

Sechelele postoperatorii după operațiile pe căile biliare extrahepatice



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 25 Iunie 1937

DE

OVIDIU MAGDA
FOST EXTERN AL CLINICILOR

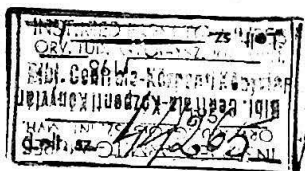
Sechelele postoperatorii după operațiile pe căile biliare extrahepatice



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 25 IUNIE 1937

DE

OVIDIU MAGDA
FOST EXTERN AL CLINICILOR



23 MAY 2005

Decan : Domnul Prof. Dr D. Michail

Profesori :

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologia	” ” ” <i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	” ” ” <i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei	” ” ” <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” ” <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ” ” <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	” ” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	” ” ” <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” ” <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	” ” ” <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	” ” ” <i>Kernbach M.</i>
Clinica Oftalmologică	” ” ” <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ” ” <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ” ” <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ” ” <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” ” <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	” ” ” <i>Pop A.</i>
Medicina operatorie	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	” ” ” <i>Sturza M.</i>
Balneologia	” ” ” <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	” ” ” <i>Teposu E.</i>
Clinica urologică	” ” ” <i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	” ” ” <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	” ” ” <i>Vasilii T.</i>
Anatomia patologică	” ” ” <i>Racoviță E.</i>
Biologia generală	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	Dl. Agr. Dr. <i>Secăreanu S.</i>
Chimia	Dl. Conf. Dr. <i>Bărbulescu N.</i>
Fizica medicală	

Juriul de promoție :

Președinte:	Dl. Prof. Dr. <i>Al. Pop.</i>					
Membrii:	<table border="0"> <tr> <td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>” ” ” <i>I. Hațieganu.</i></td> </tr> <tr> <td>” ” ” <i>V. Papilian.</i></td> </tr> <tr> <td>” ” ” <i>E. Teposu.</i></td> </tr> <tr> <td>” ” ” <i>Gr. Benetato.</i></td> </tr> </table>	}	” ” ” <i>I. Hațieganu.</i>	” ” ” <i>V. Papilian.</i>	” ” ” <i>E. Teposu.</i>	” ” ” <i>Gr. Benetato.</i>
}	” ” ” <i>I. Hațieganu.</i>					
	” ” ” <i>V. Papilian.</i>					
	” ” ” <i>E. Teposu.</i>					
	” ” ” <i>Gr. Benetato.</i>					
Supleant:	Dl. Doc. Dr. <i>Tr. Popovici.</i>					

TATĂLUI MEU ȘI MAMEI MELE

PENTRU SACRIFICIUL EDUCAȚIEI
MELE, LE DEDIC ACEASTĂ LU-
CRARE INAUGURALĂ



UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ, FARMACIE,
ȘTIINȚE ȘI TEHNOLOGIE - TÂRGOVIA





MAESTRULUI MEU DL PROF. D^R AL. POP

**PROFUND RESPECT, DEVOTAMENT ȘI RECUNOȘȚINȚĂ
NEMĂRGINITĂ PENTRU DEOSEBITA CINSTE CE-MI FACE
PRIMIND PREZIDENȚIA LUCRĂRII MELE INAUGURALE**

ONORATULUI JURIU DE PROMOȚIE
RESPECTUOASE MULTUMIRI



Introducere

Dela Langenbuch, care a practicat cel dintâu cholecistectomia în 1882, cu progresul tehnicii operatorii, intervențiile pe căile biliare s'au impus din ce în ce mai mult, așa că astăzi putem spune, că ele sunt printre intervențiile, care se fac în mod curent în clinică.

În general, bolnavii așteaptă după operație o înlăturare imediată și completă a suferinței, de altfel explicabilă pentru psihologia bolnavului, care a încercat până la operație tot felul de tratamente. Bolnavul prin operație „joacă ultima carte“, cum spune Pribram, fiind ultima lui speranță de vindecare, încât foarte natural, că în caz că va suferi și după operație, el să fie impresionat și să se considere nevindecabil.

Sechelele postoperatorii după intervențiile pe căile biliare extrahepatice constituiesc o problemă, care interesează mai ales pe specialist; în acelaș timp ele interesează însă în mare măsură și pe medicul practician, mai ales din punct de vedere al tratamentului acestor stări, fiind foarte important a ști într'un caz dat, dacă e indicat să-l trimită la specialistul chirurg sau îl poate trata și singur.

Pentru înțelegerea mai clară și mai precisă a mecanismului patogen al acestor stări, am crezut necesar să expun pe scurt anatomia și fiziologia căilor biliare extrahepatice. În rest voi trata: clasificarea și frecvența sechelelor postoperatorii; simptomatologia și fiziopatologia, studiate după fiecare grup în parte; observațiuni clinice, diagnostic, prognostic și tratament.

Noțiuni anatomo-fiziologice asupra căilor biliare extrahepatice

Anatomie. Căile biliare extra-hepatice împreună cu cele intra-hepatice formează aparatul excretor al bilei.

Din confluența căilor biliare intra-hepatice rezultă canalul hepatic. Canalul hepatic comunică cu vezicula biliară prin canalul cistic. Din unirea canalului cistic cu canalul hepatic, rezultă canalul choledoc, care se deschide în intestin, în porțiunea a doua a duodenului.

Canalul hepatic ia naștere prin reunirea celor două-trei conducte biliare intra-hepatice terminale. El are diametrul de 4—5 mm., lungimea de 3 cm. (Testut). Dela origine, se îndreaptă, situat fiind în grosimea epiploonului gastro-hepatic, se îndreaptă în jos și la stânga, continuându-se cu choledocul. În traiectul său el încrucișează ramura dreaptă a arterei hepatice și ramura dreaptă a venei porte.

Vezicula biliară e situată pe fața inferioară a ficatului, în foseta cistică. Are forma unui sac piriform, îndreptat în jos și înainte, depășind ușor marginea inferioară a ficatului.

Punctul de contact între peretele abdominal și vezicula biliară este situat la nivelul extremității anterioare a cartilajului coastei a X-a, la intersecția acestei coaste cu marginea externă a mușchiului drept abdominal.

Fundul veziculei este extremitatea anterioară a veziculei. El este mobil, nefiind aderent de ficat. Este singura parte a veziculei, care este în raport cu peretele abdominal și deci accesibilă explorării clinice.

Corpul veziculei este partea care aderă de ficat, fiind situat în foseta cistică.

Colul veziceii se află între vârful fosetei cistice și hilul fi-

catului. El este flexuos și se îndreaptă de sus în jos și dela dreapta la stânga, apoi dinainte înapoi. Inafară este delimitat de corp prin regiunea aderentă de ficat, iar înăuntru de strâmtoarea, care marchează începutul cisticului.

Canalul cistic se întinde dela vezicula biliară la canalul hepatic, cu care se unește, formând choledocul. El are direcție în jos, la stânga, și înapoi. Are o lungime de 33—45 mm. și un diametru de 3—4 mm. Se află situat în grosimea micului epiploon, înaintea și la dreapta venei porte. Artera cistică se află când la dreapta, când la stânga lui. În partea superioară canalul cistic e separat de cel hepatic printr'un unghiu cu deschizătura în sus, iar în partea terminală devine paralel și apoi se alipește de canalul hepatic, până la deschiderea în choledoc.

Canalul choledoc continuă la început direcția canalului hepatic, apoi în cursul său descrie o curbă cu concavitatea externă, fiind întâi oblic în jos și înăuntru, apoi ușor oblic în jos și înafară. El are o lungime de 6—8 cm., iar diametrul de 4—5 mm.

Canalul choledoc are 4 porțiuni: supraduodenală, retro-duodenală, pancreatică și intraparietală. În porțiunea supraduodenală el e situat la marginea liberă a epiploonului gastro-hepatic, imediat înaintea hiatului lui Winslow, fiind în raport înăuntru cu vâna portă. Porțiunea retro-duodenală e situată înapoia duodenului și înaintea venei cave inferioare. Porțiunea pancreatică sau sub-duodenală e situată pe fața posterioară a pancreasului, într'un șanț situat pe această față și nefiind aderent de țesutul pancreatic. Porțiunea intraparietală se află în grosimea peretelui duodenal (porțiunea II-a). La nivelul deschiderii sale în ampula lui Vater, choledocul prezintă un sfincter numit „sfincterul lui Oddi“.

Vase, nervi, limfatice. Căile biliare extra-hepatice primesc ramuri din artera hepatică. Dintre aceste ramuri mai importantă este artera cistică, în caz de colecistectomie, ea trebuind să fie legată.

Vinele căilor biliare extra-hepatice merg în vâna portă, câteva venule cistice pătrund direct în ficat.

Limfaticile căilor biliare extra-hepatice se duc la ganglionii colului veziceii biliare, la ganglionii hilului și la lanțul gan-

glionar al choledocului. Dela acești ganglioni vasele eferente se duc la ganglionii preaortici.

Nervii căilor biliare extra-hepatice provin din porțiunea celiacă a plexului solar.

Structura istologică. Canalele hepatic, cistic și choledoc sunt constituite dintr'o mucoasă, un strat musculo-fibros și o seroasă. Mucoasa este formată dintr'un epiteliu simplu cilindric și un corion constituit dintr'un țesut conjunctiv cu vase. Glandele biliare rezultă din invaginațiunile stratului epitelial.

Stratul musculo-fibros este format din fibre musculare netede, dispuse în 2 straturi: unul intern, longitudinal, și unul extern circular. Stratul circular este mai dezvoltat la deschiderea choledocului în ampula lui Vater, formând sfincterul lui Oddi.

Seroasa e formată de peritoneu.

*Vezi*cula biliară este formată și ea dintr'o mucoasă, un strat fibro-muscular și o seroasă.

Mucoasa e constituită dintr'un epiteliu, format din celule cilindrice cu platou striat și celule caliciforme și un corion format dintr'un țesut conjunctivo-vascular.

Stratul fibro-muscular e format din fibre musculare plexiforme.

Seroasa e o dependență a peritoneului.

Fiziologie: *Vezi*cula biliară este un rezervor muscular dotat cu proprietăți contractile. Pe lângă această proprietate, *vezi*cula biliară mai posedă funcțiuni de absorbție, de concentrație și de secreție.

*Vezi*cula biliară are o capacitate de circa 30—50 cmc., însă ea poate varia în limite destul de largi, după împrejurări. *Contractilitatea* *vezi*culei biliare este astăzi un lucru dovedit. Experiențele pe câini, ale lui Chiray și Pavel, au demonstrat această contractilitate. Unii autori ca: Sachs, Simonek, Pribram, Mozer, au putut observa chiar contracția *vezi*culei pe viu, la oamenii laparatomizați, cărora li-s'a făcut concomitent proba lui Melzer—Lyon.

Chiray și Lomon au studiat prin radiografii această con-

tractilitate și au constatat 2 faze în contracție: una rapidă, de punere în tensiune și alta lentă, de evacuare.

Umplerea vezicii este un fenomen pasiv, legat de presiunea dezvoltată în căile biliare extra-hepatice. Când sfincterul lui Oddi se închide, se ridică presiunea în choledoc (fiind suprimată trecerea bilei spre duoden) și bila din choledoc curge în vezică.

În mod fiziologic contracția veziculei este produsă prin un reflex de origine duodenală, care determină o golire a vezicii biliare. Bila adunată în vezică între două mâncări este vărsată în duoden, mărind astfel puterea digestivă a sucului duodenal. Contractilitatea veziculei este variabilă, însă niciodată perfectă, întru cât aproape niciodată vezicula nu se golește complet. Contractilitatea veziculei biliare poate fi mărită prin diferiți excitanți ai fibrei musculare netede, cu acțiune cholecistocinetică, cum sunt: pituitrina, histamina, și acetilcolina. Boyden a demonstrat acțiunea cholecisto-cinetică a gălbenușului de ou, iar Iwanga a peptonei, lapteului, extractului de carne și mai ales a oleului de olive.

Vezicula biliară posedă ganglioni automotori incluși în peretele său, care pot provoca ei singuri contracțiuni spontane, spre exemplu in vitro. Experiențe demonstrative pentru aceasta a făcut Kodama.

În ceea ce privește raporturile funcționale dintre vezicula biliară și sfincterul lui Oddi, iată care sunt aceste raporturi. Când sfincterul lui Oddi este închis și presiunea din choledoc crește, bila se acumulează în vezică. În faza de contracțiune a veziculei se produc o deschidere sinergică a sfincterului lui Oddi; o deschidere a sfincterului lui Oddi nu aduce după sine întotdeauna o contracție a veziculei. O excitație mecanică e suficientă să deschidă sfincterul lui Oddi, uneori e însă insuficientă să producă și o contracție a veziculei. (Spre exemplu excitația produsă de sonda duodenală). Experiențele lui Kodama au arătat că sfincterul choledocului se deschide în timpul fiecărei faze de relaxare a undei peristaltice duodenale, fără ca să fie neapărat o contracție și deci o golire a veziculei.

Vezicula biliară nu răspunde indiferent la toate excitațiunile. Corpii streini inerți (spre ex.: sulfatul de bariu, amido-

nul), traversează tubul digestiv, fără a atinge contractilitatea sa. Alte substanțe (spune ex. sărurile biliare), măresc scurgerea de bilă în intestin, sfincterul fiind larg deschis; vezicula însă în loc de a se contracta, rămâne destinsă. Experiențele lui Iwanga au arătat, că drogurile au o acțiune diferită asupra veziculei biliare și asupra sfincterului lui Oddi. Pilocarpina și fizostigmina măresc tonusul sfincterului și presiunea intra-choledociană, apoi mai târziu, după vre-o 10 minute, produc expulsia bilei din veziculă. Atropina și scopolamina produc relaxarea sfincterului și a veziculei.

O altă funcțiune importantă a veziculei biliare este aceea de *concentrațiune*. Bila pierde în vezică o parte din apă și astfel devine mai concentrată în ceilalți componenți ai săi, în special în pigmentii și în acizi biliari. Vezicula biliară concentrează bila prin rezorbția apei și o reduce la 2/3—1/4 din volumul său. Este considerată ca normală o concentrație de bilă veziculară, care nu depășește de 4 ori pe aceea a bilei hepatice.

Absența sau insuficiența bilei modifică digestia în mod defavorabil. Grație bilei concentrate putrefacțiunile intestinale sunt mai mult sau mai puțin împiedecate, realizând un fel de antisepsie, care explică întru câtva frecvența infecțiunilor intestinale la bolnavii, care au suferit ablațiunea veziculei.

Vezicula biliară mai posedă o funcție *absorbantă*. Absorbția grăsimilor neutre este astăzi dovedită. Aschoff și Bacmeister au demonstrat experimental la câini puterea de absorbție față de grăsimi. În ce privește absorbția cholesterinei, unii o admit, alții nu. Chiray și Hesse au dozat comparativ cholesterina și pigmentii biliari în bilele A, B și C și au găsit o proporție mărită de cholesterină în bila veziculară. Două explicații s'ar putea da: sau vezicula rezoarbe electivi pigmentii și apa fără a rezorbi cholesterina, sau pereții săi ar secreta cholesterina. Chiray rămâne pe lângă ultima explicație.

După Benendes, Wilkie și Doubilet concentrația cholesterinei din bilă, mai slabă sau mai puternică decât aceea din sânge, ar determina trecerea cholesterinei din sânge în bilă sau invers.

Alte proprietăți ale veziculei biliare. Celula biliară ar avea proprietăți reductoare. Extractele pereților veziculei pot trans-

forma, în vitro, bilirubina în urobilină. Pribram a izolat un extract din peretele veziculei, pe care l-a numit „cholezysmon“, care mărește acțiunea lipazei pancreatice, dar nu are acțiune asupra tripsinei și amilazei, având însă o oarecare putere choleretică.

