

CONSIDERAȚIUNI ÎN LEGATURĂ CU DOUA CAZURI DE ABDOMEN ACUT PRIN COLERAGII ABDOMINALE SPONTANE

P. Papahagi, K. A. Keresztesy, V. Nistor

Intervenind în două cazuri de abdomen acut la care se suspecta o perforație ulceroasă, am avut surpriza de a constata intraoperator existența unei coleragii peritoneale și retroperitoneale, în absența oricărei perforații vizibile la nivelul căilor biliare extrahepatice.

Cazul I. Bolnavul P. S. de 28 ani se internează de urgență la data de 24 noiembrie 1963 pentru dureri abdominale difuze vii, grețuri și vărsături. Boala actuală debutează acut în urmă cu 30 ore, după consumarea unor alimente grase, cu dureri epigastrice, grețuri și vărsături alimentare. Progresiv durerile cresc în intensitate, devin difuze, cu maximum în etajul superior (epigastru, hipocondrul dr.) și regiunea lombară dreaptă: vărsăturile se repetă, capătă un caracter bilios: tranzitul intestinal oprit.

La internare: bolnavul de constituție athletică, este foarte agitat, în poziție antalgică (cocoș de pușcă), cu tegumente și mucoase palide, umede; ușoară cianoză peribucală. Pulsul 64/mir, ritmic, bine bătut; tensiunea arterială 125/80, febra 37,3. Examenul abdomenului arată o imobilitate respiratorie în jumătatea dreaptă. Dureri intense, spontane și la palpare, în întregul abdomen, cu maximum în epigastru și hipocondrul drept. Contractură musculară, hiperestezie cutanată. semnul Blumberg pozitiv și dispariția reflexelor în aceleași regiuni. Percuția abdomenului pune în evidență matitate deplasabilă. Splina și ficatul în limite normale. Loja renală dreaptă foarte sensibilă. Examenul celorlalte aparate ne furnizează relații normale.

Tact rectal: Douglas sensibil.

Radioscopie abd. pe gol: aerocolie moderată, lipsa imaginilor hidroaerice. lipsa pneumoperitoneului.

Rx toracică: I.T.N.

Leucocite: 7.800.

Ex urinei: urobilinogen crescut; sediment 8—10 leucocite.

Diastazele în urină 32 U. W.

Sensibilitatea lombară accentuată a impus un examen urologic, care ne-a furnizat următoarele date: *radiografia pe gol:* nu se evidențiază umbrele renale și nici imagini de calculi; *urografia i. v.* lipsă de eliminare de partea dreaptă, *chromocistoscopia:* nu se evidențiază orificiul ureteral drept, eliminarea absentă de partea dreaptă. Concluzia diagnostică: aplazie renală dreaptă.

În fața acestui tablou clinic se pune diagnosticul de abdomen acut — probabil prin ulcer perforat — peritonită, stare de șoc compensat, aplazie renală dreaptă. Se decide intervenția chirurgicală după o prealabilă reanimare. În orele următoare, cu tot tratamentul executat (perfuzii, sedative, calmante) starea gene-

rală și locală se agravează: agitația crește, cianoza se accentuează, pulsul devine 90/min., tensiunea arterială scade la 105/70 Hgmm. Local durerile devin insuportabile, contractura se generalizează, abdomenul devenind „de lemn”. Leucocitoza crește la 9.800.

Se intervine în anestezie generală cu intubație, după 4 ore de la internare.

Protocol operator. Laparotomie med. xifoombicală. În cavitatea peritoneală găsim bilă în cantitate de aproximativ 1000 cm³, mai ales subhepatic, în firida parieto-colică dreaptă și fundul de sac Douglas. Micul și marele epiplon, peritoneul de pe fața anterioară a duodenului, mezourile anselor subțiri și ale colonului edemațiate, infiltrate de colorație, galben-verzue. Stomacul și duodenul indemni. Capsula pancreatică și țesuturile periduodeno-pancreatice infiltrate cu bilă. Nu se găsesc leziuni de cito-steatonecroză. Explorarea căilor biliare extrahepatice arată: colecistul de volum normal dar în tensiune, cu pereți subțiri și infiltrați cu bilă mai ales în regiunea colo-infundibulo-cistică. Coledocul apare de volum normal și liber la explorare digitală. Nu se găsesc leziuni inflamatorii și nici perforații macroscopice la nivelul căilor biliare extrahepatice. Se practică colecistectomia retrogradă subseroasă, cu explorarea instrumentală a coledocului prin bontul cistic. Se drenează loja subhepatică și fundul de sac Douglas (prin contraincizie iliacă dreaptă). Examenul anatomopatologic al piesei arată leziuni de colecistită cronică atrofică și lipsa perforațiilor microscopice.

Evoluția postoperatorie a fost lungă, cu remontarea lentă a stării generale, cu persistența contracturii musculare timp de 4—5 zile: prin tuburile de dren se scurge o secreție la început biliară, apoi seroasă (peritonită seroasă de reacție) până în a 10-a zi după intervenție. La 20 de zile de la internare bolnavul părăsește clinica vindecat.

