

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 380

SINDROMUL DUODENO-VEZICAL.

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 11 Febr. 1928

EMILIA V. CIUTA

1928

TIPOGRAFIA „CORVIN”
CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA No. 17.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 380

SINDROMUL DUODENO-VEZICAL.

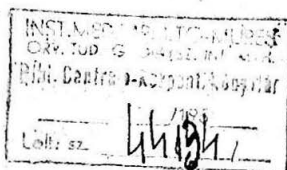
TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1928

DE
EMILIA V. CIUTA

24 MAY 2005



1928

TIPOGRAFIA „CORVIN”
CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA No. 17.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-I	Dr.	Botez A. M.
Istologia și embriologia umană	"	"	Drăgoiu I.
Clinica infantilă	"	"	Gane T.
" ginecologică și obstetricală	"	"	Grigoriu Cr.
Istoria medicinei	"	"	Guiart I.
Clinica medicală	"	"	Hațieganu I.
" chirurgicală	"	"	
Medicina operatoare	"	"	Iacobovici I.
Farmacologia și farmacognozie	"	"	Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	"	"	Michail D.
" neurologică	"	"	Minea I.
Medicina legală	"	"	Minovici N.
Igienă și igienă socială	"	"	Moldovan I.
Radiologia medicală	"	"	Negru D.
Fiziologia umană	"	"	Nișescu I.
Farmacia chimică și galenică	"	"	Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	"	"	Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică	"	"	
Clinica stomatologică (supl.)	"	"	Predescu-Rion I.
Clinica dermato-venerică	"	"	Tătaru C.
Chimia biologică	"	"	Thomas P.
Clinica psihiatrică	"	"	Urechia C.
Anatomia patologică	"	"	Vasiliu T.

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : D-nul Prof. Dr. Hațieganu I.

}	D-I Prof. Dr. Iacobovici I.
	" " " Papilian V.
	" " " Nișescu I. J.
	" " " Botez A. M.

Supleant: D-I Conf. Dr. Goia I.

D-lui Prof. I. Hațieganu îi datorez multă recunoștință pentru bunăvoința, cu care m'a primit în clinica medicală condusă de D-sa, dându-mi posibilitatea de-a aplica în mod practic la patul bolnavului cunoștințele căpătate în decursul anilor de studiu.

Profesorilor și juriului meu de promoție le exprim cel mai profund sentiment de recunoștință.

D-lui As. Dr. M. Halită îi exprim vii mulțumiri pentru bunăvoința și prețiosul sprijin în alcătuirea acestei lucrări.

Părinților mei și fraților : Lenuța și Gavril le păstrez recunoștință și aceeaș nemărginită dragoste.



Introducere.

Sindromul duodeno-vezical este o asociere a sindromului duodenal cu a sindromului vezicular.

În timpul din urmă atât în străinătate, cât și clinica noastră au studiat simptomele clinice pe care le prezintă acești bolnavi. Acest sindrom are o notă caracteristică ce constă în: bogăția simptomelor, persistența acestor simptome și variabilitatea lor. Diagnosticul clinic pe baza simptomelor este foarte greu de făcut. Aceste simptome variază foarte mult; găsim atât simptome duodenale cât și simptome veziculare.

Mă voi nizu în cadrul acestei lucrări să tratez foarte pe scurt, noțiuni cu totul necesare referitor la:

I. Anatomia și Fiziologia duodenului.

II. Anatomia și Fiziologia veziculei biliare.

III. Sindromul duodenal: 1. Sindromul ulcerului duodenal.
2. Sindromul duodenal pur, staza duodenală.

IV. Sindromul vezicular: 1. Hipertonic, Litiata biliară.
2. Hipotonic, Atonia veziculară.
1. de origine veziculară.

V. Sindromul duodeno-vezical: 2. de origine duodenală.
3. periviscerită de origine apendiculară și epiploică.

VI. Observațiile bolnavilor.

I. Anatomia și Fiziologia duodenului.

Duodenul este porțiunea inițială fixă a intestinului subțire. Are o formă de potcoavă, lungimea 26 cm, corăspunde la 1-a, 2-a, 3-a, 4-a vertebră lombară. Prima porțiune, bulbul duodenal corăspunde la fața inferioară a ficatului și la colul veziculei biliare. A doua porțiune a duodenului este în raport cu extremitatea dreaptă a colonului transvers, vena cavă inferioară și vasele renale. A treia porțiune este în raport cu vasele mesenterice superioare. Bulbul duodenal este acoperit de peritoneu pe ambele fețe, restul duodenului numai pe fața anterioară. În tunica mucoasă găsim glandele lui Brünner. Secrețiunea acestor glande este proporțională cu gradul de aciditate a chimului gastric, provoacă o excitație a secrețiunii pancreatice și a bilei. După Enricquez și Halion duodenul secretă un hormon peristaltic, ce are un rol important în motricitatea intestinului și a colonului. Sucul duodenal extras cu sonda Einhorn are o culoare galben-aurie datorită bilirubinei. Densitatea: 1007—1010. Reacțiunea: alcalină. Cantitatea după Sante-Pisani este: 60—70 cc. pe oară. Găsim pigmenți biliari, săruri biliare, colesterină în mediu 0.50—0.60 gr. ‰.

La examenul microscopic după Dl. Prof. Hațieganu găsim: celule epiteliale gastrice, duodenale, și celule ce provin dela căile biliare sau pancreatice, mucus, cristale de colesterină, bilirubinat sau oxalat de calciu, leucocite polinucleare în număr mic.

II. Anatomia și Fiziologia veziculei biliare.

Vezicula biliară este un rezervor membranos piriform, aplicat prin peritoneu în foseta cistică. Capacitatea veziculei în

mod normal este de 50—60 cc. Tunica mucoasă prezintă pliuri unele permanente altele temporare ce delimitează o serie de areole. Canaliculele biliare prin reunirea lor formează canalele hepatice, aceste prin reunirea lor formează canalul coledoc, ce se deschide împreună cu canalul pancreatic în a II-a porțiune a duodenului la nivelul ampulei Vater. Vezicula biliară și canalul cistic reprezintă un diverticul al coledocului. Canalul cistic prezintă pe fața internă valvule semilunare alui Heister. Sfincterul duodenal alui Oddi este format din îngroșarea fibrelor musculare circulare ale coledocului.

Fiziologia veziculei biliare.

Cu ajutorul probei Meltzer-Lyon putem pune în evidență proprietatea contractilă a veziculei biliare. Cercetările făcute de M. P. Carnot și M-me Z. Gruzewska au arătat că sărurile carbonice sunt resorbite în acelaș timp cu apa. Vezicula biliară are proprietatea de a concentra bila. Dl. Prof. Hațieganu și M. Haliță făcând injecții intravenoase cu indigo-carmin au observat că aceasta substanță colorantă să elimine prin bilă. Vezicula biliară își goleşte conținutul său după W. Winkelstein sub influența mișcărilor respiratorii. După Harer, Hargis, van Metter evacuarea se face în timpul digesțiunii, datorită distensiunii congestive a ficatului, undelor peristaltice duodenale, și deschiderii sfincterului Oddi. M. H. Vincent a arătat, că bila are putere antitoxică neutralizând în situ toxinele secretate de bacterile intestinale.

III. Sindromul duodenal:

1. Ulcerul duodenal. 2. Staza duodenală.

1. Ulcerul duodenal.

Klings de Wurzburg în 1860 a descris pentru prima oară ulcerul duodenal. Bucquoy la 1877 a definit aspectul clinic făcând o descripțiune clară și completă a ulcerului duodenal. În ce privește frecvența acestei afecțiuni există două doctrine. 1. Școala franceză fidelă concepțiunii lui Bucquoy recunoaște un ulcer duodenal pe 15 ulcere gastrice. 2. Școala anglo-ame-

ricană cu Moynihan susține, că ulcerul în 95% să localizează pe duoden. Linia de frontieră este formată de vena pilorică.

Simplomatologia.

1. Ulcerului duodenal este constituită prin triada: durere, hemoragi, vărsături. Durerile sunt spontane și provocate se localizează în regiunea epigastrică iradiind la dreapta liniei mediane și în spate. Aceasta durere apare târziu 4—6 oare după alimentațiune. Ajeun bolnavul are senzația de foame dure-roasă „Hunger pain“ calmându-se prin ingeștiunea de alimente ori soluțiuni alcaline. Durerile apar în mod periodic țin 1—2 săptămâni după, care apar perioade de acalmie destul de lungi. Salloz, Kramer, Moppert au găsit în ulcerul duodenal în 53% melenă în 11% hematemeză. Vărsăturile sunt foarte tardive nocturne, sau vărsături de stază alimentară.

2. La examenul radiologic a stomacului găsim semne zise indirecte de ulcer duodenal. Sindromul Barclay compus din triada radiologică: hipertonie gastrică, hiperkinezie și evacuare rapidă

3. La radiografia în serie după metoda Keller și Akerlund găsim semne directe de ulcer duodenal: nișa, incisura spomodică și retractiunea. Duodenul apare deformat și este sensibil la presiune.

4. În sucil duodenal extras prin sonda Einhorn în caz de ulcer duodenal găsim o hipersecreție, hiperaciditate și hemoragi ce apar în mod intermitent.

Etiologia.

Ulcerile sunt datorite cauzelor multiple, ce produc mici ulcerațiuni, cari trec la cronicitate. Aciditatea gastrică și tulburările de nutrițiune joacă un rol foarte important în producerea acestor ulcerațiuni.

Patogenia.

Pierre Duval, J-Ch. Roux și F. Moutier au observat la bolnavi purtători de ulcere gastrice și duodenal febră între 37°8—38°6 ce ține cam 1 săptămână, sau apare sub formă

de accese de 1—2 zile. Numărul leucocitelor crește în acest timp între 10.000—30.000. Razenow făcând examenul histologic a găsit în 26,8% streptococul și un diplostreptococ în țesutul ulceros.

Complicațiunile.

1. Hemoragia mai deseori avem melenă datorită unei ulcerațiuni a arterei pancreatico-duodenale.
2. Preforația dând peritonita generalizată sau abcese periduodenale după, cum evoluiază în mod acut ori subacut.

Evoluția și prognosticul.

Ulcerul duodenal are o evoluție foarte cronică. Prin cicatrizare produce o stenoză duodenală. Peritoneul reacționează producând o periduodenită plastică descrisă de Duval, Roux și Béclère.

Tratamentul.