Bila facilitează rezorbția și digestia grăsimilor, transformând acizii grași în săpunuri. Bila mărește peristaltismul și susține rezorbția, micșorează procesele de putrefacție intestinală.



Frecvență. Clasificare.

Ținta obișnuită spre care tinde ori ce intervenție chirurgicală, este vindecarea absolută și permanentă a bolnavului. Această vindecare este însă foarte variabilă dela caz la caz, fiind în raport atât cu particularitatea cazului de operat, cât și cu natura operației.

Tunburările cari rămân sau reapar în urma intervențiilor făcute asupra căilor biliare extra-hepatice, depind în primul rând de felul operației și durata afecțiunii, care a necesitat intervenția.

În ceea ce privește rezultatele imediate, obținute după operațiile asupra căilor biliare, mortalitatea actuală în astfel de intervenții este foarte scăzută.

Cele mai multe cazuri mortale sunt acelea, care prezentau leziuni grave preexistente operației, ca: angiocolită septică, insuficiență hepatică, pancreatică acută hemoragică, stenoză duodenală, etc., așa încât mortalitatea care ar putea avea drept cauză procedeul operator, este foarte redusă, sub 1%. Rezultatele cele mai favorabile le avem după mucoclaza Pribram, încât această intervenție este recomandată întotdeauna, în special în leziunile asociate cu pericholecistită, care nu permit o cholecistectomie subseroasă ideală.

După operațiile pe căile biliare extra-hepatice se observă uneori că bolnavii continuă să sufere și mai departe, fie că se continuă suferința anterioară operației, fie că se prezintă simptome noi, care înainte lipseau.

În general suferințele postoperatorii se pot grupa în două grupuri mari (*Hațieganu*): accidente mari și accidente mici.

Accidentele mici, adică mici acuze pe care le au bolnavii și după operație, sunt relativ destul de frecvent. Astfel, Gos-

set și *D. Petit—Dutailis* în raportul lor făcut la Congresul Litiazei Biliare din Vichy din 1932, spun că, dacă ținem seamă de cele mai mici simptome acuzate de bolnav, după operație, găsim astfel de sechele în 40% din cazuri. Dl. Prof. Dr. *Al. Pop*, într'o anchetă recentă făcută asupra bolnavilor operați pe căile biliare, a găsit o porție de 15—20%. De obicei însă cauzele acestea sunt ușoare, încât nu împiedecă viața socială a bolnavului; el își poate vedea de ocupație. În general aceste sechele consistă în turburări dureroase în regiunea operată, dureri suportabile, reduse ca intensitate, încât nu se pot compara cu cele din colica hepatică.

Accidentele mari, adică sechelele mai serioase, nu se observă după *Gosset* și *Dutailis*, decât într'o procentualitate mult scăzută, la 10% — și chiar 5%. Dintre cazurile operate în Clinica Chirurgicală din Cluj, am găsit aceste sechele într'o proporție de 5—6%.

Finsterer din 316 cazuri a avut 253, adică 80%, bolnavi complet lipsiți de turburări după operație; 25 cazuri, adică 7,9% ameliorați simțitor, prezentând ușoare turburări în legătură cu stomacul, o colită, sau o apendicită, însă pot să-și vadă de ocupație, căci au scăpat de dureri. Prin urmare ar fi 87,9% rezultate bune. 38 cazuri, adică 12,1% au prezentat dureri și după operație. În clinica lui *Schlosser* 91% au fost pe deplin vindecați și capabili de muncă. În clinica lui *Bud.savljevic* (Zagreb) 95% din cholecistectomii nu prezintă nici o turburare timp de peste 5 ani dela dela operație.

Villard (Lyon) din 312 operațiuni de cholecistectomie, 260 au fost făcute pentru litiaza veziculară. Din aceste 260 cholecistectomii pentru litiază, 72% au dat rezultate bune, 16% s'au complicat cu mici turburări funcționale; în 9% rezultatele au fost rele sau nule. Din 52 cazuri de cholecistectomie pentru pseudo-litiază 50% rezultate bune, 50% rezultate rele sau nule.

Volovici găsește 25% rezultate perfecte, 60% ușoare turburări digestive și 15% turburări grave, datorite aderențelor sau angiocholitei cronice. După *Pribram* 80% din cazuri pot beneficia de o vindecare permanentă, lipsită de ori ce suferință, restul de 20% continuă să sufere și după operație, conti-

nuând să prezinte acuze diverse, după particularitatea cazului respectiv.

Stabilirea prognosticului operator este foarte dificilă, întrucât e foarte greu să precizăm, dacă pacientul operat va continua sau nu să prezinte acuze și după intervenție.

Din punct de vedere clinic sechelele postoperatorii se pot grupa după simptomele prezente în: accidente dureroase, accidente digestive, accidente infecțioase și accidente generale (*Hațiganu*).

O clasificare anatomo-clinică mai completă e aceea a lui *Pribram*, pe care am adoptat-o și noi în cazul de față, pentru studiul problemei sechelelor postoperatorii după operațiile pe căile biliare.

Pribram împarte sechelele postoperatorii în 7 grupuri:

În grupul I. sunt încadrate *adevăratele recidive*, datorite formării de noi calculi în urma îndepărtării lor pe cale operatorie. Acestea sunt cazuri rare și se întâlnesc atunci, când se lasă vezica biliară pe loc, adică nu se face ablațiunea ei.

Grupul II. cuprinde *pseudo-recidivele*, datorite omiterii de calculi în căile biliare în timpul intervenției.

În grupul III. sunt cuprinse *acuzele după aderențe*: perihepatite, pericholedocite, periduodenite și peripilorite.

În grupul IV. găsim *hepatita* cu cele 2 forme: cholangitică și limfangitică.

În grupul V. avem *pancreatita cronică*.

În grupul VI. sunt încadrate *insuficiențele funcționale* survenite în urma ablațiunii veziculei biliare. Aici aparțin dischinezia spastică și dischinezia atonă.

Grupul VII. cuprinde acuzele datorite greșelilor directe de operație. Aici aparțin: stenoza căilor biliare, fistulele biliare, herniile postoperatorii și indicațiile greșite.

În ce privește *timpul după care apar acuzele postoperatorii* de recidivă, el este foarte variabil dela caz la caz; uneori bolnavii continuând să sufere și pe mai departe după operație, iar alții se simt bine un timp oarecare și numai după aceea au acuze. Sunt unii bolnavi, cari imediat după operație sau după câteva săptămâni, se plâng de o senzație de presiune în epigastru, însoțită de diverse fenomene dispeptice, pentru ca

mai târziu să prezinte dureri în hipocondrul drept și deseori crize hepatice tipice. În alte cazuri după o perioadă de câteva luni sau chiar ani de zile, când sunt complet lipsiți de ori ce acuze, operații se îmbolnăvesc și prezintă acuze hepatice. De cele mai multe ori îmbolnăvirea survine în urma unei greșeli de regim.

Foarte mulți bolnavi, cari imediat după operație au prezentat acuze hepatice, devin complet lipsiți de aceste acuze și rămân în permanență în această stare, cu toate că nu au făcut vre-un tratament special.

În ce privește *simptomatologia* acuzelor postoperatorii amintite ea variază dela caz la caz și o vom studia după grupa respectivă în care se pot încadra acele acuze. În general, bolnavii cu acuze de recidivă se plângă de o senzație de jenă dureroasă în epigastru sau hipocondrul drept, care se poate exacerba din când în când sub forma de crize dureroase cu iradierii în spate și umărul drept, adevărate crize hepatice, care pot fi complicate într-un mic procent de cazuri de icter și febră, eventual frisoane.

Pe lângă aceste semne, adeseori găsim simptome dispeptice variate, ca: balonare și tensiune epigastrică, inapetență electivă față de grăsimi, uneori piroze și regurgități; fenomene ritmate uneori de alimentație, încât amintesc simptomatologia ulcerului gastro-duodenal. Putem întâlni deasemeni și turburări variate de motilitate și secreție a tubului gastro-intestinal.

Înainte de a trece la studiul fiecărui grup în parte, țin să amintesc că în multe cazuri afecțiunea căilor biliare este însoțită de alte afecțiuni, ca: apendicita cronică, periduodenita, ulcerul duodenal, afecțiunile rinichiului drept, limfangita mezenterică, colita, ptiza abdominală. Natural că după operație turburările vor persista în acest caz, dacă organul bolnav a fost lăsat pe loc, spre exemplu apendicele.

Finsterer insistă pe lângă coincidența ulcerului duodenal cu cholecistitele operate. După el, aproape jumătate din turburările de recidive postoperatorii sunt condiționate de un ulcer, care a fost prezent și înainte, dar a fost neglijat la intervenție, sau a apărut mai târziu după operație. *Finsterer* a

constatat din 38 cazuri operate în 16 cazuri un ulcer duodenal coasociat, care a putut fi confirmat prin reoperație în 2 cazuri; reoperația a adus amendarea fenomenelor de recidivă, deci vindecarea. După observațiile făcute de noi în Clinica Medicală asupra bolnavilor operați pentru afecțiunile căilor biliare, putem afirma că ulcerul gastro-duodenal poate fi coasociat cu aceste afecțiuni, însă în proporție mult mai redusă decât cum o dă Finsterer. Mai frecventă ni-s'a părut coafecțiunea apendicelui.



Simptomatologie. Fiziopatologie.

1. Adevăratele recidive. Am amintit ce înțelege *Pribram* prin aceste recidive. În formarea calculilor are importanță mare staza și infecția căilor biliare. Sediul principal al formării calculilor este vezicula biliară. Dacă vezicula este îndepărtată prin operație, pericolul formării de noi calculi e aproape complet înlăturat. Totuși sunt uneori cazuri, când se pot forma noi calculi și în aceste împrejurări. Când vezicula e păstrată, adică în colecistostomii, sau cholecistotomii, acest pericol persistă și după operație, ba chiar se creiază o nouă cale: cicatricea din peretele veziculei biliare, care favorizează staza, fiind deranjată prin prezența ei și contractilitatea veziculei. Ca simptome în aceste cazuri vom avea și după operație colice hepatice recidivante.

2. Pseudo-recidivele sunt datorite omiterii de calculi în timpul actului operator, cu deosebire în choledoc. Și aceste cazuri se manifestă din punct de vedere clinic prin colice recidivante puternice. Frecvența acestor accidente este în legătură în bună parte cu experiența operatorului chirurg. Se pot găsi calculi chiar într'un choledoc care are pereții subțiri, nu este dilatat și icterul nu este frecvent. De aceea este necesar întotdeauna controlul choledocului în timpul intervenției.

3. Acuzele după aderențe sunt desigur cele mai frecvente acuze cari se întâlnesc după intervențiile chirurgicale asupra căilor biliare. Aproape în toate cazurile operate, când bolnavii continuă să sufere, suferința lor este datorită acestor aderențe, fie în mod principal, adică numai lor, fie că acuzele

datorite aderențelor cad pe al doilea plan. Aceste acuze sunt foarte frecvente, tocmai datorită faptului că ele nu se pot preveni prin operație, întru cât se observă uneori aderențe întinse nu numai după operațiile cu drenaj, ci și după o operație vindecată per primam. În general aderențele peritoneale vor da acuze numai atunci, când prin prezența lor împiedecă un organ al cavității abdominale să-și exercite funcțiunea lui fiziologică.

Cele mai dese dintre aceste aderențe după operațiile pe căile biliare sunt *aderențele pericholecistitice*, de origine inflamatorie, care pot fi prezente și înainte de operație și care pot rămânea în același grad sau chiar în grad mai mare după operație. Simptomele acestor aderențe sunt datorite obstacolului produs de ele în scurgerea bilei, cu consecința imediată: distensiunea canalelor extra-hepatică sau chiar a veziculei, dacă ea nu a fost îndepărtată prin actul operator. Această distensiune e urmată de contracțiuni spasmodice, care determină colice puternice cu punct de plecare din hipocondrul drept sau epigastru, cu iradieri în spate și umărul drept, complicate uneori cu icter și febră, datorite retenției biliare, precum și cu turburări gastro-intestinale de formă variată.

Un alt grup de aderențe tot atât de frecvent ca și cel amintit înainte, îl formează *aderențele cu tubul digestiv*: peripilorite, perigastrite, periduodenite, pericolite. Aceste aderențe sunt datorite unei peritonite cronice subhepatică, putând da cu timpul, prin dezvoltarea întinsă a aderențelor adevărate stenoze pilorice sau duodenale, încât să fie necesară o intervenție cu scopul de a desface aderențele. Uneori însă aderențele sunt întinse foarte mult, încât secționarea lor ar risca o recidivă; de aceea e mai bine să se facă o gastro-entero-anastomoză trans-mezocolică posterioară sau antecolică anterioară, după posibilitate. Un astfel de caz care a necesitat o gastro-entero-anastomoză din cauza aderențelor, este citat de *Van der Est* și *De Langre*.

Simptomatologia clinică a acestor aderențe se traduce prin semne gastro-intestinale foarte variate. La început bolnavii au digestii încete, cu dureri tardive la 3—4 ore după alimentație, însoțite de fenomene dispeptice: balonări epi-

gastrice, tensiune epigastrică, inapetență, piroze, încât imită simptomatologia ulcerului gastro-duodenal. Cu timpul durerile devin continue și sunt însoțite chiar de vărsături alimentare sau bilioase. Uneori găsim semne de ileus produs prin bride.

Pericolita dreaptă poate da colice postprandiale, balonări sub-hepatice, fenomene de colită, manifestate prin perioade alternante de diaree și constipație, uneori accidente de sub-obstrucție intestinală.

Când este prins între aderențe și pancreasul, se produce o inflamație a lui, tumefierea capului, manifestate din punct de vedere clinic cu semne de pancreatită cronică.

Un alt grup de aderențe îl formează *aderențele peri-hepatice*, care se manifestă prin bande fibroase între suprafața ficatului și peritoneul parietal, datorite unei inflamațiuni a capsulei lui Glisson. Aceste aderențe pot împiedeca ficatul și diafragma să execute mișcările fiziologice din timpul respirației și să determine chiar dureri. Ca simptome clinice putem avea numai o sensibilitate difuză în regiunea hipocondrului drept, tradusă prin presiuni și înepături la acest nivel, sau chiar colice hepatice tipice, cu iradieri în umărul drept și în spate.

4. Hepatitele. Icterul se observă uneori ca urme operatorii după intervențiile asupra căilor biliare. Adeseori el este precoce, însă ușor și transitor, uneori însă persistă. Cele mai dese cazuri de icter postoperator sunt datorite traumatizării chirurgicale a choledocului, care ulterior produce o stenozare a lui, datorită retracției în urma vindecării, cu consecința: retenție de bilă, și deci icter. Alteori icterul este datorit calculilor rămași în choledoc, care opresc fluxul biliar spre duoden; alteori este datorit hepatitei. În cazuri rare icterul este datorit pancreatitei, care dă compresiunea choledocului, cu retenția de bilă consecutivă.

Infecțiunea ficatului se poate face pe cale ascendentă, prin intermediul căilor biliare, sau pe cale limfatică. În primul caz vorbim de forma *cholangitică* a hepaticeii, în al doilea caz de forma *limfangitică*. În mod obișnuit infecția ascenden-

tă din intestin ajunge foarte rar în căile biliare, fiind în contra direcției fluxului biliar, care realizează prin această continuă spălare a căilor biliare, o antisepsie a lor. În mod patologic, când este stază biliară, această infecțiune este favorizată. Staza și obstrucția căilor biliare este prima condițiune pentru infecția ficatului.