În concluzie un caz de abdomen acut prin coleragie spontană intra și retroperitoneală.

Cazul 2. Bolnavul K. A. de 73 ani se internează în serviciul de urgență pe data de 1 mai 1964, pentru dureri epigastrice și în hipocondrul drept, grețuri, vărsături bilioase.

În antecedente hepatită epidemică, infarct miocardic, apendicectomie.

Boala actuală a debutat brusc cu 18 ore înaintea internării după consumarea unor alimente grase, cu dureri vii în epigastru și hipocondrul drept, iradiate în umăr; grețuri, vărsături. În orele următoare durerile, fără a-și modifica sediul și iradiația, cresc în intensitate, vărsăturile devin frecvente, bilioase. Examinat de medicul de circ. este trimis în serviciul nostru cu diagnosticul de abdomen acut.

La examenul clinic stare generală bună, puls 120/ritmic T. A. 140/90 Hgmm, febra 37,5 C; examenul abdomenului pune în evidență o sensibilitate vie, hiperestezie cutanată, contractură musculară, dispariția reflexelor în epigastru, hipocondrul și flancul drept. La percuție timpanism în abdomenul inferior. Auscultatoriu liniște abdominală. Splina, ficatul în limite normale. În rest, bolnavul mai prezintă semne de scleroemfizem pulmonar, un cord global mărit și o hernie inghinală dr. reductibilă.

Rx. abd. pe gol: aerocolie moderată, lipsa pneumoperitoneului, leucocite 16.000, urina: urobilinogen crescut, sediment 1—2 leucocite.

Rx. pulm. Scleroemfizem pulmonar, cord global mărit. Se pune diagnosticul de abdomen acut — probabil ulcer perforat. Se intervine în anestezie locală completată prin narcoză cu eter. *Protocol operator:* Laparotomie mediană supraombilicală cu prelungire laterală dreaptă. Din loja subhepatică, care este destul de bine izolată de restul cavității peritoneale prin aderențe (post apendicectomie) situate medial și caudal, se scurge o cantitate de 4—500 ml secreție serobilioasă.

Se desfac aderențele și se explorează căile biliare extrahepatice. Colecistul, fără leziuni inflamatorii evidente și nici perforații macroscopice, are pereții infiltrați cu bilă mai ales în zona infundibulo-colecistică. Coledocul, ușor dilatat, este liber. Organele etajului superior abd. fără leziuni dar infiltrate cu bilă subseros, îndosebi cele din vecinătatea colecistului. Se practică colecistectomie subseroasă cu explorarea instrumentală a coledocului prin bontul cistic. Drenaj subhepatic. Evoluție postoperatorie simplă. Bolnavul părăsește clinica vindecată după 9 zile. Examenul anatomic-patologic al piesei arată o infiltrație edematoasă și hiperemie interesind mucoasa, submucoasa și stratul muscular; întreaga structură a peretelui este laxă, explicînd permeabilitatea crescută și transudarea bilei.

În concluzie un caz de abdomen acut prin coleragie abdominală spontană.

Considerăm utile cîteva comentarii pe marginea cazurilor de mai sus.

1. Cercetînd cazistica de urgență a clinicii noastre pe ultimii 5 ani, nu am mai găsit nici un caz asemănător; și în literatura de specialitate cazurile de coleragii abdominale spontane raportate sînt foarte rare, mai ales cele privind coleragia retroperitoneală. După cunoștințele noastre doar *M. Popescu* și *N. Costescu* (1) au prezentat un caz de coleretroperitoneu spontan.

2. Contrar datelor din literatură care susțin frecvența mare a coleragiilor abdominale la femei, cu antecedente biliare, cazurile noastre au fost bărbați și la nici unul nu am găsit antecedente patologice biliare. Vîrsta diferită a bolnavilor noștri a arătat posibilitatea apariției unor astfel de accidente atît la vîrstnici cît și la tineri.

3. Din punct de vedere anatomic-patologic trebuie subliniate cîteva aspecte:

- a) la ambele cazuri nu am putut evidenția macroscopic, intraoperator, leziuni inflamatorii sau perforații ale căilor biliare, care să explice coleragia;
- b) veziculele biliare, fără a fi mărite, erau în tensiune și aveau pereții mai subțiați și mai intens infiltrați cu bilă, în regiunea infundibulo-colecistică.
- c) leziuni microscopice diferite ale colecistului au permis filtrarea transperitoneală a bilei; în primul caz erau leziuni de colecistită cronică atrofică, în cel de al doilea caz leziuni acute cu laxitate mare a structurilor histologice;
- d) la primul bolnav infiltrația cu bilă a interesat întreaga cavitate peritoneală și spațiul retroperitoneal, mezourile; la al doilea caz coleragia a fost doar peritoneală și localizată în regiunea subhepatică printr-un bloc aderențial. Această difuziune diferită a bilei explică, alături probabil și de alți factori, aspectele clinice deosebite intîlnite la cei doi bolnavi.

