

## PERITONITELE ACUTE DIFUZE ÎN MATERIALUL DE 8 ANI (1957—64) AL CLINICII CHIRURGICALE DIN TG.-MUREȘ

Z. Pápai, E. Bancu, I. Gálffy, M. Csíky, F. Tóth, Maria Vincze, Edit Szirma,  
I. Oláh, Paula Boér

Deși se pare că peritonitele acute difuze constituie un capitol suficient de dezbătut în patologia abdominală, în realitate ele mai ridică uneori și astăzi probleme spinoase de diagnostic și mai ales de tratament.

Ameliorarea rezultatelor terapeutice își găsește în ultimele 3 decenii explicația în mai mulți factori obiectivi:

1. Dezvoltarea rețelei medico-sanitare în general și a tehnicității chirurgicale în special.

2. Imbogățirea arsenalului terapeutic al infecțiilor prin apariția antibioticelor, fapt ce constituie un salt calitativ deosebit în tratamentul preventiv și curativ al peritonitelor.

③ Rezultatele fructuoase obținute pe tărîmul fiziologiei, fiziopatologiei și biochimiei, care au format concepții noi asupra peritoneului și asupra patologiei sale.

④ Ridicarea nivelului cultural al maselor în general și al nivelului de cunoștințe sanitare în special, fapt ce determină reducerea continuă a perioadei de timp de la apariția bolii pînă la primul contact al bolnavului cu medicul.

Peritonita acută difuză se consideră ca un complex de simptome locale și generale, ce apar ca o consecință a agresiunii septice a peritoneului. Sintemul partizan al concepției lui Moore, în ceea ce privește evoluția în două faze a peritonitei: faza de iritație peritoneală (peritonita chimică), în care semnele peritonitei pot exista în lipsa revărsatului purulent, și faza de peritonită purulentă constituită, caracterizată prin prezența puroiului, a falselor membrane și aglutinărilor de anse.

În interpretarea cazurilor noastre am ținut seama de influențarea tabloului clinic, de vîrstă, tarele organice ale bolnavului, timpul scurs de la debutul bolii, precum și de tratamentul instituit înaintea stabilirii diagnosticului. În precizarea diagnosticului ne-am bazat pe cele două simptome majore clasice: durere și apă-rare musculară, și uneori pe aportul investigațiilor radiologice și de laborator. Nu

am neglijat „formele clinice mascate” de diferite mijloace terapeutice neraționale (antibiotice, terapie calmantă, etc.). Am avut în general o atitudine potrivnică față de tratamentul postoperator cu antibiotice (în cazurile curate), fiind convingși de faptul că un astfel de tratament poate masca evoluția unei peritonite postoperatorii.

Ca obiective primordiale ale tratamentului peritonitelor considerăm suprimarea sursei de infecție, îndepărtarea riguroasă (pe cât posibil) a revărsatului purulent și prevenirea prin toate mijloacele a peritonitei reziduale. În schema noastră terapeutică ne bazăm pe principii moderne și tindem spre actul operator cel mai indicat, reechilibrarea metabolică, reechilibrarea funcțională și antibioterapia. Momentul operator este stabilit de chirurg în strînsă colaborare cu anestezistul-reamimator de serviciu în urgență. Tratamentul postoperator al peritonitelor purulente cu dezechilibre metabolice și funcționale se face în serviciul de terapie intensivă al clinicii, reechilibrările făcându-se pe baza rezultatelor de laborator interpretate științific.

Am prelucrat din materialul clinicii noastre cazuistica anilor 1957—1964 (8 ani).

În această perioadă au fost internați și tratați în clinică 610 bolnavi cu peritonită acută difuză. Dintre acești bolnavi 260 prezentau peritonite așa zise „chimice”; 243 erau forme de trecere spre peritonita difuză purulentă și 107 peritonite difuze purulente grave.

Mediul rural ne-a dat cel mai mare număr de îmbolnăviri — 405 față de 205 din cel urban și marea majoritate a formelor grave ne-au parvenit de la sate.

La repartizarea pe vîrstă a cazurilor noastre trebuie să ținem seamă de faptul că după înființarea Clinicii de chirurgie infantilă, cazurile sub 15 ani nu au mai fost tratate în serviciul nostru de urgență. Astfel se explică numărul restrîns de bolnavi sub vîrsta de 10 ani (13). Cel mai mare procentaj de bolnavi le-au furnizat decadele 3, 4, 6 (139, 133, 102 cazuri). Acest fapt se explică prin tributul deosebit pe care îl dau vîrstele mature, cu intensă activitate fizică sau intelectuală.