Virulența microbilor intestinali crește în lipsa bilei, astfel că în staza biliară infecția ascendentă este favorizată și mai mult. Ficatul participă la insultele toxi-infecțioase, reacționând în grad variabil.

Forma cholangitică acută, apărută imediat după operație, este datorită propagării infecției dela veziculă la choledoc și ficat. Suprimarea drenajului produce o exaltare a virulenței microbilor, care dă un spasm al sfincterului lui Oddi și deci retenție biliară cu distensia conductelor biliare. Clinic această formă se manifestă printr'un ficat mare, dureros, crize hepatice însoțite de icter, frisoane și temperatură.

Această formă se observă la bolnavii prezentați la operație într'o fază tardivă, când aveau deja crize dureroase cu frisoane și icter. După operație atât timp cât se menține drenajul, totul merge bine; odată cu suprimarea lui survin accidente, datorite obstacolului funcțional al sfincterului lui Oddi. După mai multe ședințe de drenaj spasmul cedează și totul se ananjează. Un astfel de caz am putut observa și noi, când după suprimarea drenajului a apărut un icter pronunțat cu prurit, bradicardie, și dureri în regiunea hepatică. (Obs. XXXIV).

Forma cholangitică cronică este datorită exaltării virulenței florei intestinale, asociată de incontinența sfincterului lui Oddi, care favorizează astfel invadarea căilor biliare pe cale ascendentă. Simptomatologia acestei forme se traduce prin colice hepatice, frisoane și febră cu subicter, care apar în crize la intervale variabile, fără alterarea stării generale și dispar după un tratament rațional.

Forma benignă se traduce prin dureri continue în hipochondrul drept și cu subfebrilități de 37,2—37,6°. Sondajul duodenal în aceste cazuri ne arată o bilă infectată. (În bilă leucocite și microbi.)

Forma a doua a hepatiei este cea *limfangitică*. Ea se observă în legătură cu îmbolnăvirea unui alt organ abdominal, care are legături intime cu ficatul, cum e spre exemplu apendicele. În această formă este reacționat tot aparatul limfatic al ficatului. Concomitent cu această reacțiune inflamatorie a aparatului limfatic al ficatului, există străzi de iritație analoage în căile limfatice ale tubului digestiv și mezenterului, formând în complexul lor ceea ce *Pribram* a numit „limfangită mezenterică“. O cauză frecventă a acestei limfangite este formată de un focar infecțios, localizat pe intestinul subțire, mai ales pe apendice și vezicula biliară. Procesul inflamator inițial al acestor organe este foarte redus, încât fenomenele clinice trebuiesc puse pe contul limfangitei. Pericholecistitele și peri-hepatitele pot fi deasemeni cauza acestei limfangite; la fel „boala aderențelor“ (*Adhesionkrankheit*), cum a numit-o *Pribram*.

Tendința la recidive în aceste forme e foarte pronunțată cu ocazia ori cărei infecții, în special în acelea cu caracter general, spre ex. amigdalită. Clinic și această formă se manifestă prin colice dureroase, vărsături, leucocitoză, febră, care survin în crize.

5. Pancreatita cronică se observă uneori în legătură cu o boală hepato-biliară. Infecția se poate face pe cale canaliculară (prin căile biliare infectate) sau pe cale limfatică dela vezicula biliară. De obicei pancreatita apare în cursul suferinței căilor biliare și dispăre în urma intervenției chirurgicale executate asupra lor; poate însă persista și pe mai departe și atunci este necesar un tratament igienico-dietetic și medicamentos cu extrase de pancreas. Ca simptome clinice, pe lângă durerile cu iradieri în umărul stg., cretoare și steatoee, de remarcat pentru forma de pancreatită în legătură cu o afecțiune hepato-biliară că e însoțită de o intoleranță pronunțată față de grăsimi, până la diabet pronunțat. Coafecțiunea pancreasului se traduce mai des prin sindromul digestiv pancreatic, mai rar prin cel duros.

6. Turburări funcționale postoperatorii. Cercetările experimentale asupra turburărilor produse prin ablațiunea veziculei biliare au fost începute de *Oddi* în 1888. El a experimentat

pe 3 câini, cărora le-a extirpat vezicula biliară și apoi i-a ținut sub observație și apoi i-a sacrificat respectiv la 1—2—3 luni după operație. După aceea experiențele de acest fel s'au înmulțit.

Donnet, în congresul litiazei biliare din Vichy din 1932, a făcut un raport detaliat asupra consecințelor cholecistectomiei. După o perioadă latentă de circa 30 zile, canalele biliare extra-hepatice se dilată în urma hipertensiunii biliare; într'o epocă mai tardivă suferă aceleași transformări și cele intra-hepatice. Dilatația bontului cistic este uneori așa de pronunțată, încât dă impresia unei noi vezicule. Căile biliare se infectează, putrefacția intestinală crește, virulența germenilor intestinali este exaltată, mecanismul excreției biliare e alterat: Cea mai mare parte a turburărilor, care survin după ablațiunea veziculei biliare nu sunt imputabile cholecistectomiei însăși, ci persistenței postoperatorie a turburărilor umorale sau proceselor infecțioase, care au existat și înainte de intervenție și care au produs inflamația veziculei și au motivat exereza sa.

Bérard și Mallet Guy au practicat la cholecistectomizajii vindecați sondajul duodenal și apoi au făcut concomitent proba lui Melzer — Lyon. Ei au obținut după această probă o pseudo-bilă B, o bilă mai închisă decât bila A, provenită verosimil din dilatarea choledocului, în care se face o ușoară concentrație a bilei. Pe de altă parte ei au demonstrat prin aceste experiențe septicitatea bilei, microbismul biliar, găsind aproape în permanență leucocite și microbi în bilă.

După ablațiunea veziculei biliare survin turburări și în funcțiunea gastrică și în cea pancreatică. Aceste turburări sunt relativ mai rare, survin numai în 2/5 din cazuri și apar atunci, când se extirpă o veziculă, care nu și-a pierdut complet funcțiunea înainte de intervențiune.

După îndepărtarea veziculei biliare pot surveni turburări în funcția sfincterului lui Oddi, mărindu-se iritabilitatea acestui sfincter, de unde rezultă tendințe mărite spre stări spastice. După operație bila secretată între mese se adună în canalele biliare, destinându-le și provocând astfel durere. Cu cât tonusul sfincterului lui Oddi este mai puternic, cu atât

dilatarea produsă va fi mai mare și în consecință și durerea. Insuficiența veziculară poate fi compensată ulterior prin dilatarea canalelor biliare. Afară de stările spasmodice ale sfincterului lui Oddi, mai poate surveni în urma ablațiunii veziculei și o insuficiență a lui.

Din punct de vedere clinic, după extirparea veziculei biliare putem avea 2 forme de dischinezii: în choledoc și în papilă. Prima formă este *dischinezia spastică*, manifestată prin stări spastice la nivelul papilei. Forma a doua a dischineziei este cea atonică, având ca punct de plecare insuficiența papilară. Până când în prima formă cu stări spastice simptomele clinice care domină sunt acelea de compresiune, stază și hepatită, în această formă de *dischinezie atonă*, cu insuficiență papilară, domină turburările gastro-intestinale.

Cercetările experimentale ale lui *Donnet*, despre care am amintit, precum și cele ale lui *Balice*, au arătat, că la animalele lipsite de vezicula biliară, virulența florei intestinale crește, în special pentru bacilii coli. Insuficiența papilară favorizează apoi infecțiunea căilor biliare pe cale ascendentă. Sondajul duodenal practicat în astfel de condițiuni, arată prezența infecției în căile biliare.

Insuficiența sfincterului lui *Oddi* permite o scurgere continuă a bilei în duoden, care mărește peristaltismul intestinal și astfel dă stări de diaree. În producerea acestor stări de dischinezie însoțite de diaree, intervine poate și o influență hormonală. Uneori imediat după operație se prezintă astfel de semne de insuficiență papilară, manifestată din punct de vedere clinic prin o diaree profuză și fetidă, care poate duce la fenomene mai grave de enterită, cu ascensiuni febrile până la 39°.

Printre funcțiunile veziculei biliare știm că este și aceea de a concentra bila și a o elimina în această stare de concentrațiune, cu putere digestivă mărită. Natural că în stările consecutive extirpării veziculei biliare, concentrația bilei nu se poate face și în consecință vom găsi stări de intoleranță față de substanțele grase, intoleranță care se manifestă de obicei după mese copioase.

Am amintit că turburările postoperatorii în urma abla-

ființii veziculei biliare survin mai ales atunci, când se scoate o veziculă a cărei funcțiune încă nu este complet dispărută. Din aceste motive este consult să facem indicația de îndepărtare a veziculei, numai atunci, când ea e distrusă complet și a devenit lipsită de ori ce funcțiune. În cazuri contrare, pentru a evita recidivele postoperatorii, se caută pe cât posibil, a se menține încă o veziculă în funcțiune. În acest scop *Pribram* a imaginat o operație, pe care o recomandă mai ales în cazurile de veziculă de stază, așa zisele „vesicule fraise“ (*Erdbeerblase*), și care consistă în o cholecisto-choledocostomie. Prin această operație stagnarea conținutului veziculei e împiedecată, inflamația veziculei e influențată în mod favorabil, mucoasa vezicală manifestă tendință de vindecare și regenerare, încât putem salva pe deplin vezicula în funcțiunile ei, care după o boală mai îndelungată ar fi fost altfel condamnată la piere.

În unele cazuri reacțiunile dureroase postoperatorii în urma intervențiilor pe căile biliare sunt localizate la plexurile nervoase abdominale. Această reacțiune pare independentă de ori ce complicațiune asupra căilor biliare și denotă iritația sistemului nervos vegetativ, iperestezia plexului solar și mezenteric, prin excitația terminațiilor nervoase, dela acest nivel, fie direct, fie în mod reflex.

7. Sechelele postoperatorii datorite greșelilor directe de operație. În acest grup avem: stenoza căilor biliare, fistulele, herniile și indicațiunile greșite.

a) *Stenoza căilor biliare* este datorită mai deseori unei lezări a canalului choledoc în timpul intervenției chirurgicale. Cicatricea formată ulterior la nivelul choledocului, la care se adaugă o îngroșare a peretelui choledocului, în urma unei choledocite inflamatorii, duc la o stenozare a acestui canal, manifestată din punct de vedere clinic cu simptomatologia obstrucției calculoase a choledocului: icter, febră și dureri în hipocondrul drept cu iradieri în spate și umărul drept.

În unele cazuri stenozele postoperatorii ale choledocului sunt datorite unei choledocite inflamatorii preexistente înaintea operației. Când staza e prelungită, ficatul poate prezenta alterațiuni de cholostază până la ciroză biliară,

b) *Herniile postoperatorii* după intervențiile pe căile biliare survin într'o proporție redusă a cazurilor. Ele se datoresc slăbirii peretelui abdominal la nivelul cicatricei operatorii sau dehiscenței firelor de sutură în urma măririi presiunii abdominale din cauze variate.

În cazurile când se face laparatomie superioară dreaptă (incizia în baionetă după Kehr sau incizia transversală a lui Spengler), sau laparatomie mediană, cicatricea e susceptibilă să cedeze în caz când presiunea abdominală crește, mai ales atunci, când a fost nevoie de un drenaj îndelungat sau când s'a produs o infecție secundară și a supurat peretele abdominal.

Incizia supracostală recomandată de *Příbram* dă o cicatrice protejată față de presiunea internă, de către partea osoasă și cartilaginoasă a rebordului costal, încât astfel posibilitatea de producere a herniilor este aproape complet suprimate. Pe de altă parte presiunea abdominală este mai redusă la nivelul ipocondrului și flancurilor decât în regiunea abdominală inferioară (spre ex. în regiunea fosei iliace drepte), așa că avem încă un motiv în plus în favoarea acestei incizii. În cazurile operate în Clinica Chirurgicală din Cluj, când s'a practicat incizia supracostală, herniile nu s'au produs chiar nici atunci, când a fost vorba de un drenaj prelungit, sau când a supurat plaga.

c) *Fistulele biliare* postoperatorii sunt complicațiuni legate de actul operator. Ele se datoresc fie unei terapeutici chirurgicale paliative, fie în urma unei greșeli de tehnică făcute în timpul intervenției asupra căilor biliare.

Fistulele biliare postoperatorii survin mai ales în urma intervențiilor paliative, între care primul loc îl ocupă cholecistostomiile și în al doilea rând choledocotomiile. Prin cholecistostomie se păstrează focarul septic prezent în veziculă, acest focar întreține fistula și oprește închiderea ei, putând declanșa accidente bilio-septice. După choledocotomii rareori se produce o fistulă biliară permanentă, dacă drenajul a fost făcut în bune condițiuni de tehnică și a durat un timp suficient, încât după suprimarea lui permeabilitatea choledocului să fie restabilită.

Fistulele biliare care survin după cholecistostomii și choledocotomii, sunt datorite unui obstacol în scurgerea bilei: o ruptură a choledocului, stricturi ale choledocului, inflamațiuni: choledocite sau pericholedocite, sau chiar pancreatite concomitente, care prin tumefierea capului pancreasului comprimă choledocul și astfel fluxul biliar spre duoden este suprimat. Tocmai suprimarea acestui flux biliar în direcția lui fiziologică este aceea, care întreține fistula, oprind închiderea ei. Pe lângă acest factor intervine și focarul de infecție localizat la veziculă și care a rămas, întru cât prin aceste operații vezicula se menține pe loc. Pentru aceste motive, acolo unde choledocul nu poate fi abordat, pentru a evita cholecistostomia, D. Prof. Dr. Alex. Pop a imaginat o operație, consistând într-o mucoclază Pribram asociată cu drenajul cisticului. Această metodă, deși e susceptibilă și ea la formarea unei fistule biliare, are avantajul că înlătură focarul septic vezicular, încât procesele de reinchidere ale fistulei se pot produce cu mai multă ușurință.

În cazuri de cholecistite gangrenoase blocate, care necesită o intervenție de urgență, deci la cald, din cauza imposibilității de explorare a căilor biliare, provocate de aderențele multiple organizate, pericolul de formare al fistulelor este prezent.

Printre greșelile de tehnică operatorie, care pot da naștere la fistule, sunt: lezarea choledocului în timpul actului operator, lipsa ligaturii cisticului, relaxarea tardivă sau alunecarea ligaturii cisticului în transfixia cisticului cu prilejul ligaturii lui.

În ce privește simptomatologia fistulelor, pe lângă prezența traiectului fistulos, prin care se scurge bilă; dacă fistula persistă un timp mai îndelungat, pierderea de bilă duce la slăbime, mers greoiu, dureri în diferite părți ale membrilor. Pe lângă turburările în metabolismul grăsimilor se produc turburări și în metabolismul calciului. Calciul se elimină în cantități mărite și e mobilizat din oase. În urma acestei decalcifieri oasele încep să se deformeze, coloana vertebrală se încurbează, gambele de asemeni, încât într-o fază mai tardivă stațiunea în picioare e imposibilă. Din aceleași motive se pro-

duc cu ușurință fracturi spontane la diferite oase, cu deosebire la femur, cubitus și radius. Cu timpul aceste turburări duc la o emaciare progresivă, la o adevărată „cașexie acholică“, după cum o numește *Takasu*. În plus în această stare găsim turburări sanghine, o anemie pronunțată și o diateză hemoragică, manifestată prin tendință la sufuziuni sanghine.

d) *Sechelele datorite indicațiilor operatorii greșite*. În acest grup sunt cuprinse sechelele datorite unor operații, care nu erau indicate să fie făcute. Am amintit despre turburările cari survin în urma extirpării unei vezicule, care mai este capabilă de o oarecare funcție, și care deci, prin suprimarea ei determină turburări, organismul fiind lipsit de o funcție importantă.