1. **Tratamentul medical:** Americanii recomandă repaus fizic și alimentar de 4—6 săptămâni în ulcerul duodenal. Alimentațiunea bolnavului se face 3—4 zile prin injecțiuni și clisme cu ser. glucozat 47%₁₀₀ vreo 2 kgr. În perioada II-a 7—14 zile injectăm intraduodenal cu aparatul Einhorn și Sippy zilnic 2 Kgr. lapte 100 gr. maltoză. În perioada III-a 7—14 zile regim lactat făinos. În perioada IV-a 1/2—1 an regim mixt afară de conserve și alimente fermentate.

Ca medicamente prescriem: atropină, belladonă, dionină, medicațiune alcalină. Facem pansamente duodenale cu geloză, gelatină și bismuth.

Hailer de Viena utilizează pentru tratamentul ulcerelor duodenale și gastrice: vaccineurina. Pibram făcând proteino-teraphie a obținut în 54,5% o dispariție a simptomelor mai mulți ani. Schmidtkies Prof. la Universitatea din Chicago aplicând tratamentul medical la 470 bolnavi în 77% a obținut o vindecare.

2. **Tratamentul chirurgical,** când survin complicațiuni sau tratamentul medical nu a dat rezultate bune, în toate cazurile facem intervențiune chirurgicală. După Mayo obținem vinde-

cări în 95⁰/_o. Mortalitatea mai puțin de 2⁰/_o. Brown în ulcerele cu o evoluție cronică face piloro-plastie sau operația lui Polya. Wydler a practicat în 135 cazuri o gastro-entero-stomie-posterioară cu buton a lui Jabulay mortalitatea de 6.5⁰/_o.

3. Radioterapia. Holzknecht face iradiațiuni la purtători de ulcere ce prezintă deranjuri post-operatorii cu rezultate bune.

2. Sindromul duodenal pur, Staza duodenală.

M. M. Pierre Duval, J-Ch. Roux și Henri Bécclère au studiat acest sindrom, ce poate fi datorit unei malformațiuni congenitale, ori se desvoaltă în urma peritonitelor cronice localizate cu punctul de plecare duodenal, vezicular, pancreatic ori apendicular.

Simpptomatologia.

În staza duodenală găsim semne de intoxicație: dureri de cap migrene, hemicranii, vărsături, debilitatea forței musculare, pigmentarea feței, bolnavi au un facies teros. Găsim și tulburări nervoase așa numite: neurastenii duodenală și tetanie. Bolnavi slăbesc 15—18 Kgr. în câteva luni.

Patogenia.

Experiențele făcute la animale de Dragstedt au arătat, că în urma stazei se produce o descompunere a sucului duodenal, de unde rezultă substanțe toxice ce se rezorb.

Diagnosticul.

La examenul radiologic găsim tulburări de motilitate: o retardare a evacuării.

Tratamentul.

În toate cazurile facem spălături-duodenale. Cele mai bune rezultate se obțin prin intervențiunea chirurgicală: liberațiunea aderențelor și duodeno-duodenostomie.

IV. Sindromul vezicular:

1. *hipertonic, Colecistita litiazică.*

2. *hipotonic, Colecistatonia.*

1. Colecistita litiazică.

Prin litiaza biliară înțelegem o stare morbidă caracterizată prin prezența calculilor în căile biliare și accidentele ce survin în legătură cu aceasta afecțiune.

Etiologia.

După Chauffard și Cher în 83% a cazurilor au fost femei între 30—50 ani, ce au avut mai multe nașteri. Calculi sunt formați din: colesterină, pigmenți biliari și săruri calcare. Tulburările de nutrițiune, ereditatea directă, boli infecto-contagioase: febra tifoidă, gripa, pneumonia, apendicita joacă un rol foarte important în producerea calculilor. Naunyn susține teoria catarului litogen. Chiray prin tubajul duodenal găsește la litiazici o hipocolesterinocolie ce coexistă cu o hiposolubilitate a colestherinei.

Simpptomele și formele clinice ale litiazei biliare.

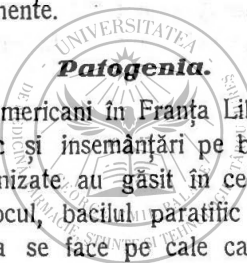
1. Forma dispeptică descrisă de Mayo, Moynihan, Cotte, Bressot și Loeper. Caracterizată prin simptome digestive foarte variate: arsuri, senzație de plenitudine și de greutate în epigastru, eructațiuni, vărsături, intoleranță pentru unele alimente: ouă, grăsimi.

2. Forma obișnuită a litiazei biliare sau colica veziculară descrisă de Gilbert. Avem crize dureroase de o intensitate mai mică, însă de o durată mai lungă decât în colica hepatică. Apare în mod brusc în legătură cu alimentațiunea în decursul sau după o sarcină. Survine între oarele 3—5 după masă sau 9—11 seara, timpul în care datorită digestiunii intestinale căile biliare se găsesc sub o anumită tensiune. Simptomul principal este durerea localizată în regiunea epigastrică: o senzație de constricțiune, de înțepătură epigastrică și prevertebrală. Durerea iradiază în etajul supra ombilical, către umghiul omoplatului și umărul drept. Criza este însoțită deseori de vărsături alimentare ori bilioase. Bolnavul se găsește într'o

stare de anxietate sau de agitațiune extremă, nu se poate alimenta, tolerează numai lichide. Colica veziculară evoluiază fără febră și fără icter. Chauffard o numește colică hepatică fără icter. În materiile fecale nu găsim calculii. La presiune găsim o sensibilitate în punctul cistic ce persistă câteva zile după criză.

3. Sub colică hepatică înțelegem un sindrom dureros ce acompaniază migrarea calculilor traversând căile biliare. Simptomele: 1. o durere violentă localizată în hipocondru drept ce iradiază în epigastru și umărul drept. 2. Vărsături la început alimentare apoi bilioase. 3. Vezicula este mărită de volum și este foarte sensibilă. Ficatul este mărit de volum. 4. Bolnavi prezintă febră 39° febră hepatalgică descrisă de Chauffard.

4. Icterul apare a 2-a zi după criză, la început pe conjunctive apoi trece pe tegumente.



Autori nord-Americani în Franța Libert și Carnot făcând studiul bacteriologic și însemnări pe bila și pereți veziculei biliare, colecistectomizate au găsit în cele mai multe cazuri: colibacilul, enterococul, bacilul paratific B. După Gilbert și Lipmann infecțiunea se face pe cale canaliculară ascendentă duodeno-coledoco-cistică.

Diagnosticul.

1. În litiaza biliară semnul descris de Murphy și Abrahams sunt pozitive. F. Ramond a descris un semn: ce constă în abolirea respirației la baza dreaptă a pulmonului în caz de colelitiază.

2. La tubajul duodenal proba Meltzer-Lyon este negativă în colecistita litiazică, cu vezicula scleroasă plină de calculi ori în caz de calcul inclavat în ductul cistic.

3. La radiografie găsim semne indirecte de litiază biliară: deranjuri în evacuarea gastro-duodenală, spasme pilorice sau gastrice, incisuri piloro-duodenale descrise de George și Leonard. Semne directe de litiază biliară: vezicula mărită de volum

opacă la razele X. Găsim umbre de intensitate diferită: o pată centrală mai închisă de bilirubinat de calciu, sau clară de mucus cu o coajă de colesterină și săruri de calciu.

4. La colecistografie după metoda Graham—Cole făcând radiografiile din 4 în 4 oare. În litiaza biliară găsim pe fondul imaginii închise a veziculei pete clare sub formă de concrețiuni.

Complicațiunile.

1. Complicațiunile imediate ale colicei hepatice: 1. complicațiuni nervoase: vertijă, lipotimii, colaps, sincopă. 2. Complicațiuni cardio-pulmonare: congestie pulmonară dreaptă, dilatație cardiacă. 3. Perforațiunea canalelor biliare.

4. Complicațiunile mai tardive ale litiazei biliare: colecistita supurată, angeocolitele, periangeocolitele, pileflebite rupearea căilor biliare și fistule biliare.

Tratamentul.

1. Tratamentul medical constă în: dietetică, tratament hidromineral și tratament medicamentos.

A) Dietetica înstituiam un regim alimentar sărac în colesterină și grăsimi. Interzicem: mezelurile, vânaturile, brânzeturile fermentate și toate alimentele conservate. Gilbert propune, ca bolnavi să se alimenteze mai des împedcând cu modul acesta stagnarea bilei.

B) Tratamentul hidro-mineral. Un mare număr de bolnavi litiazici, cari prezentau o hipo sau anaclorhidrie, după un tratament cu soluțiuni alcaline clorurate, acidul clorhidric a crescut în sucul gastric. Apa minerală de Karlsbad, Vichy și Slănic asigură un repaus al ficatului și a căilor biliare. Prin starea electro-ionică, termalitatea și radio-activitatea favorizează nutrițiunea bolnavilor, mărește diureza, icterul dispare. Teohari întrebuințează aceste ape minerale 10—15 zile în doze de 200 gr. soluțiune călduță administrată dimineața și seara.

D) Tratamentul medicamentos constă din: medicațiune litotriptică, medicațiune colagogă și antiseptică.

a) Medicațiunea litotriptică: baza acestui tratament o for-

mează cura hidrominerală de Vichy și Karlsbad. Larroya dă la zi 3 tablete de acid timic de câte 0.25 ctgr.

b) Medicațiunea colagogă: dăm uleu de olive dimineața ajeun 50 cc. mărim doza zilnic cu 25 cc. până la 200 cc. Facem proba Meltzer-Lyon cu 40 cc. $\text{SO}_4 \text{ Mg. } 33\%$ produce o contracțiune a veziculei biliare. Stepp face instilațiuni duodenale cu peptonă Witte 5—10%. Printre coleretice Chauffard dă Salicilatul de Na 2 gr. și Benzoat de Na 1 gr. 10—15 zile pe lună. Calomel în doze repetate de câte 5 ctgr. Glicerina în doze de 2—3 lingurițe la zi.

c) Medicațiunea antiseptică: se dă urotropina în doze de 2—3 gr. la zi, helmintolul și saliformina. J. H. Hill și W. W. Scott fac injecțiuni intravenoase cu mercurο-crom. Leccia dă 4 comprimate la zi de acid cholic cristalizat pur 0,075 gr. și 0.225 gr. urotropină timp de 15 zile.

În decursul crizelor litiazice dăm calmante: atropină, papaverină, belladonă, dionină etc.

