

Spitalul unificat din Comănești, regiunea Bacău (cond.: Al. Caragață)

PERFORAȚIE INTESTINALĂ PROVOCATĂ PRIN INGERARE DE CIUPERCI

M. Ionescu, N. Mihail, E. Teofănescu

În ziua de 24 octombrie 1961, se internează de urgență în secția de chirurgie, bolnavul T. D. în vârstă de 55 ani, prezentînd semnele unui abdomen acut și o stare generală profund alterată.

Anamneza se stabilește greu și imprecis din relatările aparținătorilor și nu ne folosește prea mult la stabilirea diagnosticului. Astfel aparținătorii ne relatează că bolnavul, provenind din mediul rural și fiind ușor oligofrenic, a prezentat în antecedente scarlatină, malarie, icter epidemic și o afecțiune pulmonară, este băutor și fumător.

Istoricul bolii actuale: Bolnavul acuză de mai multă vreme dureri în epigastru dar nu a ținut regim și nu a urmat nici un tratament. De trei zile, după o masă mai

copioasă, acuză dureri abdominale accentuate, mai intense în epigastru, cu vărsături alimentare. De 24 ore nu mai varsă dar s-a suprimat emisia de scauni și gaze, melnimea este redusă iar starea generală se alterează progresiv.

La examenul obiectiv: tegumentele și mucoasele pămîntu cianotice, față hipocratică, extremitățile reci, sistemul musculo-adipos redus. Toracele emfizematos cu raluri ronflante și sibilante diseminate pe tot cîmpul pulmonar. Zgomotele cardiace abia se percep și sînt neregulate, tahicardice. Pulsul periferic absent, T. A. = 6—4. Atebril.

Aparatul digestiv face și obiectul examenului local: bolnavul este edentat, limba „prăjită”, deglutiția prezentă, apetitul este paradoxal exprimat de cînd au încetat vărsăturile. Abdomenul rigid, nu participă la mișcările respiratorii, este ușor balonat și prezintă o apărare musculară generalizată, mai exprimată în etajul abdominal superior, ceva mai atenuată în stînga și în hipogastru. Semnul de iritație peritoneală al lui Blomberg—Schelkova este pronunțat. Percuția este dureroasă dar pune în evidență timpanism periumbilical, iar matitatea hepatică dispărută. Fundul de sac al lui Douglas bombează și este sensibil la tușea rectal. Lojile renale sînt libere. Senzorul ușor neclar, reflexele normale prezente.

La examenul obiectiv sumar ne dăm seama că sîntem în fața unui abdomen acut care s-a instalat deja de cîteva zile și a determinat în evoluția sa alterarea accentuată a stării generale. La examenul radioscopic găsim diafragul mult ridicat, hipomobil cu pneumoperitoneu de trei laturi de deget.

Coroborînd datele obținute stabilim cu ușurință diagnosticul de abdomen acut prin perforație de organ cavitat și suspectăm un ulcer gastroduodenal perforat sau eventual cancer gastric perforat. Durerea și contractura mai intensă în etajul abdominal superior cu semne avansate de peritonită generalizată și pneumoperitoneu prezent, ne fac să excludem apendicita, colecistita, pancreatita, ocluzia intestinală, infarctul intestino-mezenteric, colica renală etc. Ar fi rămas de stabilit, fără a avea prea mare importanță, dacă perforația este gastrică sau duodenală, determinată de ulcer sau de cancer.

Starea generală alterată nu ne dă răgazul de a continua investigațiile, ci luam de urgență măsurile cuvenite. Starea generală nu ne permite să supunem bolnavul nici unei manevre operatorii sau anestezii fără riscul de a avea un mort pe masa de operație dintr-o greșeală de tactică operatorie și de aceea recurgem la aspirație gastrică și reanunare, încercînd să obținem pulsul periferic și redresarea tensiunii arteriale. Încercările noastre rămîn însă fără rezultatul dorit, starea generală se alterează progresiv, de la colaps la preagonie, tebra urcă dintr-o dată la 40° în timp ce contractura abdominală cedează lăsînd să se palpeze în părțile laterale formațiuni tumorale ca niște anse conglomerate, și în decurs de 7 ore de la internare bolnavul sucombă.