Pentru acest motiv colaborarea medicului internist cu a chirurgului este de cea mai mare importanță în stabilirea intervenției. Dacă executarea unei operațiuni, spre exemplu o cholecistostomie este indicată în unele cazuri și dă rezultate mulțumitoare, ea nu e indicată în altele, așa că executarea ei în ultima condiție, expune bolnavul la recidive plictisitoare atât pentru medic, cât și pentru bolnav, recidive cari ar fi putut fi evitate. Tocmai pentru a arăta importanța problemei indicației operatorii, cred necesar să amintesc, pe scurt, avantajele și dezavantajele fiecărei metode de operație, arătând și indicațiile lor, când e indicată un fel de intervenție și când alta.

Anastomozele bilio-digestive sunt indicate în icterele prin retenție, datorite obstrucției complete și iremediabile a choledocului, cum sunt cancerul capului pancreasului, cancerul ampulei lui Vater sau cancerul choledocului.

Dintre anastomozele bilio-digestive, mai bună pare a fi cholecisto-gastrostomia făcută în așa fel, încât să fie o fistulă continentă și intermitentă, nu o gură permeabilă, larg deschisă în permanență. Dezavantajele acestei operațiuni rezidă în faptul că infecțiunile ascendente de tip angiocholitice sunt favorizate. Aceste infecțiuni însă în urma unui tratament anti-infecțios prelungit se pot vindeca.

Choledoco-duodenostomia și hepatico-duodenostomia pre-dispun la accidente infecțioase chiar dacă înainte ficatul a

fost sănătos. Infecția este favorizată în aceste operațiuni de pătrunderea germenilor intestinali în căile biliare în urma suprimării funcțiunii sfincterului lui Oddi. Acțiunea corosivă a sucului pancreatic se adaugă acestora, având un rol agravant. După aceste anastomoze bilio-digestive la început sunt perioade de toleranță de durată variabilă, apoi survin accidente angiocholitice cu frisoane, febră și icter.

Cholecistostomia în unele cazuri este preferabilă cholecistectomiei, astfel spre exemplu în icterele prin retenție și litiaza biliară însoțite în acelaș timp de leziuni ale căilor biliare principale și ale celulei hepatice. În pancreatitele cronice cu icter sau retenții biliare această operație aduce reale servicii. În urma cholecistostomiei vezicula biliară este pusă în repaos, bila care se scurge prin orificiul cutanat creat, devine progresiv tot mai clară și galbenă ca aurul, Durerile dispar după operație, ne mai fiind contracții spasmodice ale veziculei. Cholecistostomia tratează deodată diferitele leziuni, făcând să înceteze staza biliară și realizând un drenaj biliar și hepatic.

Incontestabil că cele mai bune rezultate operatorii după intervențiile asupra căilor biliare survin în urma cholecistectomiei și a mucocelazei Pribram, făcute cu sau fără drenajul choledocului. Rezultatele operatorii sunt cu atât mai bune, cu cât intervenția e făcută mai de vreme, pe cât posibil, înainte de a se fi format aderențe inflamatorii, prevenind supurațiunea și infecția căilor biliare; înainte de a se fi deplasat calculii în choledoc și până când nu se instalează angiocholita.

Rezultatele operatorii sunt mai bune, în afecțiunile acute litiazice și alitiazice ale veziculei biliare, precum și în cholecistitele cronice litiazice. În cazurile de cholecistite cronice alitiazice cu sau fără procese adesive, periveziculare, rezultatele sunt mai puțin mulțumitoare (abia jumătate a acestor bolnavi fiind lipsiți complet de fenomene). Operațiunile făcute în cazurile dureroase tipice, sunt mai puțin des urmate de acuze postoperatorii, decât operațiunile făcute la bolnavi cu semne șterse. Urmărilor operației sunt mai rele la bolnavii care aveau vezicule relativ destul de bune.

Voiu cita după Dl. Prof. Al. Pop indicațiunile tratamentului chirurgical în afecțiunile căilor biliare. „Intervenția la cald e indicată în cazurile de cholecistite supurative sau necrozante, în formele dureroase, în angiocholitele septice și în general în toate acele focare, care reprezintă simptome de complicațiuni cu vecinătatea, fenomene peritoneale, semne de perforație și fenomene septice“.

„Operațiunea în interval are o indicație foarte largă și cu deosebire în acele cazuri, în care tratamentul medical nu obține rezultate mulțumitoare. Prof. Iacobovici în aceste cazuri recomandă intervenția într'o vârstă cât mai tânără și înainte de a se instala fenomene de turburări funcționale hepato-biliare, adică într'o perioadă de stare generală bună“.

„In afecțiunile manifestate prin fenomene de insuficiență funcțională a ficatului indicația operatorie e relativă; se încearcă mai întâi o restabilire a funcției organului prin tratamentul protector al ficatului recomandat de Umber și numai după aceea se intervine“.

În veziculele de stază sunt discuții asupra tratamentului, unii fiind pentru intervenție, alții pentru un tratament conservativ.

În hidropizia veziculei biliare se impune un tratament chirurgical radical, consistând într'o cholecistectomie sau mucoclază Pribram. În hidropizia căilor biliare de asenieni este indicată intervenția chirurgicală, intervenție, care înlătură obstacolul și produce astfel o decompresiune cât mai rapidă a celulei hepatice, favorizând astfel regenerarea ei.

În cholecistita acută necalculoasă, în cazuri ușoare e indicat tratamentul paliativ, în celelalte ablația veziculei, prin cholecistectomie sau mucoclază Pribram. În cholecistita „fraise“ de asenieni e indicat tratamentul chirurgical.

În angiocholite, când tratamentul medical nu dă rezultate, vom face drenajul hepaticului, deci o derivație a infecției, care poate duce la vindecare. În litiaza veziculei biliare și a canalului cistic se impune tratamentul chirurgical radical, consistând într'o cholecistectomie subseroasă, iar aceasta când nu e posibilă din cauza aderențelor, într'o mucoclază Pribram.

In litiiza choledocului este indicată choledocotomia și drenajul choledocului. Operația recomandată de Dl. Prof. Dr. Al. Pop și care consistă într'o mucoclază Pribram cu drenajul cisticului, este indicată acolo, unde choledocul nu poate fi abordat.



Observațiuni clinice

In adunarea materialului de studiu m'am folosit de bolnavii observați în Clinica Medicală, în timp de 10 ani, (1927—1936), cari au suferit anterior o intervenție asupra căilor biliare, bolnavi operați în mare parte în serviciul Clinicii Chirurgicale din Cluj. In acest interval de timp am putut găsi 43 cazuri. Iată pe scurt expunerea acestor cazuri:

OBS. I. — Z. I. 43 ani, rom. cat., văduvă, casnică, Petroșani.

Dela 14 ani crize dureroase în hipocondrul drept, cu grețuri și vărsături, repetate în fiecare an, primăvara. După căsătorie, timp de 8 ani, fără crize, apoi iarăși au apărut aceleze.

In 1926 operată pentru cholecistită calculoasă — cholecistectomie. Timp de 6 ani n'a prezentat acuza, apoi din nou are dureri în hipocondrul drept cu iradieri în umăr și grețuri, tensiune epigastrică și constipație.

Tratament: antispasmodice, termofor. Dg.: aderențe postcholecistectomie. In 1936 reoperată pentru apendicită. Continuă să sufere și după aceea.

OBS. II. — C. H. 36 ani, evanghelică, divorțată, vânzătoare, Aind.

De 15 ani crize tipice de cholecistită. După 3 ani dela debutul fenomenelor de cholecistită e operată, — cholecistectomie. După operație timp de 3 ani bine, apoi reapar crize tot așa de dureroase ca și înainte. După 5 luni din nou o perioadă de acalmie de 3 ani, apoi iarăși dureri 3—4 luni; din nou acalmie un an, după care timp durerile revin, devenind permanente. In 1935 reoperată la Sobeș pentru aderențe postoperatorii. După 4 săptămâni durerile reapar cu același caractere. Revine în Clinică de mai multeori cu același acuza.

Tratament: diatermie, quarz, octinum, radioterapie. Dg.: aderențe postoperatorii.

OBS. III. — C. A. 18 ani, ort. necăsăt. stud. Cluj.

In antecedente litiază renală la părinți și rude. Inainte cu 3 ani operată la Bârlad pentru litiază biliară. Cholecistectomie. După operație la 4 luni are din nou dureri sub formă de accese în hipocondrul drept și regiunea lombară dreaptă, cu iradieri în regiunea scapulară dreaptă și membrul inferior drept. După 2 ani reoperată pentru calculi în chole-doc. După operație la câteva luni au revenit aceleași fenomene, cu tot regimul urmat.

Tratament: Regim, antispasmodice, termofor. Dg.: Peritonită subhepatică, mezenterită, epiploită. Nisip renal drept.

OBS. IV. — C. M. 30 ani, ref. căsăt., casn. Lupeni.

In 1934 operată pentru cholecistită calculoasă și empiem al veziculei biliare. Plaga a supurat timp de 2 săptămâni, bolnava fiind și febrilă. Mai târziu reoperată pentru fenomene de ileus din cauza aderențelor. N'a stat în Clinică.

OBS. V. — A. I. 39 ani, ref., căsăt., casn., Cluj.

In 1930 operată la Lupeni pentru cholecistită calculoasă — chole-

cistectomie. După 4 ani revin dureri în epigastru cu iradieri în sus și în spate.

Tratament: diatermie, antispasmodice. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. VI. — S. A. 55 ani, gr. cat., căsăt., Gilău.

Operată în 1934 la Sanatorul „Pare“ Cluj, pentru cholelitiiază — cholecistotomie. După operație a continuat să prezinte dureri epigastrice continue, exacerbate de mișcări și alimentație. Constipație. Revine în Clinică, dar cu tot tratamentul (antispasmodice, regim, diatermie) continuă să suferă. Dg.: Aderențe postoperatorii.

În 1935 transpusă la chirurgie pentru laparotomie exploratoare. La intervenție se constată un cancer gastric inoperabil și aderențe multiple.

OBS. VII. — B. G. 26 ani, rom. cat., necăsăt., pantofar, Homorod. Apendicectomie înainte cu câțiva ani. De un an și jumătate dureri ritmate de alimentație, a jeun. Eructații, piroze, grețuri, vărsături alimentare. Operat la Sighișoara pentru cholecistită cronică — cholecistectomie. După operație s'au menținut acuzele, au devenit chiar mai intense.

Tratament: antispasmodice, faradizare. Dg.: status post cholecistectomie, mezențerică.

OBS. VIII. — M. M. 24 ani, ort., căsăt., casn. Rupea.

Operată în 1936 pentru fenomene de cholecistită, care le avea de 7 ani — cholecistectomie și apendicectomie. După o lună dela operație dureri abdominale și diaree.

Tratament: Diatermie, carbonat de bismut. Dg.: Colită, aderențe postoperatorii.

OBS. IX. — D. L. 54 ani, protestantă, căsăt., casn. Cluj.

Înainte cu 3 luni operată pentru cholecistită gangrenoasă purulentă și pericholecistită. După intervenție ușoare dureri în regiuni hepatică, inapelență și constipație.

Tratament: diatermie, regim crud. Dg.: Constipație, aderențe postoperatorii. După câteva luni revine în Clinică pentru dureri mari în regiunea hepatică, greață și vărsături, icter, constipație cu scaun decolorat. Transpusă la Chirurgie pentru laparotomie exploratoare. La intervenție se constată un cancer primitiv al ficatului. Sucombă în Clinică.

OBS. X. — M. R. 34 ani, rom. cat., căsăt., lucrătoare. Cluj.

În 1927 operată pentru litiază biliară. După operație s'a simțit bine 5 ani, apoi iarăși a avut ușoare dureri în epigastru și hipocondrul drept, la intervale destul de mari. În 1932 apendicectomie, în 1935 gastroenterită. În 1936 prezintă dureri mai dese, iar mai târziu în urma unei greșeli alimentare prezintă crize dureroase puternice în hipocondrul drept și greață. De mai multe ori crize dureroase nocturne.

Tratament: antispasmodice, diatermie. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XI. — G. E. 26 ani, necăsăt., mozaic, stud. Cluj.

De 2 ani semne de litiază biliară. După 2 ani operat. După operație bine 3 luni, apoi iarăși dureri în hipocondrul drept și vărsături. Turburări nervoase, morfinoman.

Tratament: Antospasmodice, dermofinizare. Dg.: Aderențe postoperatorii, turburări funcționale.

OBS. XII. — K. C. 49 ani, rom. cat., divorțată, comerciantă, Ludoș.

Țimp de 9 ani dureri în hipocondrul drept cu iradieri în spate și umăr, greață și răgâieli. Operată în 1928 pentru cholecistită calculoasă cronică, — cholecistectomie. După 2 săptămâni dela operație are iarăși senzație de plenitudine epigastrică, greață, uneori vărsături. Scaun de colită dreaptă. Radiologic: prepilorie o incizură constantă.

Dg.: Insuficiență pancreatică ușoară, aderențe postoperatorii, hemorizi.

OBS. XIII. — M. E. 50 ani, rom. cat., căsătorită, casn., Cluj.

În 1927 operată pentru cholecistită cronică și pericholecistită — cholecistectomie. După 5 ani dela operație reapar dureri în hipocondrul drept, care survin în accese nocturne, cu iradieri în spate și umărul drept, grețuri și uneori vărsături bilioase. Constipație.

Tratament: antispasmodice, diatermie, Dg.: Aderențe postoperatorii.
OBS. XIV. — H. I. 48 ani, ort. căsăt., casn., Sebeș.

Din 1922 dureri în hipocondrul drept cu iradieri în spate. Operată în 1930 pentru calculi vezicali. După 2 ani dela operație reapar dureri cu punct de plecare din epigastru, cu iradieri pe sub falsele coaste din dreapta, până în spate.

Tratament: Antispasmodice, diatermie, Dg.: Aderențe postoperatorii.
OBS. XV. — R. E. 48 ani, ref., căsăt., casn., Cluj.

În 1927 operată pentru litiază biliară. După 3 ani dela operație din nou are dureri în epigastru și hipocondrul drept. Constipație.

Tratament: Antispasmodice, diatermie, Dg.: Aderențe postoperatorii.
OBS. XVI. — R. R. 39 ani, gr. cat., căsăt., casnică, Cluj.

La 32 și 34 ani, operată pentru sarcină extrauterină. Extirparea ovarului drept. La 36 ani operată pentru litiază biliară. După operație bino timp de 3 ani, apoi în urma unei greșeli de regim, reapar dureri mari în regiunea hepatică, cu iradieri în spate și umărul drept. Constipație. Urina roșie, cu un depozit bogat în săruri.

Tratament: Regim, termofor, antispasmodice, Dg.: peritonită cronică subhepatică, aderențe postoperatorii, nisip renal.

OBS. XVII. — P. I. 49 ani, ref., căsăt., casn., Tg.-Mureș.

Înainte cu 7 ani operată la Sighișoara pentru litiază biliară cu icter mecanic — colecistectomie. După operație continuă să sufere, având dureri continue în etajul abdominal superior. Noaptea dureri în hipocondrul drept, cu iradieri în umăr. Scaunul variază între constipație și diaree.

Tratament: Antispasmodice, diatermie, regim, Dg.: Aderențe duodeno-hepatice după colecistectomie.

OBS. XVIII. — L. E. 45 ani, rom. cat., căsăt. Învățător, Capnic.

Din 1925 fenomene dispeptice. În 1926 operat pentru colecistită și pericholecistită, aderențe duodeno-vezicale. După 2 luni dela operație prezintă dureri în regiunea epigastrică, vărsături și simptome nervoase. Reoperat la Chirurgie în anul 1927 pentru aderențe perigastrice și periduodenale — desfacerea aderențelor. Continuă să sufere și după operație.

