

TRATAMENTUL ACTUAL AL PERITONITELOR BACILARE

V. Climescu, V. Iacob, D. Antonescu, G. Opreșan, G. Roman, N. Constantinescu
D. Frențiu-Popa

În lucrarea de față relatăm experiența noastră în tratamentul peritonitei bacilare, în funcție de faza evolutivă, de aspectul clinic și de complicațiile pe care le prezintă bolnavul.

În tratamentul fazei incipiente noi aplicăm repausul complet la pat cel puțin 4—6 luni și medicația specifică tuberculostatică. Streptomina este medicamentul de bază, administrându-se după toleranța bolnavului, între 0,50—1 gr în 24 ore, până la o cantitate medie de 150—180 gr. La aceasta se asociază hidrazida 5—10 miligrame pe kg corp în 24 ore și PAS, care deși are o acțiune bacteriostatică slabă, este totuși un potențializator al hidrazidei. Pentru tratamentul de atac al acestor forme recomandăm perfuziile triple. La acest tratament asociem în ultima vreme hormono-terapia antiinflamatoare cu cortizon sau ACTH. Paralel cu tratamentul general, se asociază de 2—3 ori pe săptămână administrare intraperitoneală de streptomina (0,50 gr) cu acetat de hidrocortizon (25—50 miligrame). În urma acestui tratament, starea generală a bolnavului revine la normal în trei luni, durerile și vărsăturile dispar, tranzitul intestinal se normalizează și în cel mult 40 zile ascita

cedează. Din punct de vedere biologic se observă o scădere remarcabilă a valorilor V.S.H. și febrei, curba ponderală crește. Aceste rezultate se obțin chiar mai repede în cazurile care au beneficiat de hormono-terapie. Rareori am fost nevoiți să recurgem (și numai înainte de antibiotice) la puncții evacuatoare terapeutice ale ascitei, la pneumoperitoneu sau la laparatomii de tip Spencer-Wells-König.

Tratamentul formelor fibro-cazeoase s-a dovedit a fi în 30 de cazuri mult mai dificil, mai ales când bolnavul a prezentat și fistule. Schema de tratament e asemănătoare celei din faza precedentă, însă vindecarea cere un timp mai îndelungat și e însoțite mai frecvent la sechele.

În cazurile recent fistulizate cu 1—2 luni înainte de internare am încercat un tratament conservator de 4—6 luni ce include și instalații pe lângă tratamentul de atac cu perfuzii triple. Dacă nu se obține cicatrizarea fistulelor, se trece la extirparea lor.

În formele cu fistule vechi nu am ezitat, dacă în primele 60 de zile nu se obține o diminuare a secreției purulente, să trecem la extirparea traiectelor fistuloase, burînd plaga operatorie cu o cantitate importantă de tuberculostatice. Am adăugat întotdeauna și antibiotice cu spectru larg, după indicația antibiogramei, deoarece în întreținerea fistulei un rol important joacă și suprainfecția.

Mai rebele la tratament au fost cele 66 de cazuri cu formă fibro-plastică, stadiu în care bolnavii cuferează diverse instilații spitalicești, urmînd cele mai felurite tratamente. Această formă, ca și cea precedentă ulcero-cazeoasă, ar putea fi evitată prin aplicarea unui tratament corect, de lungă durată în faza ascitică de debut. Aici în afară de alecțiunea abdominală trebuie să tratăm și repercusiunea ei psihică. Am indicat acestor bolnavi repausul la pat, o alimentație săracă în celuloză și alte alimente excitante și o medicație sedativă (bromuri, barbiturice, clorpromazină, ataractice etc.). Am administrat și o medicație corectoare a întregii dinamici a tubului digestiv care din cauza suferinței peritoneale e de multe ori alterată, manifestîndu-se sub forma dischineziilor biliare, duodenale, intestinale, etc. (trizim, felagol, acido-peps. vitamina B₁, laxative, etc.). Tratamentul de bază se adresează fibrozei peritoneale și constă în administrarea generală și mai ales intraperitoneală a fibrinoliticelelor de tip cortizon-tripsină (alfa-chymotrypsine) sau hialuronidază. La această medicație se asociază întotdeauna și tuberculostatice, pentru a preveni exacerbarea și difuziunea sub acțiunea cortizonului și a fibrinoliticelor, a unui eventual proces tuberculos latent și închistat. Atitudinea operatorie în această formă de peritonită bacilară trebuie să fie rezervată, cu excepția complicațiilor acute, deoarece orice intervenție nouă mărește procesul de fibroză prin noile cicatrici. Am obținut rezultate bune cu tratamentul indicat mai sus și nu am fost nevoiți să intervenim pentru complicații, dat fiind că frecvența ocluziilor a scăzut foarte mult și tranzitul intestinal s-a normalizat destul de repede.

