

Clinica medicală Nr. 1. din Tg. Mureș (cond.: prof. Dóczy Pá, doctor în științe medicale)

DESPRE INDICAȚIILE OPERATORII ALE COLECISTOPATIILOR

Birek László, Végh Albert

Timp de 10 ani, în clinica noastră am observat peste 700 de bolnavi suferinzi de colecistită (c.p.) Fiind obligați să stabilim procedeele terapeutice, a trebuit deseori să decidem dacă soluția conservativă sau soluția chirurgicală e cea justă. Atît chirurgul cît și internistul își asumă o mare răspundere atunci cînd, apreciind cu grijă elementele tabloului clinic, optează pentru o intervenție chirurgicală, știut fiind că acuzele postoperatorii, simptomele stării de după colecistectomie se instalează deseori. Acest pericol persistă mai cu seamă atunci cînd indicația operatorie s-a făcut pe baza unor criterii neconcludente, executîndu-se nu la timpul și nu în modul cel mai potrivit. Punctul nostru de vedere în

legătură cu indicația operatorie îl prezentăm pe baza analizei a 117 cazuri operate din clinica noastră, utilizând și un amplu material bibliografic referitor la această problemă.

Nomenclatura afecțiunilor căilor biliare și ale vezicii biliare nu este unitară. Unii, evidențiind importanța prezenței calculului vorbesc despre boli calculoase, alții acordând prioritate procesului inflamator întrebunțează expresia de colecistită și în sfârșit, alții folosesc termenul generic de colecistopatie. Acesta este cel mai propriu, deoarece tocmai observațiile dobândite cu ocazia operațiilor arată că în cursul bolii, apar modificări funcționale și anatomice de cele mai multe ori multiple, ale căror manifestări clinice sînt de asemenea extrem de variate.

Fără îndoială că prima sarcină a diagnosticului este aceea de a stabili existența colecistopatiei, dar aceasta nu poate fi privită decît ca o noțiune sintetică, sau mai degrabă ca un cadru. În afară de aceasta, trebuie să punem în evidență prezența calculului, inflamația de acompaniament, dischinezia și orice altă modificare comună sau specifică (anomalii anatomice etc.). Cu ajutorul acestora putem să „individualizăm” tabloul clinic, indicînd procesul anatomopatologic predominant, ca de ex.: calculoza canalului cistic cu retenție, calculul canalului coledoc cu icter, sau colecistopatie și colangită, empiem al vezicii, fistula a vezicii biliare, diformități ale vezicii biliare etc.

În toate cazurile de c.p. cronică, vezica biliară e după un anumit timp incapabilă să mai funcționeze, devenind prin urmare inutilă, ba mai mult, prezența ei exercită un efect local și general dăunător asupra organismului. În aceste condiții, extirparea chirurgicală a acestei părți de organ inutile și nocive este imperios necesară. Mijloacele și procedeele de diagnostic fac din ce în ce mai posibil ca internistul să stabilească incapacitatea funcțională și prezența nocivității anatomice, putînd astfel să predea bolnavii pentru intervenție chirurgicală. Uneori se întîmplă însă că se mai poate pune în evidență funcțiunea parțială a vezicii biliare. În asemenea cazuri, nu trebuie extirpată decît dacă prezența ei e nocivă deoarece constituie o sursă de infecție și periclitează parenchimul hepatic, sau deoarece ca punct de plecare a unor reflexe patologice, menține dischinezii permanente. De obicei se constată totuși faptul că vezica biliară incapabilă mai întîii de a funcționa, devine dăunătoare datorită acțiunilor nocive înșirate mai sus.

Din cauza varietății tabloului clinic al c.p.-iilor, care ridică probleme terapeutice complexe, orientarea cea mai sigură se realizează numai dacă lămurim două chestiuni: 1. funcționează sau nu vezica biliară —, și 2. prezența ei e nocivă asupra organismului sau nu? Acestea sînt cele două întrebări la care trebuie să răspundem în toate cazurile de c.p. dacă dorim să începem tratamentul în mod rațional. Datele acestea sînt necesare în toate cazurile, nu numai atunci cînd apreciem justetea indicației operatorii.