OBS. XIX. — S. S. 47 ani, rom. cat., necăsătorită, soră, Cluj.

La 29 operată pentru apendicita, la 45 ani colecistectomie pentru litiază biliară. După 2 ani dela operație reapar dureri în hipocondrul drept cu iradieri în umărul drept; vărsături bilioase. Atitudini forțate. După tratament cu antispasmodice și termofor mai bine, apoi iarăși crize dureroase, foarte puternice în hipocondrul drept cu iradieri în umeri și spate, dureri care nu se calman decât la morfină.

Tratament: Acoholină, diatermie, Dg.: Aderențe postoperatorii, calculi în căila extrahepatice(?).

OBS. XX. — E. R. 56 ani., gr. cat., căsăt., casn., Mediaș.

La 33 ani operată pentru litiază biliară. La 23 ani după operație în urma unei greșeli de regim prezintă accese dureroase în hipocondrul dr. fără iradieri, Constipație.

Tratament: Antispasmodice, regim, diatermie, Dg.: Aderențe subhepatice, constipație.

OBS. XXI. — T. C. 38 ani, gr. cat., necăsăt., servitoare, Bistrița.

Înainte cu 4 luni colecistectomie pentru colecistită calculoasă. După operație continuă să prezinte dureri în hipocondrul drept, cu iradieri în spate și umărul drept, frisoane puternice cu ascensiuni termice, greață și vărsături.

Tratament: Raze ultrascurte, antispasmodice, regim, Dg.: Angiocholită.

OBS. XXII. — F. E. 26 ani, izraelită, necăsăt., casnică, Șomcuta-Mare.

De 7 ani prezintă fenomene de colecistită și apendicita. În 1934 apendicectomie. După operație continuă suferința ficatului. Reoperată la Chirurgie pentru colecistită, lambliază, mezentero-epiploită. Colecistec-

tomie. După 6 luni dela operație prezintă din nou acuze: fenomene dispeptice, dureri în hipocondrul drept și vărsături. Revine în Clinică de mai multe ori cu aceleași acuze. În 1935 decapsulare și nefropexie pentru calculoză renală dreaptă. Continuă să prezinte crize dureroase nocturne în hipocondrul drept.

Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXIII. — V. I. 44 ani, ref., divorțată, casnică, Cluj

În 1935 operată la Chirurgie pentru cholecistită și pericholecistită — mucoclaza Pribram. La câteva zile după intervenție a început să prezinte dureri în hipocondrul drept, flancul drept și periombilical, arsuri epigastrice și piroze.

Tratament: Acidol-pepsină, antispasmodice, diatermie. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXIV. — M. C. 38 ani, ort., căsăt., CFR-ist, Sibiu.

Operat la Chirurgie în 1930, pentru cholecistită cronică, hidro-cholecist. Cholecistectomie. După 2 ani dela operație prezintă din nou dureri în hipocondrul drept, cu iradieri în spate, flancul drept și epigastru. Dureri mai accentuate noaptea. În urma tratamentului (diatermie și antispasmodice) s'a ameliorat. După 2 ani de acalmie relativă, în urma unui efort fizic, durerile reapar cu intensitatea mai mare, determinându-l uneori să ia atitudini forțate. Constipație.

Tratament: Aktoprotină, diatermie. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXV. — S. S. 23 ani, mozaică, necăsăt., casnică, Ardușat.

Operată la Chirurgie în 1934 pentru cholecistită și pericholecistită. Mucoclaza Pribram. După operație la 3 luni reapar acuzele dinaintea intervenției: fenomene dispeptice, dureri în hipocondrul drept și epigastru. Constipație. Dureri mai pronunțate după alimentație, necesitând atitudini forțate. Turburări menstruale și fenomene nervoase.

Tratament: Antispasmodice, diatermie, bromural. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXVI. — S. I. 30 ani, rom. cat., necăsăt., funcționară, Cluj.

Operată la Chirurgie în 1935 pentru cholecistită cronică calculoasă, inclavare în cistic. Mucoclaza Pribram. După operație bine timp de 2 luni, apoi fenomene dispeptice și dureri ușoare.

Tratament: Antispasmodice. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXVII. — C. F. 42 ani, gr. cat., căsăt., casn., Cluj.

Operată la Chirurgie în 1934 pentru cholecistită calculoasă, pericholecistită. Mucoclaza Pribram. După operație bine timp de 6 săptămâni. apoi bruse colici abdominale, periombilicale și scaune apoase, diareice, cu mucozități și resturi alimentare.

Dg.: Aderențe postoperatorii, enterocolită.

OBS. XXVIII. — B. I. 28 ani, rom. cat., căsăt., casn., Cluj.

Din 1934 dureri epigastrice și în hipocondrul drept. În 1935 operată la Chirurgie pentru cholecistită calculoasă — mucoclaza Pribram. Timp de un an bine, apoi în urma unei greșeli de regim prezintă din nou dureri epigastrice, cu iradieri în hipocondrul drept și mamela dreaptă.

Tratament: Regim, agocholină, troparină. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXIX. — C. F. 23 ani, gr. cat., necăsăt., casn., Cluj.

Din 1933 crize dureroase în hipocondrul drept cu iradieri în umărul drept. În 1936 operată la Chirurgie pentru cholecistită calculoasă gangrenoasă, blocată. Mucoclaza Pribram cu drenaj. Choledocul nu s'a putut explora din cauza aderențelor multiple. După o lună dela operație iarăși dureri în hipocondrul drept, cu iradieri în spate, fiind însoțite de greață, vărsături și ascensiuni febrile. Mai târziu icter. Radiologic: semne de ulcer pe curbura mică.

Tratament: Regim de ulcer, antispasmodice, pasta Ravaut, Bourget, diatermie. După tratament icterul dispărut, celelalte fenomene continuă. Dg.: Ulcer pe curbura mică, lambliază, angiocholită, aderențe postoperatorii.

OBS. XXX. — A. M. 41 ani, ref., căsăt. „casnică. Cluj.

Înainte de un an histeropexio și apendicectomie. De câteva luni dureri în hipocondrul drept și epigastru, cu iradieri în spate. Noaptea crize puternice cu temperatură. Operată în 1935 la Chirurgie, pentru cholecistită „Fraise“. Mucoclaza Pribram. Timp de 4 luni bine, apoi iarăși dureri nocturne, cu vărsături bilioase, frisoane și ascensiuni febrile până la 39°. Tensiune epigastrică, eructații și răgâieli.

Tratament: Antispasmodice, regim, diatermie, termofor. Dg.: Peritonită subhepatică, aderențe postoperatorii.

OBS. XXXI. — R. M. 24 ani, ref., căsăt., casnică. Cluj.

În 1930 operată la Chirurgie pentru litiază biliară, cholecistită scleroasă, Mucoclaza Pribram. După un an reoperată: laparatomie supra ombilicală, desfacerea aderențelor, apendicectomie. După 3 ani prezintă din nou accese dureroase în hipocondrul drept, cu iradieri în umăr, frisoane și vărsături bilioase. După tratament iarăși bine, apoi iarăși dureri foarte mari cu iradieri în spate, în regiunea precordială și umărul stg. Fenomene nervoase. După tratament iarăși bine, apoi reapar accidentele cu ocazia sarcinei, având și 2 avorturi.

Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXXII. — Sz. C. 22 ani, rom. cat., divorțată, muncitoare, Cluj.

Operată la Chirurgie pentru cholecistită acută și pericholecistită. Cholecistectomie cu drenaj. Secționarea aderențelor. După operație timp de 2 luni bine, apoi dureri abdominale difuze, mai pronunțate în regiunea hepatică. Fenomene dispeptice. După câteva săptămâni în plus dureri apendiculare. Radiologic: doudenul tras sus, sub falsele coaste, sensibil.

Dg.: Aderențe periduodenale, postoperatorii.

OBS. XXXIII. — L. V. 27 ani, ort., căsăt., casn., Bistrița.

În 1930 operată de apendicită. De atunci dureri în regiunea cecală și dureri în hipocondrul drept cu iradieri în spate și membrele superioare. Constipație. În 1931 operată de chist ovarian, după un an reoperată pentru hernie postoperatorie. Continuă să prezinte aceleași acuze, în plus criza veziculară nocturne. În 1934 operată la Chirurgie pentru cholecistită cronică calculoasă. Mucoclază Pribram. Continuă să prezinte și după operație dureri în hipocondrul drept, cu iradieri în spate, perioade de constipație alternate de diaree, dureri abdominale, uneori grețuri și vărsături. După tratament bine un an, apoi iarăși acuze.

Tratament: Rohkost, antispasmodice, termofor, diatermie. Dg.: Aderențe postoperatorii, mezenterită.

OBS. XXXIV. — M. E. 28 ani, rom. cat., necăsăt., zidar, Caracal.

De 4 ani crize hepatice, de 2 ori cu icter. Operat la Chirurgie în 1936 pentru cholecistită. La intervenție s'a găsit o veziculă scleroasă cu pericholecistită și cisticul foarte scleros, cu lumenul mic. Calculi nu s'au găsit. Mucoclaza Pribram cu drenajul choledocului. După suprimarea drenajului, icterul până atunci discret, s'a accentuat foarte mult. În urma tratamentului cu glucoză, bilicholin, regim făinos, ameliorare.

Dg.: Angio-choledocită postoperatorie, icter.

OBS. XXXV. — B. R. 38 ani, rom. cat., necăsăt., bucătăreasă, Cluj.

Din 1933 dureri în hipocondrul drept, uneori greață și vărsături. În 1935, operată pentru sarcină extrauterină, mai târziu, în același an, reoperată la Chirurgie pentru cholecistită calculoasă cu inclavare în cistic. Mucoclaza Pribram cu drenaj. După operație s'a simțit mai bine câteva luni, având numai ușoare dureri. După aceea apar dureri mari, chiar mai intense ca înainte de operație, cu iradieri în spate.

Tratament: Antispasmodice, diatermie, sulfat de magneziu, peptonă. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXXVI. M. C. 39 ani, gr. cat., căsăt., casnică. Cluj.

Din 1927 cholecistită cronică. Operată la Chirurgie în 1933 — mucoclază Pribram. După operație ușoare dureri epigastrice postalimentare. Din Aprilie, 1934, dureri mai mari, cu iradieri în hipocondrul drept și

umărul stg. În 1935 face o congestie pulmonară stg., apoi scleroză pleuro-pulmonară. În 1936 dureri epigastrice în formă de bară, ghiorăituri și regurgitări acide. Scaune diareice, atitudini forțate. După câteva luni face o pneumonie cu miocardită și sucombă.

OBS. XXXVII. — C. A. 47 ani, gr. cat., croitoreasă, Cluj.

În 1928 operată la chirurgie pentru cholecistită calculoasă și pericholecistită — cholecistectomie. După operație s'a simțit bine până în 1933, când suferă un accident, după care are dureri continue în hipocondrul drept, uneori accese dureroase mari, mai ales noaptea, cu iradieri în spate cu grețuri și vărsături alimentare, apoi bilioase. Scaun neregulat, constipație.

Dg.: Aderențe postoperatorii. Mezenterită.

OBS. XXXVIII. — Sch. E. 21 ani, necăsăt., muncitoare, C.-Turzii.

Operată la 13 ani de apendicită și amigdale. Din 1927 crize veziculare puternice, greață și vărsături. Perioade de acalmie după medicamente, apoi iarăși crize. În 1933 operată la Chirurgie pentru cholecistită cronică și pericholecistită. Mucocclază Pribram. După operație continuă să prezinte dureri continue în hipocondrul drept, cu exacerbări din când în când. Uneori greață și vărsături, mai ales dimineața.

Tratament: Antispasmodice, termofor, diatermie. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XXXIX. — N. I. 21 ani, reformată, necăsăt., casn., Turda.

În 1929 apendicectomie. După 4 săptămâni balonări epigastrice, tensiune epigastrică postalimentară. În 1931 prezintă mai multe accese dureroase în hipocondrul drept, cu iradieri în spate, urmate de grețuri și vărsături. În 1931 operată la Chirurgie pentru cholecistită calculoasă — mucocclază Pribram. După operație bine timp de 4 luni, apoi iarăși dureri în epigastru cu iradieri în spate și hipocondrul drept.

Tratament: Antispasmodice, diatermie, radioterapie. Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XL. — T. I. 52 ani, ref. căsăt., casn., Săvădisla.

Dela 20 ani, prezintă crize dureroase cu punct de plecare din epigastru și iradieri în spate. Din 1929 are dureri mai dese, însoțite de frisoane și temperatură, urmate de transpirațiuni abundente. În 1930 operată la Chirurgie pentru cholecistită calculoasă, litiaza coledocului și hepatocului. Mucocclază Pribram, Choledocotomie. După operație bine timp de 4 luni, apoi accesele reapar tot mai des, având caracter nocturn. Dureri în hipocondrul drept cu iradieri în spate.

Tratament: Antispasmodice, diatermie. Dg.: Aderențe posoperatorii. Litiaza canalului hepatic (?).

OBS. XLI. — P. A. 20 ani, ort. necăsăt., stud., Cluj

Crize hepatice cu ascensiuni termice de câteva luni. Operată la Chirurgie în 1936. I-se face cholecistostomie, găsindu-se la intervenție o cholecistită gangrenoasă. Reoperată în Iulie pentru fistula biliară post-cholecistostomie. Mucocclază Pribram. După o lună fistula aproape închisă. Ușoară sensibilitate în hipocondrul drept, greață.

Dg.: Aderențe postoperatorii.

OBS. XLII. — S. M. 37 ani, rom. cat., căsăt., muncitor. Cluj.

Din 1933 fenomene de cholecistită. În Aprilie 1934 operat la Chirurgie pentru cholecistită acută și pericholecistită. Mucocclază Pribram și secțiunea aderențelor perivezicale. După 2 ani dela operație face o pleurezie dreaptă; de atunci continuă să aibă dureri în hipocondrul drept cu iradieri în spate și umăr. Fenomene dispeptice, continue.

Tratament: Regim, antispasmodice, diatermie, quart. Dg.: peritonită cronică subhepatică.

OBS. XLIII. — M. L. 35 ani, gr. cat., CFR-ist. Cluj.

În 1929 apendicectomie. Din 1931 sindrom ulceros, de 4 luni sciatică. În 1934 operat pentru icter mecanic la Chirurgie. Se găsește o tumoră a ampulei lui Vater. Aderențe duodeno-vezicale și perivezicale. Se face cholecisto-duodenostomie. Timp de 2 ani bine, apoi reapar dureri în

epigastru și hipocondrul drept, dureri mai mari noaptea, Atitudini forțate pentru care revine în Clinică, Constipație.

Tratament: diatermie, antispasmodice, oleu de parafină. Dg.: Cholecisto-duodenostomie. Aderențe postoperatorii.

Observând aparițiunea acuzelor după operație în aceste 43 cazuri, găsim o variabilitate foarte mare. În unele cazuri bolnavii continuă să sufere și după operație, în altele acuzele apar tardiv, la câteva luni sau mai mulți ani după intervenție, chiar 23 ani. (Obs. XX.)

Din cele 43 cazuri, în 8 cazuri bolnavii continuă să sufere și după operație. În aceste cazuri acuzele sunt în legătură destul de strânsă cu operația: ileus provocat prin aderențe (Obs. IV.), continuarea infecției și stazei în căile biliare cu alterarea celulei hepatice, din cauza unei operații nefavorabile (cholecistotomie — Obs. VI.), unei angiocholite (Obs. XXXIV), icter (Obs. XVII), sau pericholecistite anterioare operației (Obs. XXIII. și XXXVIII.). În unele cazuri suferința continuă din cauza unor vechi aderențe, în urma unei operații anterioare (apendicectomie), care a determinat o mezenterită, ce a menținut acuzele după reoperația pe căile biliare, ba chiar le-a accentuat (Obs. XII.); în fine în alte cazuri ea e datorită prezenței unei fistule, în strânsă legătură cu intervenția (cholecistostomie, — Obs. XLI.).