La necropsie găsim o surpriză: peritonită generalizată cu abcese interileale, puroi, fibrină și false membrane. Epiploonul blochează incomplet o ansă jejunală care la o distanță de 50 cm de la unghiul duodeno-jejunal și situată în spațiul mezentero-colic drept, prezintă o perforație de mărimea unui bob de linte, obstruată incomplet de un corp dur ce vine din lumenul intestinal și lasă comunicare cu cavitatea peritoneală. Stomacul, duodenul, colecistul și apendicele sînt îndemne, seroasa lor fund interesată în mod secundar în procesul de peritonită generalizată. Stomacul conține o cantitate mică de struguri proaspăt ingerați, nedigerati și nemasticați. Mucoasa stomacului este hipertrofică, ușor hemoragică. Pilonul permeabil. Duodenul și primele anse jejunale sînt libere. Aferent perforației se află un ghem de ciupercă care formează un iel de fitobezoar, ciupercile au fost ingerate întregi, așa cum se prezintă pe fotografia alăturată. Coadă dura a unei ciuperci a perforat jejunul, cauzînd peritonita generalizată.

Studiînd ciupercile, am constatat că este vorba despre *Armularia mellea* (sinonim *Clitocybe mellea*) din familia *Tricholomaceae*, căreia poporul nostru îi spune: ghebe, halinaș, opintici, popinci, pepenci, hrib rânit, giugan.

Ciupercă a fost ingerată crudă și uscată. În această stare ea este otrăvitoare deoarece conține acizi (7) și o fenolază, dar nu atît de periculoasă ca rudele apropiate din același gen care conțin muscarnă (4, 5). După fierbere sau prăjire, ciupercă nu mai este otrăvitoare (1) și devine comestibilă însă indigestă (2), ușor amăruie și astrin-

gentă (6). *Armillaria mellea* crește mai ales toamna pe rădăcinile coniferelor, are o pălărie globuloasă, convexă, cu un diametru de 5—10 cm mamelonată în centru, galbenă ca mierea sau cu tonuri mai întunecate, piciorul este lung, fibros, striat la vîrf (3).

Interpretare. Coroborînd toate datele de mai sus este de presupus că bolnavul T. D. edentat și ușor oligrofenic, purtător al unei gastrite, bănuim cu simptomatologie dureroasă și cu perioade de foame, a ingerat lacom ciuperci uscate dar crude, pe care le-a înghițit întregi. Acestea au trecut una câte una prin pilor, dar înaintînd greu prin jejun și ajungîndu-se una pe alta, au format un ghem care a obturat complet lumenul intestinal. În felul acesta a debutat îmbolnăvirea actuală cu fenomene de ocluzie intestinală, dureri abdominale care aveau mai probabil caracter intermitent de colici, și vărsături. Peristaltismul, încercînd să învingă obstacolul intrinsec a înghemuit ciupercile și mai puternic și fără a putea pune în evidență acțiunea vreunui suc din ciupercă, una din cozi a comprimat puternic și persistent peretele intestinal cauzînd ischemierea, necroza și perforația. În acest moment, s-a instalat odată cu peritonita, durerea abdominală permanentă și violentă însoțită de apărare musculară, șoc cu evoluție spre colaps și moarte.

Diagnosticul de abdomen acut prin perforație digestivă superioară a fost just. Diagnosticul de finete, localizarea perforației și natura ei, nu s-a putut pune și a constituit o surpriză la autopsie. Tactica adoptată a fost justă și verificată de evoluție.

Cazul prezintă interes pentru raritatea excepțională a fitobezoarului format din ciuperci în jejun și pentru complicațiile pe care le-a determinat: ocluzie intestinală, perforație și peritonită.

Sosit la redacție: 1 decembrie 1961.

Bibliografie

1. EUGEL FRANZ: Pilzwanderungen. Verlag A. Ziemsen (1958); 2. HAAS—GOSSNER: Pilze Mitteleuropas. Vol. I. Kosmos Stuttgart (1955); 3. KALMAR—MAKARA: Ehető és mérges gombáink. Művelt Nép. Budapest (1955); 4. KELIN G.: Handbuch der Pflanzenanalyse. Wien (1933), Julius Springer Verlag; 5. LILLY V. and BARNETT H.: Physiology of the Fungi (1951), (în traducere rusă); 6. MANBLANC A.: Les Champignons de France. Paul Lechvalier. Paris (1921); 7. REITSMA I.: Studien über *Armillaria mellea*. Quel. Phytopath. Ztschr. (1932), 4, 461—552.



Figura nr. 1.