O importantă problemă terapeutică ridică complicațiile peritonitelor bacilare și mai ales vărsăturile, subocluziile și ocluziile mecanice. Vărsăturile pot să apară în orice fază evolutivă a peritonitei bacilare, dar mai frecvent în cea fibroadeziyă. Ele se datoresc: a) unor spasme gastro-intestinale cauzate de iritația acestor organe prin procesul inflamator peritoneal; b) unui dezechilibru neuro-vegetativ și neuro-hormonal; c) ileusului paralytic, sau d) unor cauze mecanice. În primele două cazuri am obținut rezultate bune, reducînd procesul inflamator prin adăugarea la tratamentul specific a hormonoterapiei suprarenaliene cu respectarea imobilizării complete și a unui regim alimentar adecvat. Cînd nu s-a obținut rezultatul dorit, am recurs la inhibarea reflexelor neuro-vegetative pornite de la imensa suprafață peritoneală prin blocarea transmiterii ganglionare cu clorpromazină.

În fața unui tablou clinic de ileus paralytic am continuat tratamentul specific și hormonal, intensificîndu-l chiar. Bolnavul a fost rehidratat prin perfuzii cu ser fiziologic clisme cu ser glucozat și transfuzii cu plasmă. Într-un caz de nereușită, am recurs la aspirație intestinală continuă cu blocaj lombar tip Vișnevski. Nu trebuie să apelăm prea repede la intervenția chirurgicală, deoarece aceste acci-

Tratamente-rezultate
Sanatoriul TBC Eforie-Sud

Forma anatomică-clinică	Sexul		Vârsta										Boli anergizante				Antecedente TBC		Alte localizări				Debitul				
	Nr. cazuri	Masculin	Feminin	0-3	4-7	8-10	11-14	15-18	19-25	26-30	31-40	41-40	Rușeolă	Tuse convuls.	Gripă	Dizenterie	Febră-tifoïdă	Pleuro-pulmonare	Ganglionare	Gentale	Pleuro-pulmonare	(soase	Ganglionare	Gentale	Sub 1 an	1-2 ani	Peste 2 ani
Formă ascitică	36	11	25	1	1	4	2	7	13	3	4	1	9	4	2	—	1	11	—	—	3	2	1	—	20	10	6
Formă fibro-cazeoasă	56	14	42	—	—	1	6	7	12	14	11	5	19	7	2	—	—	22	1	—	3	3	1	6	27	16	13
Formă fibro-adezivă	206	37	169	—	—	3	9	14	57	41	52	30	60	31	9	4	6	66	7	6	5	11	4	23	62	38	106
Formă cu localizare apendiculară	7	2	5	—	—	—	—	2	4	1	—	—	3	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5	1	1
Formă pelvi-peritoneală	65	—	65	—	—	—	—	1	12	20	26	6	16	5	2	—	6	19	1	6	5	—	1	25	22	10	33
Total	370	64	306	1	1	8	17	31	98	79	93	42	107	19	15	4	13	119	9	12	16	16	7	54	136	75	159

dente din cursul peritonitei bacilare se rezolvă de cele mai multe ori (aplicînd tratamentul indicat mai sus). În sanatoriul nostru au fost internați bolnavi care au suferit 13 intervenții pentru sindrome ocluzive, la care însă nu s-au găsit obstacole mecanice care să explice simptomatologia și la care intervențiile chirurgicale au mărit gradul de fibroză peritoneală, cu toate consecințele ei.

În caz de ocluzie mecanică intervenția chirurgicală se impune de urgență însoțită de toate mijloacele moderne de reanimare. În funcție de situația locală, se va efectua, fie o excludere a leziunilor printr-o entero-rafie latero-laterală, ileo-transversală sau sigmoidiană, fie o rezecție a segmentului de intestin lezat cu restabilirea continuității printr-o entero-rafie, termino-terminală sau latero-laterală. În unele cazuri vom recurge la un anus contra naturii, evitîndu-se să se facă pe porțiunea superioară a ilonului, iar în peritonitele tuberculoase incapsulate se va rezeca sacul fibros, asociindu-se unor rezecții sau excluderii în funcție de leziunile găsite.

În cazul în care găsim anse intestinale aglutinate de depozite recente de fibrină care permit o desfacere suficient de ușoară a acestor anse, se recomandă efectuarea operației Le Noble pentru a crea aderențe ale întregului intestin subțire în sens peristaltic, fapt care evită tulburările de tranzit și acolarea anarhică a anselor.

La tratamentul descris mai sus am asociat climatoterapia marină și tratament local cu cataplasme de nămol cald.

Helioterapia se poate face de la începutul lunii mai pînă la sfîrșitul lui septembrie. În general întreg corpul va fi expus la soare, orele de expunere cele mai bune fiind, după experiența noastră, între 6—7 pînă la 9—10, deci în total 3 ore.

Durata ședințelor se va mări gradat, ajungîndu-se la timpul de mai sus. Tratamentul trebuie însă strict individualizat.