În cele mai multe cazuri acuzele de recidivă apar în primul an după intervenție. Din cazurile observate de noi, în 20 cazuri acuzele au apărut în primul an după operație, în 5 cazuri în anul II., în 4 cazuri în anul III., în 6 cazuri după anul IV. Prin urmare cu cât apariția acuzelor este mai tardivă, cu atât cazurile sunt mai rare.

Aparițiunea acuzelor e legată de obicei de greșeli de regim, sau eforturi, uneori un accident (Obs. XXVII.) sau o altă stare fiziologică sau patologică supraadăugată (ex. sarcina, — Obs. XXXI. pleurezie dreaptă, — Obs. XLII.).

Simptomatologia cea mai frecventă prin care se manifestă aceste acuze postoperatorii, este de obicei la fel cu cea anterioară intervenției, adică, bolnavii prezintă dureri difuze în regiunea hepatică sau epigastrică, cu exacerbari din când în când, mai ales noaptea, când survin adevărate crize veziculare recidivante cu iradierii în urmărul drept, spate și uneori în

umărul stâng. (Obs. XXXI.) Pe lângă aceste semne sunt prezente adeseori și turburări dispeptice variate, ca: balonare și tensiune epigastrică, inapetență (uneori electivă față de grăsimi), eructații, piroze greață și vărsături; turburări cari uneori sunt ritmate de alimentație, încât simulează ca simptomatologie prezența unui ulcer gastro-duodenal (ex. Obs. VII.).

Uneori, mai rar — după operație se prezintă ale simptome, cari lipseau mai înainte; de obicei turburări digestive, datorite suprimării funcției veziculei biliare. Astfel, în Obs. VIII și XXVII găsim o enterocolită, care survine la câțiva timp după intervenție, ea putând fi explicată prin favorizarea infecției în urma exaltării florei intestinale, rezultată din ablațiunea veziculei biliare.

Ca simptome coasociate, pe lângă colicele veziculare recidivante, găsim turburări funcționale digestive variate. Mai frecvent am întâlnit ca simptom coasociat stări de constipație, cu scaune neregulate la 2—3 zile, uneori numai după purgative. În cazuri mai rare am găsit stări de constipație, alternate cu diarei. (Obs. XVII.) Aceste acuze se pot explica prin stările de dischinezie provocate prin ablația veziculei. În cazuri de dischinezie spastică, rezultă stări de constipație spastică, iar în cele de dischinezie atonă, care dau o insuficiență papilară cu un flux biliar continuu, stări de diaree. Când se succed stări de dischinezie spastică și atonă, rezultă stări de constipație alternând cu diaree.

Semne de pancreatită cronică am găsit numai în câteva cazuri (ex. Obs. XII.).

Drept cauză a acuzelor de recidivă am găsit mai frecvent aderențele postoperatorii și turburările funcționale rezultate din ablația veziculei. În multe cazuri bolnavii au mai suferit alte operații, fie înainte, fie după intervenția pe căile biliare, încât s'au produs aderențe peritoneale multiple, care prin întinderea lor au împiedecat funcțiunea normală a organelor abdominale și au determinat turburări. Astfel, din cele 43 cazuri observate, în 14 cazuri bolnavii au suferit și alte intervenții (apendicectomie nefropexie, anexotomie etc.) sau chiar reoperații pentru secționarea aderențelor (ex. Obs. XXXI.), intervenții cari au dus la o ameliorare de scurtă durată. În

unele cazuri acelaș bolnav a suferit intervenții multiple (ex. Obs. XXII: apendicectomie, cholecistectomie, nefropexie), fiind un adevărat „balafir“ (crestat), după cum numesc francezii pe acești indivizi, care au suferit intervenții multiple, care au determinat aderențe multiple, încât bolnavii continuă să sufere.

Printre albe afecțiuni însoțitoare afecțiunii căilor biliare am găsit în 2 cazuri litiază renală și într'un caz un ulcer. După simptomatologia ritmată de alimentație, am putea bănui prezența ulcerului în mai multe cazuri, însă confirmarea radiologică am găsit-o numai într'un caz. (Obs. XXIX.). Semne probabile de ulcer (incizură prepilorică constantă), de asemeni într'un caz. (Obs. XII.) Mai frecvent am găsit ca leziune coasociată apendicita.

Specificate după operație, din cele 43 cazuri observate, s'au făcut 15 intervenții pentru cholecistite cronice cu sau fără pericholecistită, 17 intervenții pentru cholecistite calculoase cronice, 4 intervenții pentru cholecistită calculoasă și pericholecistită, 2 intervenții pentru cholecistită calculoasă cu calculoza canalelor biliare, o intervenție pentru cholecistită acută și pericholecistită, o intervenție pentru cholecistită „fraise“, o intervenție pentru cholecistită calculoasă gangrenoasă, o intervenție pentru cholecistită calculoasă cu empiem al veziculei și o intervenție pentru tumoră a ampulei lui Vater.

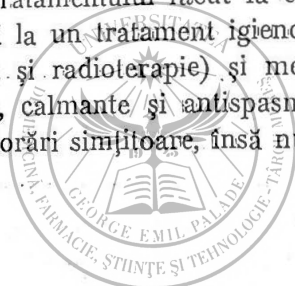
Din aceste date putem trage concluzia că rezultatele post-operatorii sunt mai nefavorabile după operațiile făcute pentru cholecistitele cronice, litiazice sau alitiazice, în special atunci când sunt însoțite de pericholecistită. Ținând seamă de faptul că operațiile pentru cholecistitele calculoase sunt de 2 ori mai frecvente decât cele pentru cholecistitele alitiazice, reiese și mai mult în evidență, că proporția dintre acuzele care survin după operațiile pentru cholecistitele necalculoase și calculoase, este mărită în defavoarea celor dintâi, adică ele sunt mai frecvente după operațiile făcute pentru cholecistitele cronice necalculoase, decât după cholecistitele calculoase.

Căutând acum să cercetăm raportul dintre cazurile operate în Clinica Chirurgicală din Cluj, în intervalul de 10 ani, (1927—1936) și cazurile cari au revenit în acelaș interval în

Clinica Medicală pentru acuze postoperatorii, găsim următorul rezultat:

Din cele 43 cazuri observate, 22 au fost operate în serviciul Clinicii Chirurgicale, restul de 21 cazuri în diferite spitale din țară și străinătate. Din aceste 22 cazuri în 20 cazuri s'a făcut mucoclaza Pribram sau cholecistectomie. Raportând acum aceste cazuri, la cazurile operate la Chirurgie în decursul celor 10 ani amintiți (operații analoage, adică mucoclaza Pribram sau cholecistectomie), găsim în total 350 cazuri operate (excluzând cazurile mortale); din aceste cazuri 20 au revenit după operație cu acuze mai mari, datorite aderențelor sau angiocholitei cronice, deci un procent de 5,71%. Proporția cazurilor care au prezentat acuze ușoare, consistând din ușoare turburări digestive, cari nu supărau prea mult bolnavul, se ridică până la 15—20%.

În privința tratamentului făcut la cazurile observate mai sus el se rezumă la un tratament igieno-dietetic, fizio-terapic (diatermie, cuarț și radioterapie) și medicamentos (choleric și chologoge, calmante și antispasmodice). Acest tratament a dat ameliorări simțitoare, însă nu vindecări definitive.



Diagnostic

Stabilirea diagnosticului cauzei care întretine suferința după operațiile pe căile biliare extra-hepatice este cât se poate de dificil, dat fiind că aceste cauze sunt multiple. Pentru stabilirea diagnosticului „vom proceda la un diagnostic prin examinarea concentrică a tuturor organelor abdominale, — cum recomandă Dl. Prof. *Hațieganu* — și vom reuși a stabili cauza în aproape toate cazurile”.

Ca diagnostic diferențial vom discuta întotdeauna apendicita, ulcerul duodenal, afecțiunile rinichiului drept, (pielita, calculoza renală, ptoza renală, hidronefroza), colita, limfangita mezenterică, periduodenita, visceroptoza. În diagnosticul diferențial față de aceste afecțiuni, pe lângă simptomatologia clinică, un real serviciu ne aduce explorarea radiologică a organelor abdominale. Astfel adeseori un examen radiologic făcut după înghițirea substanței opace va depista prezența unui ulcer sau periduodenite. Pielografia ascendentă făcută cu o substanță radio-opacă, ne va lămuri asupra prezenței sau absenței unei calculoze renale, a unei pielite, ptoze renale, sau hidronefroze.

În cazurile când după operație bolnavii continuă să sufere, examenul radiologic este de o importanță covârșitoare, ajutând clinica prin semne noi pe care el le pune în evidență. În cazuri de recidive adevărate sau pseudo-recidive, examenul radiografic adeseori va reuși să pună în evidență prezența calculilor în vezicula biliară sau în choledoc și va putea astfel lămuri adevărata cauză a colicilor recidivante post-operatorii.

Radiografia, precedată de examenul radiosopic, după înghițirea pastei opace, va putea depista leziunile datorite ade-

renșelor postoperatorii, produse prin periviscerite. După ablațiunea veziculei biliare bulbul duodenal apare deformat în cele mai multe cazuri. Deformația bulbului nu este însă în raport direct cu suferințele postoperatorii, pe care le prezintă bolnavul. La deformațiuni egale sunt bolnavi cari suferă, pe când alții nu prezintă decât ușoare turburări suportabile.

Periviscerita nu se traduce numai prin deformațiuni bulbare, ci ea se poate manifesta și prin alte semne. Astfel ea se poate întâlni sub forma unei staze duodenale, produse prin aderențele care prind duodenul și fac evacuarea dificilă a conținutului său. De obicei această stază duodenală se întâlnește la genunchiul superior. Intr'un grad mai avansat se poate produce chiar și o stenoză la acest nivel, care necesită o reintervenție cu scopul de a secționa bridele sau chiar o gastro-entero-anastomoză.

Porțiunea a doua a duodenului adeseori este trasă în sus și spre dreapta, către ficat, de aderențele care leagă duodenul de fața inferioară a ficatului. În unele cazuri aderențele întinse dela acest nivel fac chiar ca această porțiune a duodenului să aibă un traiect aproape orizontal, dealungul feței inferioare a ficatului. În unele cazuri pentru depistarea deformațiilor bulbare este nevoie de un examen radiologic făcut din profil, manifestându-se adeseori sub forma unei retropoziții a bulbului duodenal.

Deformațiunile produse prin aderențe pot interesa nu numai duodenul, ci și stomacul sau intestinul, cu deosebire intestinul gros. Când aderențele prind regiunea pilorică, ele pot da semnele unei stenoză pilorice, care poate fi depistată prin examenul radiologic. Unghiul colic și prima porțiune a transversului pot fi fixate de aderențe și trase în sus spre ficat. Această fixare a colonului transvers de regiunea inferioară a ficatului, produce o curbură a colonului, mai mult sau mai puțin accentuată, cu un unghi deschis în jos. Uneori la nivelul acestui unghi se produce un diverticul de tracțiune, un fel de fund de sac, în care se acumulează gaze și care se poate evidenția la examenul radiologic.

Aceste leziuni produse prin periviscerită pot fi prezente după intervenția chirurgicală, dar ele pot preexista și înaintea

ei. În aceste cazuri examenul radiologic ne va permite depistarea lor, și ne va putea arăta în mare măsură continuarea suferințelor și după intervenție, întru cât toate aceste leziuni sunt acelea care constituiesc „durerile de mâine“ ale bolnavilor operați.

Examenul radiologic ne poate permite să depistăm și turburările în motilitatea stomacului și duodenului, produse prin spasme de origine reflexă cu punct de plecare dela căile biliare. Uneori prin examenul radiologic putem depista stările de spasm sau de relaxare a sfincterului lui Oddi. După injectarea unei substanțe de contrast în căile biliare (la bolnavii operați, cu drenajul choledocului), ne putem convinge prin radiografie de gradul de permeabilitate al papilei.

După ingerarea pastei opace se observă uneori o dilatare a ampulei lui Vater, prin retenția de bariu dela acest nivel. Această dilatare denotă trecerea unui calcul prin acest orificiu sau o afecțiune cronică a ampulei, care determină o insuficiență funcțională a sfincterului lui Oddi.

Stenoza căilor biliare poate fi pusă în evidență prin un sondaj duodenal și un examen radiologic făcut cu ajutorul substanțelor de contrast.

Fistulele biliare se pot pune în evidență foarte bine cu ajutorul examenului radiografic, după ce în prealabil am injectat o substanță opacă prin orificiul de comunicare al fistulei cu exteriorul. Pentru acest scop se utilizează de preferință lipiodolul. Cu ajutorul acestei metode ne putem da seama de traiectul fistulei și de permeabilitatea căilor biliare, în special de permeabilitatea choledocului, evidențiind prezența unui obstacol în scurgerea bilei și arătându-ne conduita ce avem de urmat. Acest mod de explorare în unele cazuri are și un efect terapeutic; în urma injectăiei cu lipiodol se poate elimina calculul din choledoc, trecând în duoden și astfel scurgerea bilei fiind restabilită, fistula se va închide fără o altă intervenție. Un astfel de caz a fost observat de Prof. *Iacobovici*, în colaborare cu *Danicico* și *Jianu*.

Cel mai sigur semn de obstacol produs prin calcul, ni-l dă o imagine lacunară, obținută în imaginea dată de lipiodol. Uneori însă această imagine poate lipsi, când calculul nu este

de dimensiuni mai mari. Singura contraindicație pentru injecția cu lipiodol σ constituie starea septică a căilor biliare, în care caz totuși se poate recurge la această probă, după stingerea procesului septic.

În stabilirea diagnosticului postoperator serviciul prețios ne furnizează și examenul făcut prin sondajul duodenal, care permite în bună parte să stabilim prezența obstrucției căilor biliare, precum și prezența infecției sau paraziților (lamblii), în căile biliare, prin examenul microscopic al bilei recoltate prin acest procedeu.



Prognostic

Prognosticul sechelilor postoperatorii după intervențiile asupra căilor biliare extra-hepatice este foarte variabil, fiind în funcție de cauza determinantă a lor. Accidentele mici de obicei dispar fără să producă turburări prea mari bolnavului, pe când accidentele mai mari datorite aderențelor, calculilor sau infecției, au un prognostic rezervat, uneori cu tot tratamentul bolnavul continuând să sufere și pe mai departe. În unele cazuri chiar e nevoie de o reintervenție, care însă în multe cazuri nu reușește să ducă la amendarea tuturor fenomenelor, bolnavul continuând să sufere și pe mai departe. Desigur că prognosticul herniilor postoperatorii este mult mai bun, reintervenția fiind un tratament radical, care reușește pe deplin să evite recidivele.

Tratament

Tratamentul sechelelor postoperatorii survenite în urma intervențiilor pe căile biliare extra-hepatice, se poate împărți în două grupe mari: un tratament preventiv și unul curativ.

Tratamentul preventiv este poate cel mai important, întrucât apără bolnavul de neplăcerile ulterioare operației, nu așteaptă ca ele să se producă și numai atunci să intervie printr-un tratament curativ, care de cele mai multe ori nu are eficacitate absolută. Pentru chirurghi datoria cea mai însemnată este de a împiedeca acuzele de recidivă.

Pentru evitarea adevăratelor recidive, vom evita să practicăm cholecistostomia sau cholecistotomia, care prin faptul că mențin vezicula pe loc, nu suprimă pericolul formării calculilor. Acest pericol persistă și după operație, din cauza inflamației veziculei și a stazei.