3. Tratatamentul chirurgical. În accidentele acute febrile la bolnavi, cari prezintă o alterațiune profundă a stării generale, o insuficiență hepatică în toate cazurile se face colecistostomie ce nu dă o vindecare definitivă. În alte cazuri facem: colecistectomie sub seroasă și drenaj când vindecarea este mai sigură.

2. Sindromul vezicular hipotonic, Colecistatonla.

Acest sindrom a fost descris de Chiray Pavel și Milochevitch fiind caracterizat printr'o lipsă de contracțiune a stratului muscular, care are de rezultat o stază a bilei veziculare.

Etiologia.

Aceasta afecțiune este datorită unui dezechilibru neurovegetativ. Staza atonică se asociază deseori la ptoza veziculară.

Simptomatologia.

Din punct de vedere clinic se manifestă printr'o greutate și o durere în regiunea veziculară. Găsim simptome dispeptice și stări migrenoase: o stare generală rea, vărsături repetate galbene, verzi, bilioase, anorexie, greață, deranjuri intes-

finale, constipație. Bolnavi prezintă dureri de cap localizate într'o anumită regiune așa numite: migrene biliare.

Diagnosticul.

1. La tubajul duodenal bila B. apare foarte târziu este greu de provocat evacuarea bilei veziculare. Aceasta bilă este în cantitate mare, hiperconcentrată de culoare brună, bogată în pigmenți și colesterină.

2. La radiografie vezicula este distinsă mărită de volum și deseori găsim o ptoză.

3. La colecistografie vezicula este opacă foarte mărită, în stațiune verticală ocupă o pozițiune mai joasă și nu se golește complet.

Tratamentul.

Facem reeducațiunea motrice a colecistului și golirea veziculară repetată prin drenaj biliar sistematic, sau prin medicațiune colecistochinetică: injecțiuni de pilocarpină, eserină și hipofizină combinate cu un tratament general.

V. Sindromul duodeno-vezical.

Este o asociere a sindromului duodenal cu a sindromului vezicular. Deosebim: 1. Sindrom de origine veziculară. 2. Sindrom de origine duodenală. 3. Periviscerită de origine apendiculară și epiploică.

1. Sindromul duodeno-vezicular de origine veziculară.

Acest sindrom a fost descris de Duval. J-Ch-Roux și Bécclére sub numele de periduodenita biliară.

Etiologia.

Cauzele, cari pot produce acest sindrom sunt multiple. Smithies și Hartmann făcând cercetări au observat că acest sindrom se desvoaltă în urma unei colecistite cronice litiazice, sau nelitiazice. După Paviot, Savy, Mariano și Castex survine în urma unei peritonite localizate tuberculoase sau sifilitice.

Patogenia.

Primitiv există un proces inflamator plecat dela veziculă sau dela peritoneul perivezical și o reacțiunea din partea țesutului conjunctiv ce proliferază.

Simpptomatologia.

Găsim dureri continue întrerupte de crize paroxistice localizate în hipocondrul drept și regiunea duodenală se traduc printr'o senzație de: tensiune, plenitudine sau presiune exagerată, care este mai accentuată după mâncare sau în timpul nopți. Durerea sunt continue și fixe nu se schimbă cu poziția bolnavului.

Duval a descris simptome de intoxicație duodenală: astenie, o colorațiune pământie sau gălbuie icterică. Simptome nervoase: iritabilitate exagerată, insomnii, palpitațiuni, senzație de căldură, migrene, vărsături bilioase. Taylor a găsit tulburări mintale.

Diagnosticul.

La palpațiune găsim o zonă dureroasă în regiunea veziculei biliare, de multeori vezicula biliară este mărită, distinsă.

2. La radiografie observăm o neregularitate a bulbului o deplasare și un oarecare grad de stenoză interesând mai mult a II-a și a III-a porțiune a duodenului. Vezicula biliară poate fi mărită sau micșorată de volum, având un contur neregulat.

3. La colecistographie studiem conținutul veziceii, deformațiunile, mărirea, sau micșorarea veziculei și aderențele cele prezintă cu duodenul.

4. La tubajul duodenal, când peretele veziculei este puțin atins extragem o cantitate mare de bilă B. de stază și hiperconcentrată. Când peretele veziculei este sclerosat bila B. este absentă.

Evoluția și prognosticul.

Acest sindrom are o evoluție foarte cronică. Bolnavii slăbesc foarte mult nu se pot alimenta, devin neurastenici.

Tratamentul.

1. **Tratamentul medical.** S'a observat, că bolnavi cari se îngrășe și repausul ameliorează de multe ori durerile. S'a propus alimentațiunea sistematică duodenală, introducând direct prin sonda duodenală o supă maltozată de 2 ori la zi continuând mai multe săptămâni sau luni.

2. **Tratamentul chirurgical.** Când aderențele sunt laxe facem o colecistoliză și o reeducare a veziculei printr'un drenaj sistematic biliar cu apa de Vichy.

Când vezicula este sclerozată facem colecistectomia peritonizând patul veziculei și bontul cistic ca să impedecăm producerea aderențelor noi.

2. Sindromul duodeno-vezical de origine duodenală.

Acest sindrom a fost studiat pentru primaoră de Duval, J.-Ch. Roux și H. Bécclère.

Etiologia.

Acest sindrom poate fi secundar unui ulcer duodenal, unei apendicectomii sau colecistectomii. După Duval ar fi datorită unei malformațiuni congenitale o dezvoltare anormală a ligamentului duodeno-cistic. Hadges, Paviot și Santy cred că acest sindrom este produs de o periviscerită sifilitică sau tuberculoasă.

Patogenia.

Morris și Oppel susțin, că există un proces inflamator cu punctul de plecare dela o colecistită sau duodenită catarală. Dragstedt susține că există o intoxicație duodenală produsă de microbi intestinali.

Simpptomatologia.

Găsim dureri localizate în regiunea epigastrică, iradiind la dreapta de linia mediană în regiunea paravertebrală dreaptă și dedesuptul omoplatului. Durerea survine la 4—5 oare alteori la 1—2 oare după alimentațiune. Aceaste dureri

nu cedează la medicamente se calmează mai ales după repaus. Bolnavi prezintă: cefalee, o stare generală rea, greață, astenie ce să prelungește câteva ore după alimentațiune. Bolnavi pot prezenta crize veziculare: o durere epigastrică foarte violentă ține 1—2 zile sau mai mult este însoțită de vărsături bilioase și diarei prandiale. Icter găsim 1 la 5 cazuri.

Diagnosticul.

1. La presiune se constată o zonă dureroasă duodenală sau veziculară și o sensibilitate epigastrică.
2. La examenul radiologic duodenul este deformat neregulat există un grad de stenoză incompletă a duodenului.
3. La radiografia în serie cu aparatul Bécłere bulbul duodenal este neregulat este mai sus situat și fixat sub rebordul costal drept. Deplasările verticale cu proba Chilaiditi sunt mai mici decât în mod normal.

Evoluția și Prognosticul.

Aceasta afecțiune are o evoluție foarte cronică. Bolnavi slăbesc pierd în greutate vreo 10—15—18 Kgr.

Tratamentul.

Intervențiunea chirurgicală constă din gastro-duodeno-stomie. Wideroe preferă duodeno-duodeno-stomia când aderențele sunt localizate la nivelul unghiului duodenal. Opperl întrebuințează grefa epiploică liberă din anul 1914.

Diatermia dă rezultate foarte bune în tratamentul acestei afecțiuni.

3. Periviscerita de natură apendiculară și epiploică.

Morris în anul 1905 a pus în evidență o apendicită cronică asociată cu o periduodenită. Brulé și Gárban descriu un sindrom entero-hepatic. Există deseori o coincidență clinică între sindromul apendicular și colecistic.

Etiologia.

Există focare distincte deoparte de apendicită cronică tiflită, peritiflită adesivă, de altă parte colecistită cronică, pericolecistite și destul de frecvent periduodenită.

Patogenia.

După cercetările lui Bercianu procesul inflamator se propagă dela apendice pe cale limfatică la ganglioni limfatici retro-duodenali, peritoneul reacționează producând peritonite adezive de vecinătate.

Simptomatologia.

Bolnavi prezintă dureri caeco-apendiculare, fenomene de colită dreaptă cu constipație. Mai găsim simptome de colecistită asociate cu periduodenită: dureri veziculare, simptome dispeptice.

Diagnosticul.

1. La presiune găsim o sensibilitate în regiunea caeco-apendiculară, în regiunea duodenală și punctul cistic este sensibil.
2. Proba Meltzer-Lyon când vezicula este sclerozată bila B. este absentă.
3. La examenul radiologic găsim deformațiuni duodenale și veziculare.

Evoluția și Prognosticul.

Aceasta afecțiune are o evoluție foarte cronică. Starea generală a bolnavilor să alterează devin: neurastenici, deprimați, nervoși.

Tratamentul.

1. Tratamentul chirurgical constă în: apendicectomie, colecistectomie, rezecția bridelor anastomotice. Lardennois interpune mici bucăți epiploice pe suprafețele sângerânde pentru a împiedeca formarea de noi aderențe, dar pe acest teren infectat nu dă rezultate bune.

2. Tratamentul medical constă din alimentația duodenală sistematică cu o supă maltozată și cura termală cu apa de Vichy.

3. Diatermia aplicată în aceste cazuri dă rezultatele cele mai bune.

VI. **Observațiile noastre:**

Observația I.

Colecistită, pericolecistită, aderențe duodeno-vezicale.

Numele: Nemeș Theodosia. 32 ani.

Antecedente: La 7 ani blenoragie, a fost internată timp de o lună la clinica dermațo-venerică. În anul 1914, a avut sifilis, a fost tratată insuficient. Menstruată la 18 ani: epocile catameniale se succed la 2—3 luni cu o durată de trei zile. A dat naștere unui copil prematur, care trăiește. Este alcoolică și tabagică.

Boala actuală: Datează de 6 luni. A fost precedată de dureri de cap ce au ținut-o săptămână și o senzație de tensiune și plenitudine în hipocondrul drept. A avut dureri mari, cu caractere de colică hepatică, în hipocondru drept. Durerile erau enorme și iradiau spre stern și uneori spre umărul drept. Chiamă un medic care îi face o injecție după care durerile se calmează și bolnava doarme. Nu știe cât timp a durat accesul. În decursul accesului a avut vărsături bilioase, nu a prezentat icter. A fost internată la spital unde a stat 4 săptămâni. A avut frisoane și temperatură între 39°—40°. După aceste accese urmează o perioadă de acalmie. De 2 luni din nou presintă dureri cari sunt persistente și mai violente, să presintă la 1—2 oare după alimentațiune. Presintă frisoane și ușoare ascensiuni de temperatură. În 4 Septembrie 1925, intră în serviciul Clinicei medicale de unde este transpusă la Clinica Chirurgicală pentru intervenție.