În cursul analizei exacte a tabloului clinic, se diferențiază atît dischineziile care se bazează exclusiv pe tulburări funcționale, cit și inflamațiile vezicii biliare ce sînt în legătură cu diferite infecții. În cazurile din urmă, nu apelăm la soluția chirurgicală, cu toate că se știe — și asupra acestui lucru am avertizat bolnavii — că ambele categorii de boală pot să constituie punctul de plecare a unei c.p. care solicită mai tîrziu tratament chirurgical.

Ținînd seama de constatările de mai sus, *tratamentul medical conservativ* se impune în următoarele cazuri: a) în dischineziile pure; b) în inflamațiile vezicii biliare cauzate de bacilul tific, de *b. coli*, pneumococi, streptococi, stafilococi, diferiți anaerobi, virusul hepatitei, care de cele mai multe ori pot fi considerate ca aspecte secundare ale maladiei. (În aceste din urmă cazuri se mai poate spera că se va redobîndi integritatea morfo-funcțională, restituția completă); c) colecistopatiile cronice de diferite etiologii cu vezică biliară care funcționează bine; d) în c.p.-iile calculoase ce apar sporadic cu colici.

Intervenția efectuată inutil e dăunătoare. Folosind 350 de cazuri, *Ratke* dovedește că acei bolnavi suferă mai cu seamă din cauza consecințelor postoperatorii deseori grave, care au fost operați fără o apreciere critică adecvată. Soluția chirurgicală aplicată la ceea ce *Johnson* numește cu o expresie inventivă „maladia inexistentă”, atrage după sine tulburări variate ce apar constant în tractul gastro-intestinal, și tocmai de aceea acest autor consideră că extirparea inutilă a vezicii biliare este mai dăunătoare organismului decît prezența unei vezici biliare bolnave, dar care mai funcționează parțial.

Intervenția chirurgicală devine necesară dacă boala e însoțită de complicații care periclitează direct viața, sau dacă se intervede posibilitatea lezării grave și durabile a organelor vitale fundamentale.

Noi socotim că privită în sine, colecistita acută a vezicii biliare nu aparține acestei categorii. În schimb, mulți chirurghi cu experiență consideră că intervenția chirurgicală imediată este necesară și în colecistita acută fără calcul. *Saliscev* de exemplu, crede că la fel ca și apendicita acută, colecistita acută e o boală care necesită intervenție chirurgicală de urgență. *Petrov* e de asemenea adeptul intervențiilor efectuate în faza acută a colecistitei. După părerea sa, starea multor bolnavi devine critică din cauza amînării, iar așteptarea o consideră de prisos, deoarece în statistica ce o publică, mortalitatea operatorie este foarte scăzută (1,7—2,9%).

În adevăr, trebuie să fim de acord cu părerea lui *Petrov*, în sensul că orice inflamație acută fără calcul a vezicii biliare poate să provoace o complicație putînd periclita viața bolnavului. Acest fapt poate să-l oblige pe internist să recomande intervenția și în cazul bolnavilor foarte slăbiți, atunci cînd posibilitățile de orientare și soluționare ale chirurgului sînt limitate. În această situație pot să ajungă mai ales bolnavii cronici. Așa bunăoară, unul din bolnavii noștri în a cărui anamneză au figurat doar cîteva colici fără complicații, în urma ultimului acces — care a început la fel — a fost în timp de 4 zile, victima unei peritonite biliare și a unui ileus de calcul biliar. Se știe apoi că în ciuda tabloului clinic ce pare liniștitor, conținutul vezicii poate fi purulent, infectat. Totuși experiențele noastre arată că în marea lor majoritate, cazurile de colecistită acută pot fi dominate prin mijloace conservative, sau eventual vindecate chiar dacă debutează violent, prin simptome grave.