Pentru evitarea pseudo-recidivelor, datorite omiterii de calculi în căile biliare, de obicei în choledoc, trebuie făcut un control cât mai riguros în timpul operației. *Pribram* recomandă să se deschidă în totdeauna choledocul și să se controleze pe această cale dacă conține sau nu calculi, deoarece se poate întâmpla să rămână calculi în partea suprapapilară și choledocul să nu prezinte nici o modificare a pereților lui, încă la inspecție apare intact; ba chiar și sondarea papilei poate rămâne negativă.

În cazuri de inclavări calculoase ale papilei, care nu pot fi rezolvate prin deschiderea choledocului și eliberarea papilei, din cauza mortalității ridicate a actului operator, prezența simultană a infecțiilor și inflamației pancreasului, *Pribram* recomandă injecțiile cu eter prin choledoc în spre duo-

den. El execută acest procedeu în timpul intervenției chirurgicale pentru a evita doudenotomiile și drenajul, operații care sunt în acest caz însoțite de o mortalitate foarte ridicată. Face o choledoctomie și cu ajutorul unui cateter introdus în canal, injectează 2—3 cmc. eter spre papila lui Vater. Prin aceste injecțiuni cholesterolina din calculi este disolvată și totul se transformă într'o masă păstoasă, maleabilă, susceptibilă să traverseze papila. Autorul publică vindecări frumoase prin această metodă, chiar și în cazuri, unde era vorba de indivizi bătrâni de 70 ani, cu fenomene cholemicice și cu semne de pancreatită acută.

Prof. *Iacobovici* recomandă o explorare palpatorie a choledocului și hepaticului în toate cazurile, iar în cazurile când bolnavii au prezentat anteoperator fenomene sau antecedente choledociene să se facă în totdeauna și o explorare chirurgicală, prin deschiderea choledocului.

Kremer (Varșovia) recomandă ca în cazuri de diagnostic precoce a unui calcul inclavat în choledoc, pentru a evita operația să se recurgă la ajutorul narcoticelor, care favorizează eliminarea spontană a calculului. El procedează în modul următor: administrează la pacienți timp de 3—4 zile, tot la 4—5 ore, narcotice, ca: morfina, pantoponul, papaverina unită cu atropina și cardiotonicele. În acest fel se poate obține o relaxare continuă a sfincterului lui Oddi și a căilor biliare. Bolnavul rămâne în acest timp într'o stare de semi-somnolență. Dând în același timp ca băutură bolnavului apă bi-distilată, el a obținut trecerea spontană a calcului în duoden în foarte multe cazuri, încât s'a putut evita operația.

Cele mai multe turburări postoperatorii în urma ablației veziculei biliare se datoresc persistenței postoperatorie a turburărilor umorale sau proceselor infecțioase, care au existat înainte de intervenție și care au determinat inflamația veziculei. Litiaza biliară fiind în totdeauna legată de o stare defectuoasă a ficatului și întregului organism, toți operații, care au suferit ablația veziculei, trebuiesc să fie îngrijiți medical. De aceea operatul trebuie să respecte după intervenție, ca și înainte, chiar în absența orî cărei acuze, regulile igieno-dietetice impuse și înaintea operației. Pe lângă acest regim este

necesar să se ia la intervale distanțate și regulate medicațiuni pentru activarea bilei și a ficatului, precum și aplicațiuni creno-terapice repetate cu perseverență. Din aceste motive în totdeauna să convingem pacienții, care vor fi supuși intervenției chirurgicale, să nu se creadă complect sănătoși după operație, chiar dacă nu vor prezenta simptome, ci să continue regimul și să urmeze cure balneo-terapice. Pentru evitarea sechelelor postoperatorii Finsterer sfătuiește pacienții ca după operație să țină dieta timp îndelungat și cel puțin de 2 ori pe an o cură de Karlsbad.

E foarte important să spunem pacienților să se abțină dela ingerarea de lichide reci, care determină o închidere spasmodică a papilei, favorizând apariția colicilor hepatice recidivante sau a hepatitei.

După operație am amintit că starea de infecție latentă a ficatului poate persista fără să producă acuze. Ori ce îngreunare a ficatului produsă în urma unei greșeli de regim, favorizează reînnoirea hepatitei și deci apariția simptomelor caracteristice ei. În unele cazuri, spre ex. hepaticita produsă prin bacili coli, infecția poate persista timp îndelungat, chiar dacă scurgerea bilei spre duoden este liberă. În astfel de cazuri drenarea bilei înafară, timp de 4—6 săptămâni, reușește să suprime infecția, influențând în mod favorabil și pancreaticita concomitentă. Probabil că atunci când bila, ce scurgea în duoden, microbi reveneau în ficat, pe calea portală, și întrețineau infecția. Suprimând acest cerc vicios prin drenarea bilei înafară, reușim să suprimăm și infecția. Cu cât am îndepărlat infecția cholangitică mai devreme, cu atât rezultatele sunt mai bune. Uneori chiar un ficat mult alterat, aproape citrotic, poate să sufere o restituție ad integrum prin această drenare, dacă în acelaș timp favorizăm repararea lui prin injeccțiuni de glucoză și insulină.

O problemă importantă a tratamentului preventiv o constituie tocmai această protecție a parenchimului hepatic contra alterațiunilor periculoase provocate de staza biliară asociată cu infecția. Icterul pronunțat de origine hepato-celulară este tocmai expresia unei astfel de alterațiuni a ficatului. Pentru a putea preveni însă aceste alterațiuni, este important să

se recunoască fazele inițiale ale unei hepatoze. Aceasta o putem face cu ajutorul diverselor metode de explorare funcțională a ficatului. Dela primul început al unei hepatoze trebuie stabilită terapeutică protectoare a ficatului, „Parenchymsschutztherapie“, după *Umber*, pentru a împiedeca apariția turburărilor hepatice mai grave, ca atrofia ficatului sau ciroza biliară. Trebuie ajutat ficatul care a pierdut glicogen, să se refacă.

Umber a arătat prin cercetările sale, că soarta celulei hepatice este în dependență de bogăția sa în glicogen. Sărăcia ficatului în glicogen este condiția primordială pentru desvoltarea unei hepatoze. În evoluția atrofiei ficatului ca fenomen primitiv, întotdeauna se constată o hipoglicemie a ficatului. Umplerea cu glicogen a celulei hepatice printr'un tratament adecvat, are un efect bun asupra funcțiunii ficatului bolnav, și asupra ridicării rezistenței sale celulare. Pentru aceste motive *Umber* recomandă o alimentație bogată în levuloză și glucoză, combinată cu aplicarea de insulină, pentru a favoriza glicopexia hepatică. Glucoza poate fi dată și pe cale de injecțiuni intravenoase.

Acest tratament de importanță capitală pentru funcția ficatului trebuie să fie completat după asigurarea convalescenței, prin cure hidro-minerale, regim adecvat și prin mobilizarea fluxului biliar și realizarea antisepsiei biliare, prin diverse medicamente.

Ce regim trebuie să țină un individ care a suferit o intervenție asupra căilor bilare? În tratamentul dietetic cel mai greu lucru de întâmpinat este intoleranța față de grăsimi. Știm că bila favorizează digestia și rezorbția grăsimilor, măbind și activitatea lipazei pancreatice. În urma ablațiunii veziculei biliare regularea fluxului biliar suferă și în consecință vom avea deficite și în rezorbție, în special în privința grăsimilor.

Cauza intoleranței față de grăsimi nu rezidă în faptul că sângele nu ar putea prelua grăsimile și să le transporte la țesuturile care au nevoie de ele, ci în faptul că grăsimea nu se poate rezorbi din traiectul intestinal, tocmai din cauza descompunerii lor incomplete în intestin în lipsa bilei. În general intoleranța este mărită pentru grăsimile artificiale; din acest motiv tocmai alimentarea cu astfel de grăsimi favori-

zează apariția recidivelor hepatice. În consecință se impune în primul rând să se interzică grăsimile artificiale pentru pacienții hepatici labili.

Intoleranța este mărită pentru ori ce grăsimi, atunci când ea e luată rece. Ori ce proces de răcire al grăsimilor produce o îngreunare a digestiei. În acest caz probabil că joacă un rol mai important modificările fizice decât cele chimice, întrucât posibilitatea de emulsie a unei astfel de grăsimi luate rece, suferă și în consecință suferă și digestia și absorbția.

Puterea digestivă și activantă asupra lipazei este mai mare la bila veziculară, decât la cea hepatică sau choledociană. Un individ operat, căruia i-s'a scos o veziculă capabilă încă să concentreze bila; în urma operației, deși s'a restabilit fluxul biliar, digestia grăsimilor va suferi. Pentru acest motiv se recomandă ca să se ia mese fracționate câte 5—6 la zi și în cantități mici.

În general, ca regim, după intervențiile pe căile biliare se urmează același regim, ca și înainte de operație. Ca regim, reproduc aici acela care se dă în Clinica Chirurgicală din Cluj:

Alimente permise: supe de legume (cartofi, fasole, linte).

Lactate: lapte ordinar, zaharat, în cantități mici, lapte bătut, iaurt, unt proaspăt.

Cărnuri: pește proaspăt, slab, carne de vițel, pasări, miel (pregătite fiert cu unt). Ficat fiert sau fript numai după indicația medicului.

Făinoase: grâu, orz, secară.

Legume: cartofi, gulii, salată verde, spanac, sparanghel, morcovi.

Ouă: albuș de ou.

Deserte: brânzeturi proaspete, struguri, pușini, fructe fără coaje și sămburi (portocale, lămâie, cireșe, vișine, mere și pere, în special compot).

Dulcețuri: prăjituri de gris, orez.

Alimente nepermise: supe grase, cu varză, condimente.

Lactate: unt fiert (topit).

Cărnuri: pește gras, creier, ficat, rinichi, măduvă, fripturi cu sosuri, tocane, aperitive.

Legume: mazăre, varză, conopidă, macriș.

Ouă: gălbenuș de ou, omlete.

Deserte: brânzeturi fermentate, fructe abundente, crude.

Dulcețuri: prăjituri de cofetărie.

La bolnavii cari au suferit intervenții pe căile biliare adeseori găsim stări de constipație. Pentru a le preveni, este bine ca bolnavii, atunci când au scaun mai neregulat, să ia sare de Karlsbad, apă Vichy, sau sare amară.

Ca tratament hidro-mineral sunt recomandabile curele de Karlsbad și Vichy. Dintre apele dela noi sunt indicate: Slănic, Sângeorz, Vâlcele, Bodoc, Matild, Zizin, Sărata—Monteoru, ape, care măresc secreția biliară, realizând astfel un drenaj permanent, care influențează înspre bine inflamațiunile cronice ale ficatului. Bolnavii trebuiesc să fie întotdeauna controlați, să nu prezinte afecțiuni renale sau cardiace, în care caz cura hidro-minerală este contraindicată. Este preferabil ca tratamentul hidro-mineral să se facă în stațiunea balneară respectivă.

Prevenirea herniilor postoperatorii se poate face foarte bine prin incizia supracostală recomandată de *Pribram*.

Tratamentul preventiv al turburărilor gastro-intestinale survenite în urma ablațiunii veziculei biliare cu consecința directă: deranjări în excreția biliară, se poate realiza prin o alegere precisă a indicației operatorii. Intotdeauna să individualizăm fiecare caz și „să nu operăm târziu și să nu operăm toate cazurile“, după cum spune *Chauffard*. Asupra indicațiilor operatorii am discutat cu prilejul studiului sechelelor datorite indicațiilor greșite, așa că nu mai revenim.

Tratamentul curativ al sechelelor postoperatorii după intervențiile pe căile biliare se poate împărți într'un tratament igienico-dietetic, balneo-terapic, fizio-terapic, medicamentos și chirurgical.

Tratamentul fizio-terapeutic. Agenții fizici acționează asupra organelor profunde prin intermediul modificărilor circulatorii, produse asupra peretelui, conform legii lui *Dastre-Morat*, adică atunci când avem o hiperemie superficială se produce o vaso-constricție profundă și invers. Prin acțiunea lor imperemiantă, modificând circulația intrahepatică prin ușurarea circulațiunii portale, agenții fizici calmează durerea profundă, reușind să determine reflexe inhibitoare, înlăturând

spasmurile.

Echilibrul electro-ionic poate fi modificat prin anumiți agenți fizici, în așa fel, încât metabolismul celular este intensificat, împiedecând formarea calculilor și având un efect lizant asupra aderențelor.

Aplicațiunile de căldură sub formă de termofor, provoacă o iperemie cu vaso-dilatație, care are un efect din cele mai bune asupra colicelor hepatice recidivante.

Căldura radiantă are o putere analgezică foarte pronunțată. Razele infraroșii pot pătrunde destul de profund în țesuturi și să determine o hiperemie, care favorizează metabolismul. Ele au și un efect revulsiv foarte bun, care poate fi accentuat prin asocierea cu diatermia.

Cu razele ultraviolete se poate obține o revulsie durabilă asupra pielii prin iperemia ce o produc și care se poate grada. Această iperemie e urmată apoi de o pigmențiație și uneori, dacă expunerea la raze a fost de durată mai lungă, de o descuamație.

Diatermia are o acțiune sedativă și analgezică într'un grad foarte ridicat, în plus are și o acțiune antispasmodică. Prin acțiunea calorică, acțiune ce se poate grada după voință, se produce o vaso-dilatație cutanată și profundă, întru cât curenții de înaltă frecvență dezvoltă căldură acolo unde întâlnesc o rezistență, deci în grosimea țesuturilor. În aderențele postoperatorii diatermia are o acțiune binefăcătoare atât asupra durerilor, cât și asupra greșei și vărsăturilor. Combinată cu razele infraroșii, diatermia are un efect prompt în vindecarea celulei superficiale și profunde, care înconjoară cicatricile. Diatermia are un efect lizant asupra țesuturilor cicatriciale profunde. De obicei în periviscerite e necesară o serie de 15—20 ședințe de diatermie, putându-se reincepe o altă serie după o perioadă de repaos de câteva săptămâni sau luni.

Razele ultracurte pot produce încălzirea viscerelor profunde, în special a ficatului, într'un grad mai pronunțat ca diatermia. Ele au acțiune revulsivă și antispasmodică.

Radioterapia și Röntgenterapia distrug țesutul conjunctiv neformat care înconjoară vasele și nervii, acționând în mod favorabil asupra aderențelor mai vechi. În acelaș timp ele au

o acțiune sedativă foarte bună, fiind indicate deci în cazurile de acuze postoperatorii dureroase.

În crizele hepatice recidivante adeseori prin mijloacele fizioterapice amintite vom reuși să le calmăm foarte bine, în-cât ele pot suplini pe deplin injecțiile cu morfină, care tre-buiesc evitate pe cât posibil,

Tratamentul medicamentos constă în administrarea de antiseptice biliare, medicamente cholagoge și choleretice și antispasmodice. În totdeauna să fim foarte atenți și la turbu-rările coasociate, pe care să le combatem simptomatic.

Ca antiseptice biliare putem folosi: urotropina, benzoatul de sodiu, salicilatul de sodiu, per os, câte 0,5 gr. de 2—3 ori la zi. În cazuri de angiocholite putem recurge la injecțiuni intra-venoase de choleval, urotropină, sau citotropină. Dintre me-dicamentele cu acțiune cholagogă și choleretică în Clinica Me-dicală din Cluj se întrebuințează mult: agocholina, chologenul, decholina, felamina, opobilul, bileitil, choleflavina.