Obiectiv: Sistemul celulo-adipos redus Ganglioni ingvinali palpabili. *Pulmon:* Respirație înăspriță cu expirația prelungită la vârful drept. *Cord:* nimic patologic. *Examen sanguin:* W-negativ. *Examenul urinei:* Densitatea 1028. *Org. Abdomi-*

nale: La palpare se simte în regiunea veziculei biliare o impastare difuză foarte sensibilă, care scade treptat în spre hipocondrul stâng. și fosa iliacă dreaptă. *Murphy, Abrahams* positive. *Goyenna* negativ. La tușeul vaginal se constată uterul în retroversie flexie mărit de volum și mai dur. Dureros la palpare. Anexele sensibile și îngroșate.

Examenul radiologic: Stomac formă de cârlig, cu tonicitate slabă, situat mai la dreapta. Coloana de lichid și peristaltism normal. Duodenul e sus situat. Sensibilitatea pe vezica biliară și duoden. Stomacul după 8 ore evacuat.

Diagnostic clinic: Colecistită, pericolecistită, aderențe duodeno-vezicale.

Diagnostic radiologic: Aderențe între duoden și vezică. În ziua de 18 Septembrie 1925, a fost operată de asistent Dr. Popovici.

Operația: Colecistectomie, drenaj.

Incizia Cher: La deschiderea cavității, peritoneale s-a constată, un ficat ușor ptozat. De la jumătate distanța între ombilic și procesul xifoid pleacă un cordon de grosimea indexului și care penetrează în ficat, pe suprafața posterioară a lobului drept. La care nivel ficatul prezintă o formă de trifoi. Să rezecă cordonul și să explorează vezica biliară. Să constată că vezica biliară este ușor injectată și distinsă. Prezintă aderențe duodenale și pilorice. Să face colecistectomia obișnuită drenându-se bontul cistic și patul veziceii, restul plăgi să închide. În 8 luna X. 1925. pleacă acasă vindecată.

Observația II.

Periduodenită.

Elena Sângeorzan de 19 ani.

Antecedente: fără importanță.

Boala actuală: A început acum doi ani cu tulburării dispeptice. Senzație de tensiune și plenitudine în epigastru, care se accentuau cu deosebire după oboseală și ingerarea de lichide în cantități mai mari. La scurt timp să prezintă și dureri difuze în epigastru, care erau mai accentuate în spre hipocondru drept și iradiau în spre hemitoracele și umărul

drept. Durerile să presintau și pe nemâncate. Avea senzația de foame dureroasă atenuându-se prin alimentație, pentruca apoi să reapară la 3, 4, 5 ore după alimentație. Apăreau și în decursul nopții neputând dormi din cauza acestor durerii. Aceste dureri apăreau în mod periodic având acelaș caracter și aceeași localizație, dar de o durată variabilă. Câte odată dispăreau după o jumătate de oră, alte ori durau 2—3 ore. Pofta de mâncare este foarte schimbăcioasă. Este constipată în mod permanent. Dela începutul boalei de câteva ori a avut vărsături, alimentare și odată bilioase. Hematemeză, melenă nu a avut. Scaunul era de o colorație brună, câteodată pătat cu sânge. Cam de 3—4 luni durerile se accentuau devenind din ce în ce mai intensive, presinta greață, dureri, răgaeli și regurgitațiuni. În timpul nopții bolnava din cauza durerilor este silită să ia atitudine forțată, culcându-se pe partea dreaptă cu genunchiul drept în flexiune.

Obiectiv: Cord pulmon nimic patologic. Examen sanguin: W-negativ. *Org. Abdominale:* La inspecție să constată, după ingerarea alimentelor o balonare ușoară și simetrică a epigastrului mai pronunțată la dreaptă, liniei mediane. Să remarcă la acest nivel și o tensiune a părnelui abdominal. La percuție timpanism ceva mai exprimat în decubitus lateral stâng. La palpație presintă o durere difuză în egigastru dar cu deosebire în hipocondru drept. Imediat la dreapta de linia mediană în punctul duodeno-cistic este maximă aceasta durere. Dreptul abdominal din partea dreaptă este contractat găsim o defensă musculară. *Murphy, Abrahams,* pozitive. *Goyenna* negativ. *Examen chimic:* Ajeun, H. CL.—12. A. T.—28. Dejun de probă H. CL.—20. A. T.—36.

Examen radiologic: Stomacul în formă de cârlig, cu peristaltism exagerat. Bulbul duodenal să evidențiază greu. Conturile par a fi neregulate și caracteristice unei leziuni în peretele duodenal. Evacuare bună. După 6 ore stomacul evacuat. Ba. în intestinul subțire și parte în ascendent. O sensibilitate exagerată în punctul duodenal.

Dig. Clinic: Ulcer duodenal, periduodenită.

Dig. Radiologic: Ulcer duodenal, periduodenită.

La 11. III. 1925 a fost operată de Dl Profesor Dr. Jacobovici.

Operația: Colectectomie retrogradă. Să constatăm aderențe între vezicula biliară prima și a doua porțiune a duodenului. Mai sunt câteva cicatrice la partea posterioară a antrului. Restul duodenului și stomacului sunt complet libere. Se face colectectomie retrogradă și să închide complet.

24. III. 1925. pleacă acasă vindecată.

Observația III.

Ulcer Duodenal; aderențe periduodenale, periduodenită.

Jurca Avram de 25 ani intră în clinica din Cluj în ziua de 14. Ianuarie 1927. pentru dureri în regiunea epigastrică.

Antecedente: fără importanță.

Boala actuală: datează de 7 ani. A început cu dureri în regiunea epigastrică, cari nu erau în legătura cu alimentația, survineau și înainte și după alimentație. După alimentație durerile erau mai intense asociate de regurgitațiuni, pirose și ghiorăituri. Perioadele dureroase se mențineau vre-o 2—3 luni când urmau perioade de acalmie cam de aceeași durată. De patru luni simptomele să agravează. Durerile sunt mai mari de o durată mai lungă, sunt asociate de vărsături provocate. Melenă, hematemeză nu a avut. Pofta de mâncare păstrată. Scaunul regulat tot la 2—3 zile.

Obiectiv: Țesutul celulo-adipos redus. *Pulmon*: Respirația înăspriată la vârfuri. *Cord*: nimic anormal. *Org. Abdominale*: sensibilitate difuză mai accentuată, în regiunea epigastrică. *Examen sanguin*: W. negativ. *Examen Chimic Ajeun* 30 cc. HCL. 16 A. T. 32. Dejun de probă HCL. 60. A. T. 75.

Examen radiologic: Stomac formă de cârlig, stiat pe ombilic mai oblic și tras la dreapta. Curbura mare, extrem de dințată în special în partea superioară. Bula de aer normală. Lichid de trei degete. Peristaltism foarte violent începe mai sus se succed mai multe unde și în partea antrală devin gastrospasmuri. Evacuare mai rapidă duodenul să desemnează ne-

regulat, este mai sus și fixat spre falsele coaste. Găsim o sensibilitate mai exagerată, în aceasta regiune. După 10 minute de decubit lateral drept găsim aceeași imagine neregulată a duodenului. După 6 ore, stomacul evacuat complet. Ba. în ileon.

Dig. Clinic. Ulcer duodenal, aderențe perduodenale, perduodenită.

Dig. Radiologic: Ulcer duodenal, aderențe perduodenale perduodenită.

În ziua de 18. I. 1927. a fost operat de Asist. Dr. Filipescu.

Operația: Resecție *Reichel*. La deschiderea cavității abdominale s-a constatat stomacul enorm de dilatat un ulcer la nivelul primei porțiuni duodenale care stenozează aproape complet aceasta porțiune. Presintă aderențe cu ficatul, vezica biliară și aderă în partea posterioară la pancreas. Să rezecă sub stenoză și la nivelul 1/3. cardiace a stomacului. Se reconstruiește după procedeu *Reichel*.

În II. 1927. bolnavul parăsește serviciul vindecat.



Observația IV.

Citiază biliară, colecistită, aderențe perduodenale, postoperatorii.

Szabó Clara de 22 ani.

Intră în clinica medicală în ziua de 5. X. 1926. pentru dureri în hipocondru drept și îngălbenirea tegumentelor.

Antecedente: La 7 luni varicelă. La 3 ani bronchopneumonie, la 5 ani scarlatină, la 7 ani febră tifoidă, la 21 ani accese epileptiforme.

Boala actuală: Datează de 6 zile a debutat prin crize durerose atroce, localizate în hipocondru drept, urmate de trei accese de lipotimie. Durerile iradiau către umărul drept și în spate erau asociate de cefalee. Presintă greață, vărsături bilioase, postprandiale. Apetitul e dispărut. Cu două zile mai târziu s-a presintă un icter destul de pronunțat pe conjunctive, sclerotice și pe tegumente. Consultă un medic ce îi prescrie un tratament fără să se simtă mai bine. Apetit absent. Scaun neregulat.

Obiectiv: Tegumentele și mucoasele oculare ușor icterice. Pulmon: respirație mai aspră, la vârful stâng și baza stânga. **Cord:** nimic deosebit. **Org. abdominale:** să palpează o rezistență sub rebordul costal drept. E sensibilă, dureroasă. **Ficatul:** întrece falsele coaste cu un lat de deget. **Examen sanguin:** W-negativ. *Leucocite* 10.600.

Examen radiologic: Stomac formă de cârlig, tonicitate bună situat normal pe ombilic. Bula de aer normală. Lichid puțin. Peristaltism normal, după excitare mai profund. Evacuare spontană bună. Duodenul să desemneze bine regulat, triunghiular. După 7 ore stomacul evacuat. Ba. în ileon și ascendent. Sensibilitate pe vezica biliară.

Dig. Clinic: Litiază biliară, colecistită, aderențe, periduodenale, postoperatorii.

Dig. radiologic: Aderențe duodeno-vezicale.

21. X. 1926. I-se face colecistografia și se pune diagnosticul de colecistită calculoasă. 26. X. 1926. a fost operată de Dl. Prof. Dr. Jacobovici.