Tocmai pe baza acestei experiențe, bolnavii ținuți sub observație din cauza colecistitei acute, nu au fost trimiși la operație decît atunci cînd s-au instalat simptome peritoneale, sau cînd a survenit pericolul perforației. În aceste cazuri, intervenția urgentă devine necesară. În afară de aceasta, intervenția devine inevitabilă în primele 48 de ore, numai în cazul în care examenele de laborator arată înrăutățirea stării generale a bolnavului, febră, leucocitoză și tahicardie, indicînd astfel agravarea procesului. (Firește, nu suportă aminare nici soluția chirurgicală a ileusului calculozei biliare; de asemenea și pancreatita acută ce survine ca o complicație a melavării calculului în coledocul distal impune o intervenție urgentă, imediat după combaterea eventualului șoc.)

Trebuie să se apeleze necondiționat la intervenția chirurgicală pentru eliminarea calculului blocat în coledoc, dacă obturarea nu se rezolvă în 2—3 săptămîni prin eliminarea spontană a calculului, ceea ce se întîmplă rareori. Spre deosebire de cazurile anterioare, aici nu trebuie să preconizăm o operație „precoce”, ci una după combaterea febrei și a infecției, efectuată totuși „la timp”.

Frecvențele cazuri de retenție vesicale felleae ușor identificabile cu ajutorul mijloacelor clinice, impun de cele mai multe ori aplicarea soluției chirurgicale, deși în mod excepțional se poate întîmpla să dispară spontan, sau sub acțiunea tratamentului conservativ. În schimb, stabilirea unei retenții care nu e lipsită de iritație, însoțită de febră și sensibilitate abdominală, impune aproape întotdeauna o indicație operatorie, deoarece pericolele imediate sau tardive pe care le conține, implică modificări ale vezicii biliare. Asupra necesității diferențierii

celor două retenții insistă și *Hațieganu* care cu ajutorul termenului de retenție simplă și hidrocolecistită, denumește retenția lipsită de iritație și retenția complicată, de obicei infectată.

În cazurile enumerate până acum, intervenția chirurgicală e *necondiționat* indicată, rămânând doar să apreciem dacă sînt date condițiile pentru efectuarea acestei intervenții. Stabilirea indicației *relative* e însă mult mai grea, deoarece nu poate fi legată de anumite norme general valabile. Numeroși clinicieni, între alții *Sahbazjan*, consideră că extirparea vezicii biliare care nu mai e capabilă să funcționeze, trebuie să se efectueze cît mai de timpuriu, dacă e posibil în tinerețe. Această concepție se bazează pe observația potrivit căreia, nici tablourile clinice care prezintă cele mai ușoare aspecte nu exclud posibilitatea unor complicații grave (*Petrov*).

Aplicarea acestui principiu întîmpină greutăți, deoarece nici cu ajutorul *celui mai minuțios examen clinic nu se poate stabili în toate cazurile dacă vezica biliară e capabilă să funcționeze, sau dacă prezența ei poate fi considerată dăunătoare organismului*. Examenul anatomo-patologic al vezicii biliare al celor 119 bolnavi colecistectomizați a dovedit că între tabloul clinic și modificările morfologice nu există un paralelism general valabil. Dintre cele 119 vezici biliare despre care se presupunea că nu au capacitate funcțională, numai în 89 s-a găsit calcul. Socotim că e necesar să accentuăm că dintre acestea, numai în 9 cazuri peretele vezicii a fost văzut intact, iar inflamația de acompaniament a calculozei nu a fost decelată decît prin examenul histopatologic al peretelui colecistului. Așadar, eventualul rol de focar al vezicii biliare nu poate fi apreciat nici pe baza examenului macroscopic.

În ciuda faptului că simptomele clinice nu oglindesc de foarte multe ori modificările anatomo-patologice, la aprecierea caracterului și gravității procesului sîntem totuși obligați să ținem seama de aceste simptome. Tocmai de aceea, cele mai frecvente simptome ale colecistopatiei trebuie discutate din punctul de vedere al stabilirii indicației operatorii.

