vezica biliară.

*Dève* afirmă că 42% dintre chisturile deschise în căile biliare se localizează aproape de suprafața diafragmatică a ficatului. Acest fapt e important pentru alegerea căii de acces și a tacticii operatorii, deoarece calea abdominală, avantaioasă pentru rezolvarea complicației biliare, adesea nu permite abordarea chistului.

Unii autori practic și în caz de complicații biliare calea transtoracică, abordând și marsupializând chistul. După ei, drenajul retrograd e suficient pentru eliberarea căilor biliare obturate. Date statistice întocmite pe un material mai amplu, arată că acest procedeu duce la vindecarea procesului numai în 53,7—56% a cazurilor. Dacă scurgerea biliară nu înțealăz, atunci se execută într-un al doilea timp o coledocotomie, asigurând cu un tub Kehr drenarea căilor biliare obturate și de obicei infectate. Această operație în doi timpi a dus la vindecare în 69,5% (*Sabadini*) 83,3% (*Dève*) a cazurilor.

Alți autori consideră că în asemenea situație e suficient să se facă drenajul căilor biliare extrahepatice printr-o, după ei acesta ar asigura și evacuarea chistului. Cazurile astfel tratate s-au vindecat într-o proporție de 64,3—75%. Această proporție pare exagerată, deoarece nu se poate concepe evacuarea perfectă a membranei chistice prin căile biliare, excepând cazurile în care există căi biliare eferente, care pleacă întâmplător din punctul cel mai decliv al chistului. Chirurgical trebuie totuși să se limiteze deseori la acest procedeu, deoarece de multe ori nu poate aborda chistul în aceeași ședință, fie pentru că nu-l găsește, fie pentru că bolnavul e prea slăbit. Din 5 cazuri ale sale V. *Dimitriu* nu a găsit chistul în nici unul, fiind silit să se mărginească la drenajul coledocului. În cazurile cu starea generală alterată, când extirparea chistului ar constitui un traumatism prea puternic V. *Popescu*, A. *Birzeanu* și colaboratorii execută de asemenea numai coledocotomie cu drenaj coledocian. Dacă prin aceasta procesul nu se rezolvă, ei localizează chistul prin fistulografie și intervin apoi într-un al doilea timp.

Când canalul cistic e permeabil, *Bourgeon* și *Pièrrie* execută o simplă colecistostomie. Noi nu acceptăm această părere, deoarece canalul cistic, fiind mai strîmt, drenează chistul într-o măsură și mai redusă decît coledocul.

Creдем că e judicioasă soluția preconizată de *Burghete* și colaboratorii, confirmată și de lucrările congresului internațional de afecțiuni echinococice de la Alger din 1951. Potrivit acestora chistul și complicațiile sale biliare trebuie rezolvate într-un singur timp, dacă starea bolnavului o permite și chistul e abordabil. În caz contrar se va executa operația care prezintă un traumatism mai mic: deschidem chistul sau drenăm coledocul. Date fiind posibilitățile de reanimare și perfecționare a metodelor de examinare, indicația operației într-un singur timp se pune din ce în ce mai des. În caz de nevoie chistul se poate localiza și cu ajutorul unei colangiografii intraoperatorii.

Judiciozitatea metodei într-un singur timp e confirmată și de următorul caz operat și vindecat:

M. A. bărbat de 51 ani se internează în secția noastră la 15. III. 1958 (foaia obs. nr. 902/958). Cu cinci și cu trei ani înainte de internare a suferit de icter. La 3 luni după primul icter se instalează dureri spastice violente în hipocondrul drept, iradiind în direcția omoplatului drept. Durerile, independente de alimentație, nu durează mai mult de 1—2 ore, dar sînt uneori extrem de violente. Ele se repetă des, devenind în ultimul timp aproape zilnice. Cu 3 săptămîni înainte de internare, în hipocondrul drept apare o tumoare dureroasă de mărimea unui cap de făt, concomitent cu instalarea unei stări febrile.

Bolnavul febril, palid și emaciat are dureri localizate în hipocondrul drept, ce devin din ce în ce mai pronunțate, culminînd cu accese de colică. Scaunele sînt normale colorate. Baza hemitoracelui drept pare dilatăată, iar hipocondrul drept se bombează. Aici se pune în evidență o tumoare de mărimea unui cap de făt, consistentă și cu suprafața boselată. Tumoarea dureroasă la palpare plonjează sub rebordul costal și urmează mișcările respirației.

Examinările arată o viteză de sedimentare de 117/120 mm, o leucocitoză de 8600, o eozinofilie de 8%, iar reacția Cassoni este negativă. Probele funcționale hepatice nu prezintă nimic patologic. Examenul radiologic pune în evidență o dislocare spre stînga a stomacului, fără nici un alt semn patologic. Radiografia regiunii hepatice arată două opacități de intensitate calcaroasă, cu un diametru de cîte 5 cm, situate aproape de marginea inferioară a ficatului (vezi fig. 1). Colecistograma nu pune în evidență vezica biliară.