Operația: După deschiderea peritoneului vezica biliară prezintă o serie de aderențe, care să secționăm. Vezicula e mică și depășește marginea inferioară a ficatului. 1/2 cm. să palpează calculi. Să face colecistectomie cu drenaj. După operație timp de două luni, bolnava sa simțit bine. De trei săptămâni bolnava a prezentat dureri foarte accentuate, încât a fost nevoită să stea la pat. A avut grețuri și vărsături bilioase, frecvente. De două zile a avut dureri mari în regiunea apendiculară, asociate de greată și vărsături. Chiamă medicul care constată un acces de apendicită și o îndrumă la Clinica Chirurgicală. I-se face examenul radiologic: Stomac formă de cârlig, situat, ceva mai la dreapta. Polul inferior un deget sub ombilic. Tonicitate destul de bună. Bula de aer, lichid normal. Peristaltism lipsește aproape complet. Evacuare nu să observă. După 10 minute decubit lateral drept o parte din Ba. evacuat. Duodenul este tras sub falsele coaste, nu să desemneze în întregime numai recesul extern și intern ambii rămân umpluți în formă de pete persistente. După 10 minute recesul extern prin progresiune să evacuiască, cel intern per-

sistă. După 6 oare un rest minimal liniar în stomac. Ba. în ileon și ascendent. *Dig.*: Aderențe periduodenale.

Observația V.

Apendicită cronică, pericolecistită.

Kratofil Rudolf de 25. ani.

Antecedente: Fără importanță.

Boala Actuală: Datează din 20. Ianuarie 1926. A început în mod insidios cu balonarea abdomenului în regiunea epigastrică și durerii continue în această regiune și dureri de cap. Durerile epigastrice sunt continue. Mai accentuate la 1—2 ore după alimentație însoțite de cefalee și uneori de răgăeli. Vărsături, hematemeză și melenă n-a avut. Intră în Clinica Medicală în 26. X. 1926. unde stă 3 săptămâni fără să se amelioreze. *Obiectiv*: Tegumentele și conjunctivele sunt ușor icterice. Cord, pulmon: nimic deosebit. *Org. Abdominale*: La palparea bolnavul semnalează o durere dealungul rebordului costal drept. Punctul duodenal este dureros. *Examen Sanguin*, W-negativ. *Examen Chimic*, Dejun de probă HCL. 32. A. T. 44.

Dig. Clinic: Ulcer duodenal cu aderente.

Dig. Radiologic: Ulcer duodenal cu nișă și aderente.

În ziua de 15. IV. 1927. se face apendicectomie și desfacerea aderențelor de Dr. Filipescu.

Operația: Se face laparatomie mediană supraombilicală. Să deschide cavitatea abdominală, să explorează pilorul și duodenul nu să găsește ulcer să găsească aderente puternice, care să întind de la prima porțiune a duodenului la fața inferioară a vezicii biliare. Să desfacă aderentele și să peritonizează cu câteva fire. Să lungește incizia în jos să explorează apendicele cecal. să constate un apendice lung hiperemic și inflammat. Să face apendicectomie, să infundă bontul cu trei fire suprapuse, să închidă cavitatea abdominală complet cu fire de metal 29. IX. 1927. bolnavul pleacă acasă vindecat.

Observația VI.

Periduodenită, după colecistectomie.

Solomon Maria 37 ani.

Antecedente rujeolă, în mica copilărie.

Boala Actuală: Datează de 10. ani. Debutul insidios cu inapetență, amețeli, greață, regurgitațiuni acide, piroze. După ingerarea alimentelor mai grele ~~varsă~~ de cele mai multe ori spontan. La început a avut o hematemză. Bolnava presintă crize de câte una-doua săptămâni, separate de perioade de acalmie de câte 5—6 săptămâni. A fost tratată la Clinica Neurologică cu diagnosticul de neuroză cardiacă. Presintă dureri abdominale de 6 ani. Apăreau cam la $\frac{1}{2}$ oră, după mâncare și să calmau prin vărsături. Cu trei ani înainte observă o durere bruscă în hipocondru drept cu iradieri înspre umărul drept. Bolnava era nevoită să ocupe poziții forțate. Vărsăturile au devenit mai frecvente. Crizele dureroase țineau 5—6 săptămâni, urmând perioade de acalmie, de 2—3 luni. Ultimul acces fiind foarte violent bolnava se decide pentru operație.

Obiectiv: Țesutul celulo-adipos redus. Pupila dreaptă ușor midriatică. *Pulmon:* Respirația aspră, prelungită, și cracmente la vârfuri. *Examen sanguin:* W-negativ. Leucocite: 8200. *Examen chimic:* Ajeun 15. cc. lichid bilios HCL. 24. AT. 68. Proba Meltzer-Lyon a fost negativă prin lipsa vezicei.

Examen radiologic: Stomac normotonic, normoperistaltic și normocinetice. Duodenul tras sub falsele coaste, aproape imobil și sensibil.

Dig. clinic: Periduodenită cu aderențe, epiploită, apendicită cronică.

Dig. radiologic: Periduodenită.

În ziua de 9. XII. 1925. a fost operată de Dl. Profesor Iacobovici.

Operația: Apendicectomie, gastro-entero-anastomie, transmezocolică-posterioară. Se face o incizie pararectală dreaptă, să deschide cavitatea abdominală. Să constată o ptoză intestinală. Apendicele îngroșat și congestionat la vârf. Să face resecția apendicelui și înfundarea lui, cu fire separate. Explorând etajul abdominal superior, să constată aderențe puternice organizate între duoden, ductul coledoc și ficat, deasemenea un stomac enorm dilatat. Desfacem aderențele după cât este cu putință după care facem o gastro-entero-anastomoza, transmezocolică-posterioară, suturând în trei etaje și făcând o hemo-

tază cât se poate mai bună. Suturem incizia tegumentelor cu fire de metal.

Observația VII.

Periduodenită, esențială.

Covrig Avram 19 ani.

Antecedente: fără importanță.

Boala actuală: Datează de 4 ani. A început cu dureri la baza toracelui cu senzație de constricție. Durerile de obicei vin după eforturile de peste zi și mai ales noaptea. Durerile n-au legătură cu alimentațiunea. Survin atât înainte cât și după alimentație. Pentru ași calma durerile își provoacă vărșături. Pofta de mâncare păstrată. Scaun regulat.

Obiectiv: Pulmon la vârful drept o respirație aspră.

Cord: pulmonară 2. accentuată. *Org. Abdominale:* la palpație presintă o sensibilitate mai exagerată în hipocondrul drept.

Examen sanguin: W-negativ. *Examen chimic:* Ajeun HCL.-O. AT.-O. 4. Dejun de proba HCL. O. AT. O. 4.

Examen radiologic: Stomac formă de cârlig, ușor hipertonic, scurt și tras la dreapta. Coloana de lichid e mai mare. Peristaltism ceva mai mare. Evacuare bună. Duodenul să desemnează mai greu. E mai sus sub falsele coaste, sensibil la presiune. După 6 ore evacuat. După 24. ore complet evacuat.

Dig. clinic: Periduodenită esențială.

Dig. radiologic: Aderențe periduodenale.

Pe ziua de 20. II. 1925. să face: Desfacerea aderențelor. G. E. P. de Dr. Tr. Popovici.

Operația: Să face laparatomie supraombilicală. La deschiderea cavității abdominale să constată o bridă de grosimea unui deget, care pornește dela linia albă, deasupra ombilicului, la trei cm. și se inseră la marginea inferioară a ficatului. Se constată aderențe puternice a duodenului la vezica biliară, la ficat și la partea sa posterioară fiind fixată în sus spre dreaptă. Pe fața anterioară a duodenului la prima sa porțiune să constată o cicatrice stelată, de mărimea unui leu. Să desfac aderențele duodenului de vezica biliară pe cât este posibil. Să extirpă brida sus descrisă care era în parte ade-

rentă de colonul transvers pe care îl comprimă. Să face G. E. P. constatându-se o perigastrită foarte pronunțată.

27. III. 1025. Bolnavul pleacă acasă ameliorat i-se prescrie un regim sărac în carne, acidol penpină, sulfat de calciu și Mg. ustae.

Observația VIII.

Aderențe a regiunii subhepatice, periduodenale.

Licher Edmund 45 ani.

Antecedente: La 15 ani indurația vârfurilor pulmonare. In 1915. disenterie.

Boala actuală: A început în Noemvrie 1925 în mod insidios, cu senzație de plenitudine, care nu ceda la nici un fel de medicament durând 2—3 zile uneori chiar o săptămână și cu o ușoară piroză. In Maiu 1926 este operat la Buda-pesta de colecistită și aderențe duodeno vezicale. In Junie 1926 fenomenele psihice și nervoase se accentuează are dureri de cap, vertige, amețeli, slăbire generală. Este internat în Clinica Neurologică unde stă 3 luni. Presintă o perioadă de acalmie de 3 luni. Inainte cu o lună apar din nou dureri în regiunea epigastrică fără să fie în legătură cu alimentația. Durerile iradiuau spre ambele hipocondre erau asociate de ghiorăituri, eructațiuni senzație de plenitudine a stomacului. Este constipat de 6 zile. Apetit redus.

Obiectiv: Tegumentele și mucoasele ușor icterice. Pupilele ușor midriatice Presintă tremurături mici în membrele superioare și inferioare. *Pulmon:* La ascultație respirația însăprită la vârful drept. La baze câteva raluri sibilante. *Cord:* un suflu fin aortic cu accentuarea sgomotului al doilea aortic. *Org. abdominal:* sensibilitate în regiunea epigastrică ce merge în ambele regiuni hipocondriace mai ales la dreapta în regiunea vezicii biliare. Splina: percutabilă. *Examen sanguin:* W-negativ. Leucocite: 10.000. Globule roșii: 3,400.000. Bili-rubinemie: $2\frac{1}{2}$.

Examen chimic: ajeun HCL. 14. AT. 30. Dejun de probă HCL. 27. AT. 50.

Examenul radiologic: Stomacul formă de cârlig ceva

mai mic situat normal hipertonic. Bula de aer mai mare. Lichidul crește în decursul examinării la 3 degete. Peristaltism mai exagerat. În special pe partea antrală. Evacuare continuă. Polul inferior un deget deasupra ombilicului. Duodenul să desemnează în fața coloanei vertebrale, este ceva mai globos însă regulat, în permanență umplut. Cu evacuare continuă, care desemnează întreaga potcoavă duodenală. Duodenul sensibil. După 7 care stomacul evacuat. Ba. în colonul transvers și descendent. Flexura hepatică a transversului spre linia mediană și fixat. După 24. ore intestinul evacuat complet.