Colica biliară, a cărei patogenie nu e încă pe deplin lămurită, nu înseamnă în ea însăși o indicație operatorie, mai cu seamă dacă se repetă rar și nu e însoțită de stare febrilă. Deseori ea nu este manifestarea calculozei, ci a unei simple diskinezii. Repetarea ei se poate preveni chiar dacă boala e cauzată de un calcul, astfel încît bolnavul poate deveni purtător de calcul asimptomatic. Operația e necesară numai dacă acelele spasmodice se repetă deseori, în ciuda tratamentului medical de specialitate și constant ce se aplică. Experiența arată că în asemenea cazuri, în căile biliare se află mulți calculi mici. E o veche constatare pe care o confirmă și materialul nostru clinic, că în caz de colică gravele modificări morfo-funcționale nu se manifestă în mod obligator. Din observațiile noastre rezultă că dintre 22 de purtători de vezică biliară avînd aderențe la mediul din vecinătate, cu pereți masiv îngroșați și conținînd calcul, numai 9 au avut accese spasmodice, ce domină tabloul clinic. În schimb, cele 18 vezici biliare care au fost extirpate din cauza unor grave modificări similare, dar nu au conținut calcul, au provocat în 13 cazuri colici. Evident trebuie să avem în vedere și posibilitatea rară a eliminării spontane a calculului. Nu e permis să credem că din punct de vedere patogenetic colicile și calculul biliar sînt inseparabile. Tocmai datorită acestei constatări, se reliefează importanța etiologiei moderne a diskineziilor.

Sindromul de dispepsie pledează pentru indicația operatorie dacă bolnavul nu se simte bine nici în perioadele de acalmie, tocmai din cauza acestor simptome. Se știe că sindromul dispepsiei cedează deseori în urma unui tratament corespunzător, dar cel mai mic efort, abatere de la regimul dietetic, constipație, emoții, boli intercurrente etc., cauzează noi și noi recidive, fapt care constituie un motiv în plus să recomandăm operația. Trebuie să luăm în considerare aceasta, mai cu seamă atunci cînd condițiile de viață ale bolnavului sînt de așa

natură incit tratamentul igienico-dietetic întimpină greutăți. Notăm însă că din cele 22 de cazuri de colecistopatie calculoasă însoțite de grave modificări anatomice, numai de patru ori am întâlnit în antecedente simptome de dispepsie (operația a fost efectuată după o evoluție a bolii de 3, 3, 4 și 25 de ani). La fel, din 17 cazuri de vezică biliară cu grave modificări dar fără calcul, numai în 3 am pus în evidență simptome de dispepsie, în antecedente de 3, 3 și 10 ani. Nici între colicile biliare și dispepsie nu există paralelism; numai șapte purtători de vezică biliară cu calcul și modificări discrete au amintit colici și simptome foarte grave de dispepsie. Așadar, dintre cele două simptome clinice fundamentale, colica constituie un semn mai valoros pentru indicația operatorie, mai ales dacă se repetă. Simptomele de dispepsie sînt mai puțin concludente, deoarece de cele mai multe ori au un caracter de acompaniament și pot avea numeroase alte cauze.

Dintre *simptomele care indică prezența unei infecții*, febra poate să aibă o valoare de diagnostic (colecistită, empiem al vezicii etc.), fiind hotărîtoare și în ceea ce privește indicația operatorie. Starea subfebrilă trenantă, trebuie de asemenea luată în considerare din punctul de vedere al indicației operatorii. Menționăm însă faptul că și la bolnavii complet afebrili am întâlnit empiem al vezicii piopericolecistită sau flegm al peretelui, fapt care micșorează considerabil autenticitatea și valabilitatea simptomului. Situația e asemănătoare și în ce privește rezultatele examenelor sucului duodenal care denotă un proces inflamator. Numai în 50% din cazurile de vezică biliară evident inflamată, am găsit rezultatul sondajului pozitiv, alții însă modificări anatomice ce păreau inactive au fost însoțite de rezultate ale examenului duodenal caracteristice inflamației. Acest examen a putut să servească numai ca o completare a datelor noastre mai importante.