4. Simptomatologia nu a fost caracteristică pentru o afecțiune biliară acută, astfel încît, la ambii bolnavi diagnosticul corect nu a putut fi pus preoperator, el constituind o surpriză în timpul intervenției. Din datele literaturii de specialitate, reiese dificultatea constantă a diagnosticului preoperator.

Simptomatologia clinică la internare a fost constituită din semne ce pledează pentru o peritonită prin perforație ulceroasă (sexul, lipsa antecedentelor biliare, debutul acut cu dureri în etajul superior al abdomenului, contractura, starea subfebrilă). Credem totuși că o analiză mai atentă a simptomatologiei ar fi putut ridica și suspiciunea unei afecțiuni biliare acute; astfel durerile cu debut epigastric și în hipocondrul drept, contractura în aceleași regiuni, frecvența vărsăturilor bilioase, bradicardia (în primul caz), lipsa pneumoperitoneului, dar mai ales urobilinogenul crescut în urină erau elemente care puteau atrage atenția asupra unei peritonite de origine biliară. Desigur că mecanismul ei de producere (lipsa perforației vizibile) nu poate fi precizat decît intraoperator.

Tabloul clinic diferit care s-a conturat în orele următoare, de peritonită generalizată la primul bolnav și de peritonită localizată la al doilea caz, se explica prin gradul difuziunii bilei așa cum am arătat mai sus. În același fel ne-am ex-

plicat și alterarea mai accentuată a stării generale în primul caz, care s-a internat în stare de șoc compensat și care evolua spre decompensare cu toată reanimarea instituită. Desigur că infiltrația țesutului retroperitoneal și a mezourilor a jucat un rol important în declanșarea acestei stări de șoc, cunoscându-se sensibilitatea deosebită a acestor țesuturi față de prezența lichidelor iritante (sînge, suc pancreatic, bilă).

5. Incercînd să explicăm mecanismul prin care s-a produs coleragia în cazurile noastre, am cercetat literatura de specialitate și am găsit mai multe ipoteze (cit. 7);

- a perforației microscopice (Meyes-Mayer),
- a cicatrizării rapide a unei perforații (Bizard),
- a transsudării mecanice prin pereții vezicii biliare alterate (Binet, Chabrol),
- a infecției, a alterării mucoasei veziculei prin digestie pancreatică.

Creдем că la bolnavii noștri au intervenit doi factori: pe de o parte alterarea microscopică a pereților veziculei, cu permeabilizarea lor față de bilă, ca urmare a unor leziuni de colecistită cronică, respectiv de colecistită acută catarală, iar pe de altă parte o hipertonie tranzitorie în căile biliare (dovedită de vezicula în tensiune și coledocul ușor dilatat) probabil prin spasm, al sfincterului Oddi. Cauza spasmului ar putea fi însăși inflamația colecistului, cunoscîndu-se relațiile funcționale dintre zona infundibulo-colecistică și sfincter.

6. Tratamentul în ambele cazuri a constat în colecistectomie urmată de explorare instrumentală a coledocului și medicație antispastică postoperator. Colecistectomia este recomandată de toți autorii, ea fiind motivată de existența leziunilor inflamatorii microscopice constante, așa cum am găsit și la bolnavii noștri.

Colecistostomia este de recomandată doar la cazurile cu stare generală foarte gravă și doar ca tratament paleativ: colecistectomia trebuie să-i urmeze de îndată ce bolnavul se restabilește.

Concluzii

1. Coleragia abdominală — intra- sau retroperitoneală — deși extrem de rară, trebuie avută în vedere, în etiologia abdomenelor acute, chiar și la bolnavii de sex masculin fără antecedente biliare, indiferent de vîrstă, atunci cînd simptomatologia de debut a unei peritonite este localizată în etajul abdominal superior.

2. Un semn important în elucidarea diagnosticului poate fi creșterea urobilogenului, în urină, ca urmare a resorbției bilirubinei din peritoneu sau spațiul retroperitoneal.

3. De obicei — chiar în absența leziunilor macroscopice inflamatorii — există leziuni ale pereților veziculei biliare, mai ales în zona infundibulo-colecistică, care impun colecistectomia de la început, la cazurile unde starea generală o permite.

Sosit la redacție: 26 iunie 1964.

Bibliografie

1. M. POPESCU-URLUENI, N. COSTESCU P. M. (1963), 71, 52, 2515; 2. CLAVEL M.: Lyon chirurg. (1955), 50, 5, 598; 3. HAASE H. W.: Dtsches Gesundheitswesen (1955), 28, 952; 4. I. MUREȘAN, N. BUCȘA, R. BLINDU, A. MARTIN: Tim. Med. 8, 1, 33; 5. WONDRAK E.: Zentralblatt f. Chir. (1956), 3, 93; 6. SPIEGEL H.: Zbl. f. Chir. (1957), 1, 12; 7. Enciclopedia Med. Chirurgicală. Ficat-Căi biliare (1959), 7054 A¹⁰ Paris; 8. NAGY T., SZENDROI: Zbl. für Chirurgie (1958), 32, 1572; 9. MALNY Presse médicale (1958), 66, 30, 665.