Dig. clinic : Aderențe a regiunii subhepatice, periduodenale.

Dig. radiologic : Aderențe a regiunii subhepatice, periduodenale.

În 23. IV. 1927. a fost operat de Dr. Filipescu,

Operația : Desfacerea aderențelor. Să face laparatomie mediană supraombilicală. La deschiderea cavității abdominale explorând pilorul și duodenul să constată aderențe puternice, care să întind de la pilor, la prima și a doua porțiune a duodenului, la față inferioară a ficatului desemenia să constată niște aderențe cicatriciale, care să întind la față posterioară a duodenului, la peritoneul parietal și la față posterioară a stomacului. După desfacerea aderențelor să închide cavitatea abdominală complet cu fire de metal.

6. V. 1927. pleacă acasă vindecat

Observația IX.

Ulcer duodenal. Cistolăză billară, aderențe duodeno-hepatocolice.

Sabău Ioan 32 ani.

Antecedente : la 7. ani pojar, la 20 și 27 ani malarie.

Boala actuală : Datează de 9 ani a început în mod insidios cu dureri în epigastru, cari survineau la 2—3—5 ore după alimentațiune uneori în timpul nopții iradiind în spate și presenta exacerbațiuni primăvara și toamna. De 3 ani durerile sau accentuat. Survineau și pe nemâncate, calmându-se prin alimentație, pentru a reapărea apoi la 4 ore după alimentațiune. Tot de atunci are crize dureroase în hipocondru drept cu iradiațiuni în umărul drept, pentru cari bolnavul e

sîit să ia atitudini forțate. De 3 luni are vărsături spontane și provocate după care să ușurează. De patru zile a avut melenă. De trei săptămâni durerile au devenit aproape continue. Pofta de mâncare păstrată. Sufere de constipație.

Obiectiv: Țesutul celulo-adipos tegumentele și scleroticele subicterice. Ganglioni palpabili în toate regiunile. *Cord:* sgotomote cardiace surde, aorta 2 accentuată, pulmonara 2 dedublată, puls bondisant. *Org. Abdominale:* sensibilitate în punctul duodenal, cistic și apendicular. *Examen sanguin:* W-negativ. *Examen chimic:* Ajeun 170. cc. HCL. 64. AT. 75. Dejun de probă HCL. 34. AT. 50. *Gregerssen:* Pozitiv.

Examenul radiologic: Stomac formă de semilună, situat în loja stângă. Polul inferior sub ombilic cu 2 degete. Lichid normal. Peristaltism ceva mai profund. Evacuare bună. Duodenul să desemnează mai șters mai mare, comprimat de colonul plin cu gaze. Este sensibil. După șase ore $\frac{1}{3}$. Ba. în stomac. Restul în ascendent și unghiul hepatic care este sus.

Dig. clinic: Ulcer duodenal, liteză biliară, aderențe duodeno-hepato-colice.

Dig. Radiologic: Ulcer duodenal, aderențe, periduodeno-hepato-colice. În 12. II. 1925. Dl Profesor Jacobovici face resecție, procedeu *Reichel*.

Operația: Se face laparatomie mediană, supraombilicală, la deschiderea cavității abdominale, se constată o ușoară eșire de gaze. Stomacul foarte distins, iar pe fața anterioară a primei porțiuni duodenale să constată o ulcerațiune, neregulată de mărimea unei piese de 5 bani, prin care se evacuiază conținutul gastric, plin cu particule alimentare nedigerate. În cavitatea abdominală mai ales în loja subhepatică, să găsește revărsare de lichid. Să pensează imediat stomacul, pentru a împedea eșirea alimentelor, apoi să trece la resecțiune să infundă, bontul duodenal, în trei straturi, cu epiplastie și fixare la peretele abdominal. Să face G. E. după procedeu *Reichel*. În timpul operației presintă vărsături. Ulcerul presintă în jur calosități. Cu pereți foarte îngroșați iar la interior are forma unui crater, cu perforație în fundul acesteia.

3. III. 1925. pleacă acasă vindecat.

Observația X.

Ulcer duodenal cu aderențe.

Truș Vasile 45 ani.

Antecedente: În 1926. a avut febră tifoidă, în 1905: orchită dreaptă.

Boala actuală: Datează de 3 ani, a început în mod lent, cu dureri în regiunea epigastrică. Aceste dureri se propagau în formă de semicentură, în spre coloana vertebrală. Avea o foame dureroasă, ce se calma după alimentație. Aceste dureri să repetau în mod periodic, alternând cu faze de acalmie de 10—15 zile. În care bolnavul să simțea sănătos. De un an nu se poate alimenta, are vărsături continue, slăbește în greutate, dela 74—60 kgr. În ziua de 16. V. 1927. întră în Clinica Medicală.

Obiectiv: Pulmon nimic patologic. **Cord:** Aorta 2 accentuată. **Org. abdominale:** A sensibilitate în epigastriu, ce merge la dreapta sub falsele coaste, punctul cistic e foarte sensibil. Semnul lui *Murphy* și *Abrahams* pozitiv. **Examen sanguin:** W-negativ. **Examen chimic:** Ajeun, 5 cc. HCl.-0. AT.-12. Dejun de probă HCl.-40. AT.-60.

Examenul radiologic: Stomac formă de cârlig, cu tonicitate bună. Polul inferior sub ombilic cu trei degete. Coloana de lichid normală. Peristaltism mai exagerat în porțiunea antrală. Evacuare rapidă. Duodenul să desemnează bine. E sensibil: După 6 ore stomacul evacuat. Ba. în mică parte în intestinul subțire, în mare parte în ascendent. Flexura hepatică plină cu gaze. După 24 ore. Ba. în ascendent transversul foarte spastic și ptizat.

Dig. clinic: Ulcer duodenal cu aderențe.

Dig. radiologic: Ulcer duodenal și constipație spastică.

În 3. VI. 1927. a fost operat de Prof. Dr. Jacobovici.

Operația: Resecția *Reichel*. Laparatomie mediană supra-ombilicală să deschide cavitatea peritoneală, să constată un stomac dilatat, iar pe prima porțiune a duodenului un ulcer stelat, cu aderențe la fața inferioară a ficatului și vezicula biliară. Să desfac aderențele, să face legătura vaselor de pe mica și marea curbura. Să eliberează duodenul din țesutul

scleros a ulcerului. Să face resecția duodenului dedesuptul ulcerului. Să înfundă bontul duodenal după procedeu lui Jacobovici. Se resecă $\frac{2}{3}$ din stomac. Apoi să constituie traiectul tubului digestiv prin anastomoză termino-laterală, după procedeu *Reichel*. Să închide complet cu fire de metal. 21. VI 1927. pleacă acasă vindecat.

Observația XI.

Chilaza biliară, aderențe veziculo-duodenale, apendicită cronică.

Păsăila Elena. 32 ani.

Antecedente: Pojar, înainte cu doi ani diferite, la 26 ani gripă și disenterie.

Boala actuală: Datează de 5 ani, a început cu dureri violente în epigastru și hipocondru drept, care iradiau în spate, erau însoțite de vărsături și senzație de căldură. Aceste au ținut câteva ore după care bolnava sa simțit mai bine. Durerile au apărut sub formă de accese la intervale de 2—5 luni în timpul din urma aceste dureri au devenit continue, aveau un caracter mai atenuat, erau mai surde localizate în epigastru, hipocondru drept și fosa iliacă dreaptă, însoțite de inapetență, greață vărsături, dureri de cap și temperatură. Presintă o constipație cam de doi ani și dureri în timpul defecației. În 4. V. 1925. intră în Clinica Medicală.

Obiectiv: *Cord, Pulmon:* nimic patologic. *Examen sanguin:* W.-negativ. *Org. abdominale:* La palpație să constată o hipersensibilitate în fosa iliacă dreaptă, dealungul colonului ascendent și descendent punctul *Mac-Burney* și *Lanz* sunt sensibile, Să mai constată o hipersensibilitate în hipocondru drept, punctul cistic și în regiunea pancreatico-duodenală. Punctul *Murphy* pozitiv. *Examen chimic:* ajeun 10: cc. HCL.-0. AT. 6. Dejun de probă, HCL. 16. AT. 34.

Examen radiologic: Stomac formă de cârlig normotonic. Coloana de lichid, peristaltism normal. Evacuare bună. Duodenul să desemnează bine, este mai sus situat destul de mobil după 7 ore stomacul evacuat Ba. să află în intestinul subțire și ascendent. După 24 oare Ba. în ascendent transvers; care este ușor ptozat, sensibilitate ușoară în regiunea cecală.

Boala Dig. clinic: Litiază biliară; aderențe vezico-duodenale; apendicită cronică.

Dig. radiologic: Aderențe vezico-duodenale.

In 4. VI. 1925. a fost operată de Profesor Dr. Jacobovici.
Operația: Apendicectomie, colecistectomie, drenaj. Să face incizia *Jalaguer*, de 8 cm. La deschiderea cavității peritoneale găsim un apendice de vreo 9 cm. aderent dela bază până apeoape de vârf hiperemic, cu vârful în formă de măciucă, să desfac aderențele și să face apendicectomie obișnuită. Să mărește incizia în sus, să face incizia după procedeu lui *Cher* și să constate o vezică biliară alungită hipertrofiată, conținând mai mulți calculi de mărimea unei alune. Să face colecistectomie clasică, fiind vezicula foarte aderentă de ficat avem ușoară hemoragie, cisticul e foarte dilatat având și un calcul inclavat. Să face legătura arterei cistice și a canalului cistic. Ridicând vezicula cu conținutul ei să face hemostaza drenând cu o meșă bontul cisticului închidem restul plăgi. 3. VII. 1925. Pleacă acasă vindecată.

Observația XII.

Ulcer duodenal, periduodenită, pericolecistită, peritonită-ibc.

Pacient: *Bonda Victor* 25 ani.

Antecedente: fără importanță.

Boala actuală: A început de vreo 6 luni în mod insidios, cu durere în regiunea epigastrică, care uneori era în legătură cu alimentația apăreau la 1—2 ore după alimentațiune, alteori erau independente. Aceasta stare a ținut cam 10—12 zile după cari fenomenele sau calmat iar acum 4 săptămâni au apărut cu acelaș caracter, neprecis, ca și la început. De 2 săptămâni durerile au luat un caracter continuu atât ziua cât și noaptea.