În timpul acestui tratament medicamentos cu choleretice, cholagoge și desinfectante biliare, vom administra bolnavilor antispasmodice, știind că cele mai multe acuze sunt în legă-tură cu aceste stări spastice, dela nivelul tubului digestiv și al glandelor anexe. Pentru acest scop vom da: troparină, perpa-rină, octinum, papaverină sub formă de injecții, nerecurgând la morfină și derivatele ei decât în cazuri excepționale. Putem da antispasmodice și per os, sub formă de picătură. În Cli-nica Medicală se întrebuințează următoarele două formule:

<i>Rp.</i> Papaverină gr.	0,40	<i>Rp.</i> Eumidrină gr.	0,02
Novatropină	0,02	Papaverină	0,40
Apă distilată	20,0	Apă distilată	20,0

Mds.: De 3 ori 15 pic. la zi. *Mds.:* De 3 ori 15 pic. la zi.

De multeori în acuzele postoperatorii sunt prezente tur-burări gastro-intestinale manifestate din punct de vedere cli-nic ca ipo- și achilie, care dau senzații de presiune în stomac și alimentație dificilă. răgâieli și greață. Alteori observăm pre-dispoziția spre diaree, care apare din când în când sub for-mă de perioade diareice foarte renitente; alteori sunt simpto-

me dispeptice de putrefacție sau fermentație. În aceste cazuri obținem rezultate foarte bune după administrarea de acidol-pepsină, sau doze mari de pepsină cu acid chlorhidric. Putem folosi acidol-pepsina în tratamentul postoperator al căilor biliare și atunci, când nu sunt semne de achilie sau ipo-chilie, având o acțiune favorabilă contra florei intestinale din partea superioară a intestinului subțire și având un efect bun în tratarea duodenitei, care de multeori e prezentă.

În cazurile asociate cu pancreatită dăm preparate de pancreas, ca: pancreotan, pancreatină.

Constipația o vom combate prin cure de ape minerale ușor laxante sau prin oleu de olive sau parafină.

Natural, că nici unul din aceste tratamente amintite nu reușește să fie eficace, dacă este aplicat singur. De aceea în toate cazurile vom face un tratament *combinat*, uzând de toate mijloacele ce le avem la dispoziție, deci făcând concomitent un tratament igienico-dietetic, balneo-climatic, fizio-terapie și medicamentos.

Tratamentul chirurgical al sechelelor postoperatorii după intervențiile pe căile biliare nu vine în discuție decât în unele cazuri. După Gosset și Dutailly sunt 3 categorii de cazuri, în care se poate pune indicația unei reintervenții; crizele de colică hepatică cu icter, fistulele biliare postoperatorii, periduo-denitele și pericolitele stenozante.

Crizele de colică hepatică cu icter sunt avizate la un tratament chirurgical atunci, când icterul este cronic, datorit unei obstrucții a căilor biliare. De cele mai multe ori această obstrucție este datorită unor procese de pancreatită cronică sau pericholedocită sau choledocită stenozantă sau compresiunea conductelor biliare prin aderențe, bride. În cazuri mult mai rare icterul este datorit obstrucției calculoase a choledocului printr'un calcul omis în timpul intervenției. În toate aceste cazuri este indicat un tratament chirurgical, consistând în drenajul choledocului și eliminarea calculului obstruant, când acesta există.

Fistulele biliare postoperatorii, relativ rare astăzi, survenind mai des în urma cholecistostomiilor, pot fi datorite și unei greșeli de tehnică, în sensul unei răniri accidentale a

choledocului în timpul intervenției. Pentru închiderea fistulei trebuie făcut un control al conductelor biliare și în caz că acestea sunt libere, dacă e posibil, se va face o colecistectomie subseroasă, iar în caz contrar, dacă nu permit aderențele, mucoclaza Pribram. În multe cazuri în urma acestei operații fistula se închide de la sine, fără un alt tratament.

Pentru a evita tratamentul chirurgical al fistulelor biliare, care uneori sunt foarte renitente la tratament, inspirat după lucrările lui *Pribram*, care a utilizat injecțiunile cu eter în litiaza choledocului, *Dr. Al. Pop*, a imaginat o metodă nouă a tratamentului fistulelor biliare, consistând în spălături cu eter a traectului fistulos. Pentru a evita durerile neplăcute, care survin în urma distensiunii canalelor biliare și a duodenului în timpul injecțiunii, spălăturile se fac sub narcoză. Narcoza înlătură durerea, iar bolnavul la trezire nu prezintă nici un simptom neplăcut.

Spălăturile se execută la 8—10 săptămâni de la intervenție, atunci când procesul inflamator s'a liniștit. Spălăturile cu eter se practică în cazurile când fistula nu are tendință la închidere spontană.

Contraindicațiunile acestui procedeu sunt: hepatitele și pancreatitele în activitate.

Spălături cu eter se practică luând toate măsurile de asepsie necesară. Se utilizează un cateter de metal adaptabil la o seringă Record. Se aspiră în seringă 2—3 cmc. eter, apoi se aplică cateterul în traiecul fistulos și se injectează conținutul seringii, protejând orificiul fistulei cu un tampon steril, împiedicând astfel eșirea eterului din fistulă.

Eterul prin acțiunea sa disolvantă asupra cholesterinei, duce la solvarea resturilor de calculi, rămași eventual în căile biliare, apoi prin distensiunea acestor canale și chiar a papilei prin vaporii de eter, se favorizează eliminarea detritusurilor. Eterul fiind apoi un desinfectant și un caustic, are un efect excitant asupra traiectului fistulos, producând granulațiunea și închiderea fistulei. Efectul acestor spălături cu eter este foarte bun. În cele câteva cazuri, în care s'a încercat această metodă în Clinica Chirurgicală din Cluj, s'au obținut vindecări prompte și definitive.

Periduodenitele și pericolitele stenoizante sunt justițiabile unei reintervenții chirurgicale, cu scopul de a elibera aderențele, în cazuri, când ele nu sunt prea multe și prea strânse. În caz de aderențe multiple, lemnoase și retractile, este mai recomandabil, pentru a evita recidivele să se facă o derivație gastrică sau intestinală, consistând în gastro-entero-anastomoză, colo-colostomie sau ileo-transversostomie, după cum necesită situația topografică a aderențelor.



Concluzii

1. *Intervențiunile chirurgicale asupra căilor biliare extra-hepatice nu dau vindecări absolute și permanente în toate cazurile.*

2. *Cele mai indicate intervențiuni sunt: mucoclaza Pribram și cholecistectomia. Mortalitatea imediată în urmă acestor intervențiuni și care ar putea avea drept cauză procedeul operator, este foarte redusă, sub 1%.*

3. *Sechelele postoperatorii survin într-o proporție de 15—20%, dintre acestea găsim accidente mari în 5—6%, restul sunt accidente mici, consistând în turburări digestive și turburări dureroase ușoare în regiunea operată.*

4. *Accidentele mari se pot grupa (Pribram) în: adevărate recidive, pseudo-recidive, acuze după aderențe, hepatite, pancreatita cronică, insuficiențe funcționale și acuze datorite greșelilor directe de operație. Dintre acestea mai frecvente sunt: aderențele și turburările funcționale.*

5. *Simptomatologia prin care se manifestă aceste acuze postoperatorii este de obicei identică aceleia dinaintea intervenției: dureri difuze în hipocondrul drept cu exacerbări sub forma unor colice hepatice recidivante cu iradieri în spate și umărul drept, însoțite de simptome dispeptice variate.*

6. *Apariția acuzelor după operație e variabilă. Cele mai multe acuze survin în primul an după intervenție, apariția lor fiind legată de obicei de greșeli de regim.*

7. *Rezultatele postoperatorii sunt mai bune în afecțiunile acute litiazice și alitiazice ale veziculei biliare. Cele mai multe acuze postoperatorii survin în urma intervențiilor pentru cholecistite cronice cu sau fără procese adezive periveziculare, abia 70% d acestor bolnavi fiind complet lipsiți de fenomene.*

8. Pentru evitarea sechelelor postoperatorii e nevoie să fie individualizat fiecare caz în parte, să nu se opereze decât atunci, când este indicația precisă pentru intervenție.

9. Prognosticul e variabil dela caz la caz.

10. Pentru evitarea acuzelor postoperatorii se impune un tratament preventiv constând în continuarea regimului și curilor balneo-terapeutice și după intervenție, administrarea de chologoge și choleretice din când în când, la intervale distanțate și regulate.

11. În timpul intervenției să se controleze întotdeauna choledocul. După intervenție să se institue terapeuțica protecție a ficatului (Parenchymsschütztherapie).

12. Pentru evitarea herniilor postoperatorii e indicată incizia supracostală recomandată de Pribram.

13. Tratamentul curativ al sechelelor postoperatorii constă d'nt'r'un tratament igienic-dietetic, balneoterapie (cure de Karlsbad, Slănic și Vichy), fizioterapie (quarz, diatermie, raze ultracurte, röntgen și radioterapie), medicamentos (desinfectante biliare, antispasmodice, chologoge și choleretice).

14. Reintervenția chirurgicală e indicată în cazuri de colice hepatice recidivante cu icter cronic, fistule biliare, periduodenite și pericolicite stenozante.

15. Pentru evitarea reoperației în fistulele biliare se recomandă procedeul D-lui Prof. Dr. Al. Pop, constând în spălături cu eter ale traiectului fistulelor, metodă, care duce la o vindecare promptă și durabilă.

Cluj, 23 Iunie 1937.

Văzută și bună de imprimat.

Decan:
Prof. Dr. D. MICHAIL.

Președintele tezei:
Prof. Dr. AL. POP.

Bibliografie

1. *Balice*: Influenza della bile sullo stato della flora batterica intestinale negli animali privati della vesichetta biliare. — Policlinico-Sezione chirurgica, 1927, No. 34, p. 501.
2. *H. Beclere*: Le radiodiagnostic des séquelles de la cholécystectomie. Congr. Intern. de la lithiase biliaire. Vichy, 1932.
3. *Bérard et Mallet-Guy*: Discussion des rapports. Congr. Intern. de la lithiase biliaire. Vichy, 1932.
4. *Leon Bernard et Pierre Mallet-Guy*: Sur les donnés de la cholécystectomie dans les icteres infectieux. Presse Méd. 1932, Nr. 102, p. 1920.
5. *S. Carro*: Surveillance médicale des cholécystectomisés. Congr. Internat. de la lithiase biliaire. Vichy, 1932.
6. *Chiray et Hesse*: Le rôle de la vésicule dans la sécrétion de la cholestérine biliaire. Presse Méd. 1932, No. 77, p. 1445.
7. *Chiray et Lomon*: La contraction de la vésicule biliaire prise sur le fait. Presse Méd. 1929, pag. 1605.
8. *Chiray et Pavel*: Physiologie de la vésicule biliaire. Presse Méd. 1925, No. 43, p. 713.
9. *Chiray et Pavel*: Comment la vésicule biliaire se remplit et comment elle se vide. Rapports fonctionnelles de la vésicule et du sphincter d'Oddi. Presse Méd. 1928, No. 19, p. 289.
10. *Chiray et Pavel*: La vésicule biliaire et ses voies d'excretion. Paris, 1936. (Masson.)
11. *Delherm et Dausset*: La physiothérapie sédative des affections vésiculaires. Congr. Internat. de la lithiase biliaire. Vichy, 1932.
12. *Durand et Delherm*: La diathermo-thérapie dans le syndrome „Pericolite droite“. Presse Méd. 1929, Nr. 37, p. 93.
13. *Donnet*: Pathogénese des séquelles de la cholécystectomie. Congr. Intern. de la lithiase biliaire. Vichy, 1932.
14. *Drăgoiu I.*: Elemente de istologie. Vol. II., pag. 522. Cluj, 1933.
15. *P. Dufour et G. Roubeau*: Hyperesthésie des pleux solaire et mésentérique chez certains opérés du cholécyste. Congr. Intern. de la lith. biliaire. Vichy, 1932.
16. *Finsterer*: Despre importanța turburărilor recidivante în urma operațiilor pentru calculii biliari. București Medical, 1935, Nr. 4, p. 66.
17. *Forgue*: Précis de pathologie externe. Vol. II. p. 699. Paris, 1935.
18. *C. Gheorghiu*: Tratatamentul postoperator al fistulelor biliare. Comunicare la Soc. Științelor Med. 16—I, 1937. Clujul Medical, Nr. 3, p. 196. 1937.
19. *G. Giraud*: Les séquelles de la cholécystectomie. Traitement Medical et hydrologique. Congr. Intern. de la lithiase biliaire. Vichy, 1932.
20. *A. Gosset et Petit Dutailis*: Séquelles de la cholécystectomie. Indications chirurgicales. Congr. Intern. de la lithiase biliaire, Vichy, 1932.
21. *Hațieganu—Goia*: Tratat Elementar de Semiologie și Patologie Medicală, Vol. II, Cluj, 1936.

22. *Hortolomeiu*: Considerațiuni asupra tratamentului chirurgical al litiazei biliare și sechelelor cholecistectomiei. *România Medicală*, 1934, p. 265.
23. *I. Iacobovici*: Pancreatita cronică. *Clujul Medical*, 1920, Nr. I, p. 39.
24. *I. Iacobovici—Danicico—Jianu*: Considerațiuni și contribuțiuni la studiul fistulelor biliare. *Clujul Medical*, 1930, Nr. 10, p. 479.
25. *G. Kremer*: Discussion des rapports. Congr. Intern. de la lithiase biliaire, Vichy, 1932.
26. *Van der Esst et De Langre*: Les petits accidents de la cholécystectomie. *Presse Méd.* 1932, No. 23, p. 418.
27. *Al. Pop*: Concepția actuală asupra tratamentului chirurgical în afecțiunile căilor biliare. Conferința de punere la punct. *Soc. Științ. Med.* 13—V. 1933. *Clujul Medical*, 1933, Nr. 7, p. 435.
28. *Al. Pop*: Considerațiuni asupra limfangitei peritoneale și mezenterice în legătură cu 8 cazuri. *Clujul Medical*, 1934.
29. *Al. Pop*: Rezultatele operatorii în afecțiunile căilor biliare. Comunicare la *Soc. Științ. Med. Cluj*, 26—I, 1935. *Clujul Med.* 1935, Nr. 3, p. 164.
30. *Al. Pop*: Indicațiunile operatorii în afecțiunile ficatului și canalelor lui accesorii. *Cluj*, 1930.
31. *O. Pribram*: Discussion des rapports. Congr. Intern. de la lith. biliaire. Vichy, 1932.
32. *O. Pribram*: Die hepatischen Residualbeschwerden nach Gallenoperationen. *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1929, Nr. 42.
33. *O. Pribram*: La limphangite peritoneale. *Presse Méd.* 1932.
34. *Pribram*: Die sogenannten Rezidivbeschwerden nach Gallenoperationen. *Klinische Fortbildung*, 1934.
35. *A. Rocha*: La sécrétion interne et externe du pancréas, chez les cholécystectomisés. Congr. Intern. de la lith. biliaire. Vichy, 1932.
36. *L. Testut*: *Traité d'anatomie humaine*, T. IV, p. 333. Paris, 1923.
37. *L. Testut, O. Jacob*: *Traité d'anatomie topographique*. T. II, p. 197. Paris, 1922.
38. *J. Villard*: Discussion des rapports. Congr. Intern. de la lith. biliaire. Vichy, 1932.
39. *Volovici*: Contribuțiuni la cunoașterea sechelelor cholecistectomiei. Teză, București, 1934.
40. *D. Wilkie*: Les résultats éloignés de la cholécystectomie. Congr. Intern. de la lithiase biliaire. Vichy, 1932.
41. *F. Ueber*: La thérapeutique protectrice du foie dans la lithiase biliaire. Congr. Intern. de la lith. bil. Vichy, 1932.