Colecistografia este cu mult mai sigură, cu toate că numai punerea în evidență a calculului nu are o valoare decisivă. E suficient dacă semnalăm exemplul purtătorilor de calculi care se consideră ei înșiși sănătoși. În ciuda acestui fapt, dacă de exemplu, punem în evidență calculi solitari la un bolnav examinat din cauza colicelor repetate, atunci indicația operatorie se stabilește mai ferm. Azi însă, examenul radiologic nu are rostul numai de a pune în evidență calculul sau calculii. În cele mai grave 22 de cazuri pe care le-am amintit, calculii au apărut pe radiografie numai de două ori în mod absolut cert, de șase ori vezica biliară nu s-a umplut, iar în două cazuri datele examenului radiologic și ale intervenției chirurgicale au semnalat în chip concordant o pericolecistită, în timp ce în alte 12 cazuri, examenul radiologic nu a oferit decît date incerte despre relațiile morfo-funcționale ale vezicii biliare. Pe baza analizei tuturor cazurilor noastre, considerăm că *cel mai valoros indicium îl constituie lipsa de umplere a vezicii biliare*. Existența unei vezici biliare cu modificări grave și cu capacitate funcțională pierdută a fost semnalată prin simptome radiologice în 60% din cazurile bolnavilor cu calcul și în 41% în cazurile bolnavilor fără calcul (am eliminat cu grijă lipsa de umplere, rezultînd în urma lezării grave a parenchimului hepatic). Așa cum ne-am așteptat, lipsa completă de umplere a fost deseori însoțită de modificări grave ale vezicii biliare, fapt despre care ne-am convins cu ocazia intervențiilor chirurgicale. Uneori însă radiografia vezicii biliare ne-a indus în eroare, de exemplu, atunci cînd a arătat o contracție bună, deși la operație s-a constatat o pericolecistită extinsă. Dintre cele 39 de cazuri operate, numai în 9 am găsit un paralelism complet între datele examenului radiologic și modificările anatomice. Nu ne-a surprins faptul că funcțiunea vezicii biliare diformate din cauza unei pericolecistite cicatrizate s-a dovedit de cele mai multe ori considerabil micșorată, sau a fost chiar suprimată. Notăm că examenul le-am efectuat cu bilagnost, și că datorită colangiografiilor efectuate cu biligrafină ce se aplică sistematic de cîțiva ani, se obțin rezultate și mai sigure.

Din punctul de vedere al indicației operatorii, trebuie să se țină seama și de *leziunile hepatice*. Stabilirea lor urgentează intervenția chirurgicală, deoarece cu cât leziunea ficatului devine mai avansată, cu atât sînt mai reduse șansele operației. Nu am constatat o corelație strînsă între conținutul apariției c.p. și dezvoltarea leziunii hepatice. Unul dintre bolnavii noștri a avut primul acces de c.p. la vîrsta de 17 ani, la vîrsta de 50 de ani i s-a extirpat vezica și cu această ocazie chirurgul a constatat că ficatul e intact. După operație, în urma unor accese ce au apărut însoțite de icter, s-a dezvoltat o ciroză biliară, care a provocat moartea bolnavului în vîrstă de 58 de ani. Rezultatele autopsiei: ciroză biliară, calculi în canalul hepatic lărgit și în căile biliare intrahepatice, la fel dilatate. Recunoașterea leziunii hepatice e un element important și din alte puncte de vedere. După observațiile noastre de exemplu, persistența simptomelor postoperatorii" poate fi atribuită în mare măsură leziunii ficatului.

Ulcerul duodenal și c.p. constituie o asociere destul de frecventă. În două cazuri, operația concomitentă efectuată pe ambele organe s-a adevărit a fi indicată. Un exemplu care ilustrează îmbolnăvirea mai multor organe este următorul caz: calculozei biliare i s-au asociat ciroza hepatică, diabetul zaharat și arterioscleroza. În asemenea cazuri, indicația chirurgicală nu se poate stabili decît după o analiză și apreciere circumspectă a maladiei.

În afară de simptomele și sindroamele de o importanță fundamentală, enumerate mai sus, trebuie să lăuăm în considerare și alte *sindroame de acompaniament*. Desigur că nu recomandăm necesitatea intervenției atunci cînd constatăm o distonie neuro-vegetativă diagnosticată deseori drept hipertiroidism. De obicei, după operația acestor bolnavi nu se ameliorează satisfăcător, deoarece sînt predispuși la dischinezii. Dar nu-i mai puțin adevărat că însăși boala organică persistentă poate provoca o nevroză, care se poate preveni printr-o operație efectuată la timp.