Înainte de a începe helio-terapia bolnavii vor face o cură de adaptare și vor începe tratamentul climatic numai prin cura de aer pe care o vor face, fie în saloane cu ferestrele larg deschise ziua și noaptea, fie — după caz — în afara saloanelor în sezonul de cură mai-octombrie. Dacă reacțiile locale și generale sînt normale, după 10—14 zile se poate trece la ședințele de helio-terapia. Aceste ședințe vor putea fi de la început generale, dar în cazurile cu dureri abdominale nu prea accentuate, cu croșete de subfebrilitate, cu tulburări relative de tranzit, cu lichid mult, se va începe aplicarea lor pe restul corpului, abdomenul fiind acoperit cu un cearceai. Numai după dispariția sau ameliorarea durerilor abdominale și după amendarea croșetelor de subfebrilitate se va încerca helio-terapia progresivă și după abdomen. Se va putea ajunge astfel, dacă nu intervine nici un factor de contra-indicație, la o expunere de 3 ore a întregului corp.

Febra de seară, cea imediată după cură sau exacerbarăa unor simptome sînt indicații prețioase în continuarea sau modificarea ritmului de mîrire a timpului de expunere la soare. Apariția febrei sau a celorlalte simptome (dureri, vărsături, tulburări de tranzit) constituie un indiciu fie să ne oprim la timpul de expunere anterior și să menținem acest timp o anumită perioadă pînă la dispariția simptomelor, fie chiar să sistăm expunerea la soare dacă accidentele apărute sînt mai accentuate sau nu dispar odată cu schimbarea noastră de atitudine. În cazul apariției unui croșet febril seara peste 37,5 este mai prudent ca a doua zi să se renunțe la cura de soare.

Pe baza a numeroase cazuri urmărite clinic și prin examen de laborator împreună cu *M. Iandă* am introdus sistemul curei alternante. Observațiile noastre au arătat că după o expunere la soare de o lună jumătate, cura de soare nu mai influențează formula sanguină, rezerva alcalină, pofta de mîncare, curba ponderală, etc. S-ar părea că organismul nu mai răspunde incitațiilor produse de helio-terapia. Se constată de asemenea o oarecare stagnare în îmbunătățirea stării locale. Determinați de aceste considerente am schimbat sistemul de aplicare al curei în sensul că după ce bolnavul a ajuns la timpul de 3 ore de soare menținut 2 săptămîni, am început să-l reducem zilnic cu 10 minute, ajungînd la sistarea completă a expunerii timp de 8—10 zile. După aceea am reincept cură în ritmul cunoscut. Bolnavii au reacționat la reluarea curei, printr-un nou val de îmbunătățire a stării generale și locale.

O altă formă de tratament local ce se practică în sanatoriul nostru este aceea a aplicațiilor de cataplasme de nămol cald pe abdomenul bolnavilor, în unele stadii de boală. Recomandăm aceste cataplasme în formele ascitogene, după ce lichidul a dispărut în urma unui tratament susținut cu antibiotice; în formele cu tumori anexiale sau gatouri intestinale cînd ele sînt pe cale de dispariție; în abdomenele retractate ca expresie a formei fibro-adezive. Deci indicația acestor cataplasme este stadiul de convalescență și cel sechelar al peritonitei bacilare. Bolnavii supuși la acest tratament simt o netă îmbunătățire a stării lor, durerile se amendează, tranzitul intestinal se regularizează și dispare senzația de tensiune, pe care o au în abdomen.

Bolnavilor cu peritonite bacilare stabilizate le-am recomandat ca timp de 3—4 ani să repete cura de consolidare cu helio-terapie marină (în medie de 2 luni) asociată cu tuberculostatice (HIN și PAS). Acești bolnavi pot să ducă o viață normală, însă igienică, evitînd eforturile excesive sau orice alte cauze ce ar putea să provoace redeşleptarea procesului tuberculos.

Din cele expuse mai sus se pot trage următoarele concluzii:

1. Aplicarea unui tratament complex local și general climatic, antibiotic, hormonal și enzimatic a dus în formele de debut la oprirea procesului patologic în prima sa fază și la vindecarea bolii, scutind pe bolnav de complicațiile fazelor evolutive ulterioare.

2. Aplicarea locală a cortico-terapiei și a enzimelor fibrinolitice a redus foarte mult complicațiile de ocluzie mecanică ale peritonitelor fibro-cazeoase și fibro-adezive.

3. Unele complicații ale peritonitei bacilare — vărsăturile și subocluziile — beneficiază astăzi în mare măsură de tratamentul antiinflamator și de cel deconectant.

4. Laparatomia în peritonita bacilară rămîne indicată în scop de diagnostic, pentru extirparea fistulelor rebele la tratamentul medical susținut și pentru rezolvarea accidentelor acute de ocluzie mecanică.

- 5) Tratamentul tuberculozei peritoneale trebuie — ca și al celorlalte forme de tuberculoză extrapulmonară — să fie făcut de la început în sanatoriile de specialitate pentru a beneficia de imobilizarea necesară pe 8—12 luni, de tratamentul de tuberculostatice (150—180 gr streptomycină, hidrazidă și PAS) de hormono- și enzimoterapie de deconectante cît și de curele anuale de consolidare medicamentoasă și climatică.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.