Obiectiv: Pulmon, respirația aspră la ambele vârfuri.

Examen sanguin: W-negativ. *Org. Abdominale:* La palpate să constate o sensibilitate înspre punctul duodenal, și o împastare a regiunii epigastrice. *Examen chimic:* Ajeun 30. cc. HCL.—O AT. 18. Dejun de probă HCL. 18. AT. 30.

Examen Radiologic: Stomac formă de trecere, ușor hi-

per tonic situat pe oblic, bufa de aere mare, lichid mult, peristaltism exagerat incepe mai sus. Evacuare bună, Duodenul să desemnează neregulat, șters sensibil. După 8 ore stomacul evacuat. Ba să află in ascendent, și jejun, sensibilitate difuză, intreg colonul plin cu gaze mai ales unghiul stâng splenic.

Dig. clinic: Ulcer duodenal, periduodenită, pericolectită. In 4. III. 1926. a fost operat de profesorul Dr. Jacobovici.

Operația: Laparatomie exploratoare. Să face laparatomie mediană supra-ombilicală, să deschide cavitatea peritoneală și să constate aderențe, multiple intinse, care ocupă și unesc atât stomacul, cât și ansele intestinale la peritoneul parietal. Epiplonul preserat cu mici noduli albi de mărimea unei boabe de grăunțe. Să excizează o porțiune de epiplon și să închide complet peretele abdominal. In trei staruri.

Dig. microscopic: Tuberculoasă peritoneală.

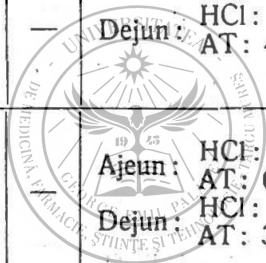
16. III. 1926, părăsește Clinica urmând să facă ședințe de helio-terapie și supraalimentație.



Sindrom duodeno-vezical.

No.	Numele	Etatea	Sexul	Bolnav de	R. W.	Examen chimic.	
1.	M. P.	44 ani	B.	10 ani	—	Suc gastric 8 cc. HCl: 0. Ajeun: AT: 6. Dejun: HCl: 0. AT: 10.	Ant. pers.: meningită, pneumonie, malarie. Obiectiv: Ind. vârf. pulmonare. Cord: miocardită. Leucocite: 4200.
2.	P. P.	32 ani	B.	5 ani	—	HCl: 50. Ajeun: AT: 70. Dejun: HCl: 60. AT: 78.	Ant. pers.: difterie, scarlatină, pneumonie, malarie, șancru dur. Splina: palpabilă. Gregersen: intens pozitiv.
3.	M. C.	50 ani	F.	12 ani	—	Dejun: HCl: 20. AT: 32.	Ant. pers.: pojar, scarlatină, difterie, gripă, pneumonie. Colesterinemie: 2:45.
4.	A. N.	15 ani	F.	2 săpt.	—	Ajeun: HCl: 25. AT: 38. 20 cc. bilă B. Sed: coleserină	Ant. pers.: pojar, scarlatină. Înainte cu 1 lună: apendicectomie. Leucocite: 8000.

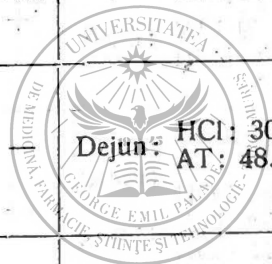
5.	B. D.	28 ani	F.	9 luni	—	Ajeun : HCl : 24. AT : 40. Dejun : HCl : 14. AT : 24.	Ind. vârf. pulmonare.
6.	M. A.	33 ani	F.	3 ani	—	Dejun : HCl : 24. AT : 47.	Ant. pers. : pojar în 1917 gripă.
7.	S. I.	27 ani	B.	11 ani	—	Ajeun : HCl : 43. AT : 67. Dejun : HCl : 18. AT : 38.	Ind. vârf. pulmonare.
8.	G. M.	44 ani	F.	8 ani	—	Dejun : HCl : 90. AT : 110.	Ant. pers. : 2 avorturi spontane în luna IV-a. De 18 ani a fost operată pentru un chist ova- rian. Cord : oarta II-a. accentuată. Puls : 100'.



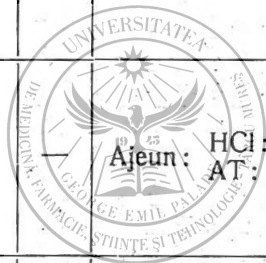
No.	Numele	Etatea	Sexul	Bolnav de	R. W.	Examen chimic.	
9.	S. A.	34 ani	F.	2 ani	—	<p>Ajeun: HCl: 15. AT: 33.</p> <p>Dejun: HCl: 20. AT: 39.</p> <p>Dej. coff. 10: HCl: 38. AT: 46.</p> <p>P. Meltzer-Lyon: reg.</p>	<p>Ant. pers.: reumatism poliarticular, piosalpynx. dr. pleurezie, dizenterie.</p> <p>Ind. vârf. pulmonare.</p>
10.	F. L.	21 ani	F.	1½ an	—	<p>Ajeun: HCl: 22. AT: 34.</p> <p>Dejun: HCl: 2. AT: 11.</p>	<p>Ant. pers.: pojar, ind. vârf. pulmonare.</p> <p>Bila B = poz. In sediment: leucocite. Ex. rad.: ptoză a vez. bil.</p>
11.	B. I.	26 ani	B.	1 an	—	<p>Ajeun: HCl: 57. AT: 75.</p> <p>Dejun: HCl: 27. AT: 53.</p>	<p>Ant. pers.: pleurezie stg. blenoragie.</p>

12.	A. C.	39 ani	F.	1 ¹ / ₂ an	—	<p>Ajeun: HCl: 3. AT: 11.</p> <p>Dejun: HCl: 35. AT: 44.</p>	<p>Ant. pers.: rușeolă, gripă, inf. luetică. Operată pentru tumoră ovariană stg.</p> <p>Cord: oarta II-a, accentuată.</p>
13.	B. A.	40 ani	F.	4 ani	—	<p>Ajeun: HCl: 15. AT: 30.</p> <p>Dejun: HCl: 55. AT: 75.</p>	<p>Ant. pers.: febră tifoidă.</p> <p>Cord: suflu sistolic aortic și pulmonar.</p>
14.	S. M.	47 ani	F.	4 ani	+	<p>Ajeun: HCl: 0. AT: 6.</p> <p>Dejun: HCl: 0. AT: 6.</p>	<p>Ant. pers.: pojar, un avort luna III-a.</p> <p>Ind. vârf. pulmonare.</p>
15.	P. E.	38 ani	F.	1 an	Col:2, 250/00	<p>Dejun: HCl: 14. AT: 35.</p>	<p>Ant. pers.: scarlatină. Înainte cu 7 luni: apendicectomie.</p>

No.	Numele	Etatea	Sexul	Bolnav de	R. W.	Examen chimic.	
16.	C. F.	33 ani	F.	12 ani	Col: 3, 5 ^o / ₀₀	Dejun : HCl : 20. AT : 35.	Ant. pers. : pneumonie.
17.	E. I.	26 ani	F.	2 ani		Dejun : HCl : 30. AT : 48.	Leucocite : 11,600.
18.	L. F.	35 ani	B.	1 ¹ / ₂ an	—	Ajeun : HCl : 14. AT : 32.	Ant, pers.: pneumonie, șancru moale, apendicită cronică. Cord : sg. surde, oarta II-a accen- tuată. Leucocite : 10,000.



19.	H. I.	38 ani	B.	1 an	—	<p>Suc gastric 70 cc. Ajeun: HCl: 0. AT: 10. Dejun: HCl: 30. AT: 44.</p>	<p>Ant. pers. pneumonie tbc. Cord: sg. voalate, oarta II-a. accentuată. Leucocite: 5800.</p>
20.	M. I.	28 ani	F.	4 ani	—	<p>Ajeun: HCl: 18. AT: 30.</p>	<p>Ant. pers.: pojar, tifos exantematic.</p>
21.	D. G.	41 ani	B.	3 ani	—	<p>Ajeun: HCl: 50. AT: 66. Dejun: HCl: 28. AT: 46.</p>	<p>Ant. pers.: pojar, malarie, șancru dur.</p>



Concluzii generale.

1. Din observațiunea a-lor 43 de bolnavi, care au fost în serviciul Clinicei Medicale din Cluj, între anii 1924—1927. prezentând: *sindromul duodeno-vezical*, reiese.

2. În ce privește etatea găsim între 30—47 ani 20 cazuri.

3. Frecvența acestui sindrom în ce privește sexul găsim o proporție de 20 femei, la 14 bărbați.

4. Bolnavii prezintă în antecedente boli-infecto-contagioase, multiple ca: pojar, febră tifoidă, disenterie, gripă, difterie, pneumonie, scarlatină, malarie, pleurezie, tîfos exantematic, meningită, etc.

5. Găsim sindromul duodeno-vezical, de origine veziculară la cazurile, I., IV. și VI. La cazurile II., III., VII., VIII. și XI. acest sindrom este primitiv duodenal. La cazurile V. și IX. găsim sindromul apendicular, asociat de sindromul colecistic. Bolnavii IX. și XII. prezintă simultan atât sindromul duodenal, cât și sindromul vezicular, fără a ști care este primitiv. În două cazuri acest sindrom se desvoaltă câteva luni după apendicectomie, în alte două cazuri după colecistectomie, iar două cazuri în urma intervențiunei chirurgicale, făcută pe ovare.

6. Reacția *Wassermann* în sânge într'un singur caz a fost pozitivă. Colesterinemia la litiazici variază între 2·25—3·50/100. În decursul oscilațiunilor febrile numărul leucocitelor, variază între 8000—11.600.

7. Examenul sucului gastric la litiazici găsim o hipociditate. Ajeun HCl. 2—24, AT. 6—30. Dejun de probă B. E. HCl. 2—30, AT. 6—45. În formele cu ulcer duodenal, găsim hipersecreție până la 170 cc. Ajeun HCl. 64, AT. 75. Dejun de proba B. E. HCl. 34, AT. 150. *Gregerssen* pozitiv.

8. Sindromul duodeno-vezical, este o asociere a sindromului duodenal cu a sindromului vezicular. Primitiv acest sindrom poate fi de origine duodenală, de origine veziculară, sau este secundar unei periviscerite de natură apendiculară, și epiploică. Acest sindrom are o notă caracteristică ce constă în: bogăția simptomelor, persistența acestor simptome, și variabilitatea lor.