În ceea ce privește vîrsta bolnavului, mai demult se considera ca limită pentru marile intervenții chirurgicale, deci și pentru operațiile pe vezica biliară, vîrsta de 45 de ani, tendința fiind ca operația să se efectueze chiar înainte de această limită. Datorită tehnicii chirurgicale moderne și utilizării metodelor de tratament pre- și postoperator factorul vîrstă a devenit de o importanță secundară din punctul de vedere al aprecierii indicației operatorii. Totuși extirparea vezicii biliare a oamenilor mai vîrstnici trebuie bine cumpănită, avîndu-se în vedere în același timp ca nici bolnavii sub 25 de ani să nu fie supuși prea ușor acestei operații mutilante.

Soluția chirurgicală devine mai urgentă dacă bolnavul are o stare din ce în ce mai rea, dacă slăbește, dacă suportă greu boala, dacă trebuie să țină un regim sever pentru a-și micșora acuzele, și dacă nici chiar tratamentul de specialitate aplicat cu multă grijă nu-i face suportabilă viața.

Părerile cu privire la corelația dintre colecistopatie și cancerul vezicii biliare sînt contradictorii. Calculoza biliară fără complicații nu poate fi considerată în nici un caz drept o stare precarcinomatoasă (*Podhragyai*), astfel încît punctul de vedere al prevenirii cancerului nu lărgeste sfera indicației operatorii.

Cunoașterea rezultatelor îndepărtate ale operației e importantă pentru precizarea problemelor în legătură cu indicația operatorie. Datele literare totalizate arată că cele mai bune rezultate tardive se obțin în cazurile de calculoză biliară. Perspectivele extirpării vezicii biliare necalculoase sînt mai defavorabile, ineficacitatea operatorie fiind estimată mai demult la 41—47% (*Braun, Moch, Johnson*). Nici în cazul bolnavilor operați din cauza dischineziilor (*Haberer*) sau a simptomelor incerte, prognosticul nu este mai bun. De asemenea, rezultatele sînt mai puțin favorabile și dacă operația se execută la bolnavii cu icter, sau dacă în cursul intervenției trebuie să se deschidă canalul coledoc, sau în sfîrșit, dacă procesul inflamator nu s-a liniștit complet. Și în acest domeniu, tehnica

modernă promite o ameliorare a rezultatelor. *Eppinger* (1937) relatează că fiecare al cincilea din bolnavii săi, s-a înapoiat cu acuze postoperatorii. Dintr-acei 56 de bolnavi reveniți la control în clinica noastră, 33 au devenit complet asimptomatici sau au prezentat o ameliorare considerabilă, 18 au manifestat o ameliorare nesatisfăcătoare, iar în 5 cazuri a survenit o înrăutățire evidentă. Cercetînd cauza insucceselor am observat că numărul și intensitatea acuzelor postoperatorii sînt proporționale cu creșterea numărului noxelor de acompaniament, al grupelor de simptome și al bolnavilor.

Tabelul Nr. 1.

După operație	Numărul bolnavilor	Boli de acompaniament și asociate care pot fi puse în evidență
asimptomatici	7	la 0 bolnavi
ameliorare considerabilă	8	" 2 "
ameliorare	18	" 10 "
sit. staționară	18	" 10 "
înrăutățire	5	" 4 "

Dintre factorii agravanți, rolul hotărîtor revine leziunilor hepatice. În ordinea frecvenței, urmează distonia neuro-vegetativă, care nu e întotdeauna independentă de leziunile ficatului. Ținînd seama de faptul că o bună parte a acuzelor se datorește simptomelor de dispepsie, trebuie să căutăm necondiționat o corelație între dispepsie și leziunile ficatului. O asemenea corelație este semnalată și de datele referitoare la 24 de bolnavi operați, care au prezentat drept simptom principal tocmai fenomene de dispepsie. Dintre aceștia, la 14 s-a putut dovedi clinic leziunea ficatului, sau o distonie neuro-vegetativă concomitentă cu această leziune. Toate acestea pledează pentru faptul că vezica biliară a bolnavului ar trebui extirpată încă înainte de formarea leziunii hepatice, iar pe de altă parte, experiența ridică problema necesității tratamentului destinat să amelioreze parenchimul hepatic al bolnavului de colecistită.