Stabilind diagnosticul de echinococoză hepatică și empiem al vezicii biliare, ne decidem pentru intervenție. Făcînd sub narcoză o incizie subcostală dreaptă, găsim o vezică biliară de 12x8 cm cu peretele gros de aproape 2 cm. Prin puncție extragem din ea aproximativ 30 ml de lichid verzui, transparent, apos. Deschidem vezica și găsim în ea o mulțime de hidatide fiice, avînd mărimea unor cireșe. Constatăm că polul vezicii biliare comunică cu un chist hidatic cu un diametru de cca. 8 cm, localizat pe suprafața inferioară a ficatului, conținînd foarte multe hidatide fiice de diferite mărimi. Extirpăm vezica biliară și evacuăm chistul. Pe partea laterală a suprafeței inferioare a lobului hepatic drept, găsim de asemenea leziuni caracteristice pentru prezența chistului hidatic. Deschidem capsula fibroasă a chistului și pătrundem într-o cavitate de mărimea unui pumn, din care se evacuează un conținut cremos de culoare verde-gălbui. Independent de această formație, mai găsim patru asemănătoare, care ocupă o mare parte a lobului drept al ficatului. Chisturile sînt despărțite unele de altele prin capsule groase de țesut conjunctiv și trabecule mai mult sau mai puțin late de parenchim hepatic (vezi fig. 2). Evacuăm conținutul chisturilor, extirpăm septurile parenchimoase și conjunctive executînd o rezecție parțială, atipică a lobului hepatic drept. Sondînd prin canalul cistic coledocul de aspect normal, nu întîlnim nici un obstacol și se scurge o bilă normală. Cu ajutorul unei pense de calcul biliar pătrundem prin bontul canalului cistic și prin coledoc în papila lui Vater și dilatăm sfîncterul. Prin această manevră încercăm să înlăturăm spasmul sfîncterului Oddi (*Del Campo*), sau rețracția lui cicatricială (*Goinard, Pegullo, Pelissien*) care însoțesc adesea chistul hepatic.

Examenul bacteriologic al conținutului vezical arată prezența de pneumococi, streptococi, tetrageni și cirlige hidatice. Examenul histopatologic arată o colecistită flegmonoasă și confirmă prezența de membrane hidatice.

După intervenție temperatura bolnavului scade treptat. Prin tubul de drenaj se scurge timp de 18 zile o secreție biliară purulentă. În cea de a 22-a zi după operație, bolnavul părăsește clinica vindecat.

Cu ocazia examenului de control efectuat la 15. II. 1960, bolnavul e complet asimptomatic și a cîștigat 15 kg în greutate. Rezultatele principalelor examene de laborator sînt următoarele: viteza de sedimentare 5/16 mm; celule eozinofile 1%; probele funcționale hepatice nu arată nimic patologic. În sedimentul biliar obținut cu ajutorul sondei duodenale se găsesc 2—3 leucocite și cîteva celule epiteliale. Examenul radiologic arată un ficat cu 1/4 mai mic decît cel normal. În lobul drept se văd mai multe umbre de intensitate calcaroasă, avînd mărimea unor boabe de fasole (vezi fig. 3). Colangiografia intravenoasă este negativă.

În cazul nostru accesele deseori repetate, avînd caracterul specific al colicilor biliare, nu au fost însoțite niciodată de icter. Acest fapt ne permite să deducem că vezicile fiice ție că nu pot trece prin canalul cistic de altfel permeabil, sau dacă trec, atunci se elimină cu ușurință și din canalul coledoc.

*Concluzii.* În caz de chist hidatic al ficatului, perforat în căile biliare extra-hepatice, sîntem adepții executării într-un singur timp a ambelor etape operatorii. Posibilitățile de reanimare și la nevoie colangiografia intraoperatorie înlătură contraindicațiile datorită cărora numeroși autori propun executarea operației în doi timpi.

*Sosit la redacție: 2 aprilie 1960.*

*Bibliografia la autori.*

О ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ  
ПРОРВАВШЕГОСЯ В НАРУЖНЫЕ ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Нафтали З., Надь Ф.

Авторы знакомят с литературой данного вопроса и критически анализируют разные способы операции. Они сторонники одновременной операции желчных путей и удаления пузыря ххинококка. Такую возможность операции обеспечивает реанимация и холангиография, которую можно произвести во время операции.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉCHINOCOCCOSE HÉPATIQUE PERFORÉE  
DANS LES VOIES BILIAIRES EXTRAHÉPATIQUES

Z. Naftali, F. Nagy

À propos de leurs propres observations, les auteurs font une courte analyse des procédés chirurgicaux proposés dans cette maladie. Ils s'approprient l'opinion selon laquelle les voies biliaires est le kyste peuvent être extirpées dans un seul temps opératoire. La réanimation et la cholangiographie intraopératoire assurent la possibilité que l'intervention soit exécutée durant la même séance.