9. Simptomele clinice sunt foarte variate. Găsim dureri localizate în regiunea epigastrică, iradiind la dreapta de linia mediană, în regiunea paravertebrală dreaptă, și dedesubtul omoplatului, se traduc printr'o senzație de: tensiune, plenitudine, sau presiune exagerată. Aceste dureri sunt continue, întrerupte de crize paroxistice, cari pot fi crize de tip duodenal: dureri ce survin 4—5 ore alte ori 1—2 ore, după alimentațiune. Crizele de tip vezicular: o durere epigastrică, foarte violentă, ține 1—2 zile sau mai mult, este însoțită de vărsături bilioase și diaree prandiale Uneori avem și icter. Găsim simptome de intoxicație duodenală: astenie, o colorațiune teroasă, sau icterică. Simptome nervoase: iritabilitate exagerată, însonnie, palpitațiuni, senzație de căldură, migrene, vărsături bilioase, uneori găsim tulburări mintale. Bolnavii slăbesc pierd în greutate, vreo 10—15—18 kgr.

10. Diagnosticul se pune radiologic, făcând radiografiile în serie și colecistografiile găsim deformațiuni a-le duodenului și veziculei biliare, aderențe ce unesc aceste două organe un oarecare grad de stenoză duodenală, interesând mai ales a II-a și a III-a porțiune a duodenului.

11. Evoluția acestui sindrom este foarte cronică. In ce privește prognosticul bolnavii sunt niște adevărați infirmi, neputându-se alimenta din cauza durerilor și vărsăturilor se cașectizează, devin neurastenici.

12. Tratamentul, sunt bolnavi la cari li-sau făcut operațiuni multiple: apendicectomie, colecistectomie, rezecția bridelor anastomotice, fără să dispară aceste suferințe. In timpul din urmă se întrebuițează tot mai mult diatermia, în tratamentul acestei afecțiuni cu rezultate foarte bune.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la 31 Ianuarie 1928.

Președinte :

Prof. Dr. I. Hațieganu.

Decan :

Prof. Dr. M. A. Botez.

Bibliografie.

1. Pierre Duval, J.-Ch. Roux et Henri Béc-lère. — La periduodénite sus-meso-colique essentielle. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — Tome XIII—1923. pp. 346—400.

2. M. J. Keller. — Communication du bulbe duodénal en fer de lance dans la lithiase vésiculaire. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — Tome XIII—1923. pp. 482—487.

3. M. J. Keller. — Intérêt de la radiographie de profil dans les cas douteux de lithiase. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — Tome XII—1923. pp. 487—490.

4. A. Théohari. — Les solutions salines chloro-bicarbonatées dans le traitement de la lithiase biliaire avec hypopépsie. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — Tome XIII—1923. pp. 762—774.

5. Pierre Duval, J.-Ch. Roux et Henri Béc-lère. — Le duodenum dans la lithiase vésiculaire. — Études Médico-Radio-Chirurgicales sur le duodénum. — An 1924. pp. 1—65.

6. Pierre Duval, J.-Ch. Roux et Henri Béc-lère. — L'intoxication dans la rétention duodénale. — Études Médico-Radio-Chirurgicales sur le duodénum. — An. 1924. pp. 226—269.

7. M. E. Binet. — Le syndrome clinique initial de la lithiase biliaire. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — Tome XI. No. 4. pp. 243—254.

8. Pierre Duval, Gatellier, Henri Béc-lère. — Étude radiologique des voies biliaires normales et lithiasiques. — Archives de maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — Tome XII. No. 6—1922. pp. 374—472.

9. Hațieganu et M. Halița. — Une modification de l'épreuve de Meltzer-Lyon. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — Tome XVII. No. 7—1927. pp. 835.

10. M. Chiray et I. Pavel. — La vésicule biliaire. — Masson et C^{nie}. 1927.

11. Jean Raharijaona. — Contribution à l'étude du rôle de la clinique et de la radiologie dans le diagnostic de l'ulcus duodénal. — No. 210.292.—1924.

12. M. Chiray I. Pavel et P. Georges. — La péricholecystite plastique. — Annales de Médecine. — Tome XXI—1927. pp. 1—48.

13. M. M. Chiray avec M. A. Lomon. — Sur la migraine biliaire et son traitement par le drainage des voies biliaires. — La Presse Médicale. — No. 48. 1927. pp. 761.

14. M. Binet. — Les typhlo-cholecystites chroniques et leur traitement hydrominéral. — La Presse Médicale No. 16—1927. pp. 248.

15. M. M. Béclère et P. Porcher. — Présentation des films d'enseignement sur la radiologie pyloro-duodénale. — La Presse Médicale No. 30—1927. pp. 473.

16. M. P. Carnot et Mme Z. Gruzewska. — Dosage cantitatif de quelques constituants de la bile après l'injection et l'absorption du bicarbonate de sodium. — La Presse Médicale. No. 29—1927. pp. 456.

17. M. Cadenat. — Suites de cholécystectomie. — La Presse Médicale. — No. 22.—1927. pp. 343.

18. M. Santy. — La cholécystectomie dans le traitement des syndromes douloureux vésiculaires nonlithiasiques. — La Presse Médicale No. 19—1927. pp. 296.

19. M. Villard. — Sur le drainage des vésicules pseudolithiasiques. — La Presse Médicale. No. 14—1927. pp. 296.

20. Pribram, Grünenberg et Otto Strauss. — Les images radiographiques de la vésicule et leur signification clinique. — Deutsche Medizinische Wochenschrift. — Tome LI. No. 35—28/VIII.—1925.

21. Prof. Antitch, Jankowitch et Baritch. — De la colécystographie (Srpski-Archiv. — XXVIII. No. 5—1926).

22. M. Chiray, I. Pavel et J. Marie. — Pathogénie et traitement de la cholécystite chronique nonlithiasique. — La Presse Médicale No. 82—1926. pp. 1281.

23. P. Sabatini et E. Milani. — Visibilité radiologique de la vésicule biliaire après administration per os des bromures alcalins. — La Presse Médicale. No. 69—1925. pp. 1160.

24. M. H. Vincent. — Sur les criptotoxines biliaires. — La Presse Médicale. No. 1.—1957. pp. 5.
25. J. Leccia. — L'acide cholique cristallisé associé à l'hexaméthylène tetramine, dans le traitement de la lithiase biliaire. — La Presse Médicale. No. 79.—1926. pp. 1241.
26. Pierre Duval, J.-Ch. Roux et F. Moutier. — Rôle de l'infections dans l'évolution des ulcères gastro-duodénaux. — La Presse Médicale. No. 1.—1925. pp. 3.
27. Felix Ramon et Gaston Parturier. — Réactions réflexes de la vésicule biliaire sur le tub digestif. — La Presse Médicale. No. 38.—1925. pp. 625.
28. M. Chiray et J. Lebon. — Le tubage duodénal. — Masson et C^{nie}, 1924.
29. Marcel Labbé et A. Lomon. — La cholécystographie à l'aide du tetraiodophénolphtaléinat de sonde. — Annales de Médecine. Tome XIX. No. 4.—1926.
30. M. R. Feissly. — Recherches expérimentales sur l'origine de la bile B. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Tome XVI. No. 3.—1926.
31. M. Gaston Durand, Dimitresco et Magasdav. — Tubage duodénal et cholécystographie dans la recherche du diagnostique des affections de la vésicule biliaire. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Tome XVI. No. 3.—1926.
32. C. Bonarino, Udaondo et Eduardo Lanari. — Cholécystographie. — Archives des maladies de l'appareil di estif et de la nutrition. Tome XVI. No. 5.—1926.
33. V. N. Hedry. — Contribution à la bactériologie de la vésicule biliaire. Étude basée sur l'examen de 100 cas opérés. — Beitr. Z. Klin. Chir. T. CXXXV. f. 4.—1926.
34. Chiray, J. Lebon et H. Collegari. — Action des certains excitant néuro-vegetatifs et endocriniens sur la contraction de la vésicule biliaire chez l'homme. — Soc. méd. des Hospitaux de Paris 22. Ianuarie 1926.
35. Parturier. — La psychologie du biliaire. — Paris Médical. No. 7.—1926.
36. G. Holzknecht. — La radiothérapie des ulcères gastriques et duodénaux et d'autres affections bénignes du tractus gastro-intestinal. — Radiologie. Ian. 1926. No. 1. pp. 27.—40.
37. Smithies. — Le traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal sans chirurgie par la méthode du „repos physiologique“. Journ. of. the Americ. Med. Assoc. 29. VIII. 1925.
38. J. H. Hillet W.-W. Scott. — La mercuro-

chrôme 220 soluble en tant qu'antiséptique biliaire. Etude expérimentale. — *Archive of Internal. Med.* vol. 35. No. 4. 15. IV. 1925. pp. 503—516.

39. Chiray, Pavel et Milochevith. — Cholécystatonie. Etats hypotoniques et atoniques de la vésicule biliaire. *La Presse Médicale.* 12. IX. 1925.

40. M. Chiray et I. Pavel. — La contractilité de la vésicule biliaire. — *Journal de Physiologie.* Tome XXVIII. No. 3. VIII. 1925.

41. M. Chiray et I. Pavel. — L'insuffisance cholécystique. — *Annales de Médecine.* Tome XV. No. 9.—1925. pp. 921.

42. Antoine Basset. — Périduodénite et appendicite. — *Annales de Médecine.* Tome XV. No. 9. pp. 893. 1925.

43. William J. Mayo. — Valeur comparée du traitement médical et chirurgical de l'ulcer gastrique ou duodénal. — *The. Jur. of. Americ. Med. Assoc.* I—VII. 1922.

44. H. Myake. — Le "primaire duodénum mobile" cause des crises de coliques. Une nouvelle description de maladie. — *Arichive für Klinische Chirurgie Bd.* 122.—1922. pp. 269—275.

45. Stegemann. — La visibilité de la vésicule biliaire à la radiographie. — *München. Med. Wochenschrift.* No. 47—1925. pp. 1999—2001.

46. Lyon. — Diagnostique et traitement des affections de la vésicule biliaire et des voies biliaires. — Rapport préliminaire sur une nouvelle méthode. — *Journ. of. The Amer. Med. Assoc.* 27—IX. 1919. pp. 980 et *New-York Med. Journ.* IX—1920.

47. *Rèvue de chirurgie* 43-e Anné 1924, 1925, 1926, 1927.