E un deosebit succes al clinicii noastre chirurgicale faptul că, înlăturînd tehnica operatorie greșită, acuzele postoperatorii au dispărut complet. De asemenea e demn de amintit că nu au decedat decît 9 bolnavi. Printre cauzele decesului am găsit: boala lui Addison nedignosticată, arterioscleroză gravă, ciroză hepatică avansată, afecțiuni cardiace grave, în două cazuri carcinom al vezicii biliare și tot numai în două cazuri grave complicații postoperatorii.

Rezumînd cele de mai sus putem să spunem că potrivit datelor din literatură, obiectivul operației — asimptomatologia durabilă — nu se poate realiza decît în proporție foarte variabilă. Uneori insuccesul e inevitabil, deoarece se formează noi calculi, pot surveni colangite și dischinezii sau persistă tulburările de acompaniament gastro-intestinale. În orice caz, e una din sarcinile noastre să prevenim și acuzele cauzate de extirparea vezicii biliare, efectuată în urma unei indicații operatorii nejuste.

La stabilirea indicației operatorii a colecistitelor e nevoie să se pună în evidență cit mai multe semne patologice. Hotărîrea luată trebuie să fie precedată de examinări ample și minuțioase, dacă e posibil de o observație de lungă durată. Stabilirea indicației trebuie să fie rezultatul unei hotărîri comune bine cumpănite a internistului, chirurgului și radiologului. Internistul greșește de obicei dacă nu predă la timp bolnavul în grija chirurgului, iar chirurgul greșește dacă, în lipsa unui examen și a unor observații medicale temeinice, execută operația în mod inutil sau la timp nepotrivit. Toate acestea se pot evita prin colaborarea de o importanță decisivă a medicilor de specialitate.

Sosit la redacție: la 21 mai 1958.

О ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОКАЗАНИЯХ ПРИ ХОЛЕЦИСТОПАТИЯХ

Л. Бирек, А. Вер

На основе литературных данных и личных наблюдений, проведенных на 700 больных холецистопатией, в том числе 117 холецистоэктомизированных и находившихся под наблюдением после операции, авторы указывают, что установленное соответствующего показания является необходимым в том случае, когда клиническое обследование позволяет утверждать наличие дисфункции желчного пузыря, или что данный орган действует как отрицательный местный или общий фактор на организм. Среди симптомов болезни, повторные колики, а также отсутствие непрозрачности пузыря являются наиболее верными признаками, в то время как остальные симптомы были в меньшей мере связаны с анатомо-функциональным состоянием пузыря. Сопутствующая гепатопатия, наличие которой способствует постановке диагноза, является причиной помимо других ассоциированных болезней, также и ряда симптомов выявленных после хирургического вмешательства.

SUR LES INDICATIONS CHIRURGICALES DES CHOLÉCYSTOPATHIES

Birek L., Végh A.

Basés sur les données publiées dans la littérature médicale et sur leurs propres observations, faites sur 700 malades atteints de cholécystopathies, dont 117 ayant subi la cholécystectomie et contrôlés après l'opération, les auteurs montrent que l'indication relative doit être posée chaque fois que l'examen clinique permet d'affirmer que la fonction de la vésicule biliaire est perdue ou que cet organe agit comme un facteur nocif localement ou à distance, sur l'organisme. Parmi les symptômes de la maladie, les coliques répétées, ainsi que le manque d'opacification de la vésicule se sont avérés comme les signes les plus fidèles, tandis que les autres symptômes ont plus rarement montré leur concordance avec l'état anatomofonctionnel de la vésicule. L'hépatopathie satellite, dont la présence rend urgente l'indication opératoire, est en premier lieu responsable, à côté d'autres maladies associées, de certains symptômes présents après l'opération.