Analizînd sursa de infecție a cavității peritoneale, am constatat că în majoritatea cazurilor aceasta era constituită de perforațiile ulceroase (283 cazuri), urmînd în ordine apendicita perforată (226 cazuri), colecistita perforată (16 cazuri). La o rubrică specială am consemnat 85 de cazuri produse de diverse cauze (traumatice, afecțiuni intestinale, ginecologice, urologice, infecțioase, septicemice etc.).

Numărul mare de peritonite, ca o consecință a perforațiilor ulceroase, se explică prin morbiditatea crescută a bolii ulceroase în regiunea Mureș-Autonomă Maghiară. Într-un studiu clinic al perforațiilor ulceroase pe o perioadă de 5 ani (1957—1961), constatam frecvența mare a perforațiilor ca primă manifestare a bolii (48% pe 150 cazuri). Am enunțat atunci noțiunea de „ulcer mut”. Se poate afirma deci că această complicație a ulcerului, care apare întempestiv la un vechi suferind sau mai ales ca primă manifestare în numeroase cazuri, privează pe bolnavi de posibilitatea luării măsurilor terapeutice care i-ar putea preveni accidentul.

Frecvența peritonitelor apendiculare este crescută (226 cazuri) și ocupă primul loc în majoritatea statisticilor. Dacă peritonitele prin perforație ulceroasă adesea nu pot fi evitate, credem că ameliorarea datelor statistice ale peritonitelor trebuie realizată prin restrîngerea tot mai mare a numărului complicațiilor apendicitei.

Obiectivul principal al actului operator a fost în general suprimarea sursei de infecție. În cele 610 peritonite acute difuze, care s-au internat în clinica noastră, s-a intervenit în 602 cazuri. Restul de 8 erau peritonite pneumococice și au fost tratate conservator. Tratarea focarului de însămințare a peritoneului a putut să fie realizată în 589 de cazuri, iar la 13 bolnavi s-a făcut numai drenajul cavității peritoneale. Eliminarea sursei de infecție s-a

putut face cu mai mare ușurință în peritonitele prin perforație ulceroasă. Aceasta s-a realizat prin sutură în 195 de cazuri și prin rezecție gastrică în 88. În peritonitele declanșate prin evoluția progresivă a diferitelor procese inflamatorii acute (apendiculare, biliare, septice) nu s-a putut extirpa focarul în 13 cazuri. Dificultățile în acest sens au fost create fie prin greutatea tehnică (4 apendicite + 2 colecistite supurate), care expuneau la complicații postoperatorii vizibile, fie de tarele organice ale bolnavilor (4 colecistite), care reclamau intervenții rapide și cit mai puțin șocante. În 3 peritonite pneumococice, în care s-a intervenit, nu s-a găsit un focar de infecție circumscriș

Deși s-ar părea că în clinica noastră există mai nou o tendință spre radicalitate în tratamentul ulcerelor perforate, totuși numărul rezecțiilor este și astăzi mult inferior aceluia dat de suturi. Dacă privim această atitudine în mod critic, credem că nu am putea răspunde prin argumente convingătoare pentru toate cazurile noastre. În literatura chirurgicală, linia de mijloc se opune și astăzi la două curente extreme: unii consideră perforația ulcerului ca o complicație care motivează prin gravitatea ei necesitatea rezecției, indiferent de antecedente, vîrstă etc. Alții fac o distincție netă între localizarea gastrică și duodenală a ulcerului și sub influența teoriei hiperexcitabilității vagale, opun sutura în marea majoritate a ulcerelor duodenale rezecției. Noi rămînem adepții atitudinii intermediare.

Analizînd problema drenajului și nedrenajului cavității peritoneale, observăm tendința spre nedrenaj în peritonitele prin perforație ulceroasă, față de o atitudine de rezervă — am putea spune, chiar de teamă — în peritonitele prin perforațiile postinflamatorii sau traumatice. Din cele 602 peritonite operate, am drenat în 425 de cazuri și am închis cavitatea peritoneală în 177. Este interesant de remarcat faptul că din 283 perforații ulceroase am drenat în 140 și nu am drenat în 143. Dacă ținem seamă de faptul că din peritonitele de origine ulceroasă (283) am consemnat 167 forme ușoare (peritonite chimice) și că formele intermediare (89) și grave (27) reprezintă în total 116 cazuri, putem conchide că numărul cazurilor drenate depășește cu mult numărul peritonitelor grave. Chiar dacă ținem seamă de necesitatea drenajului de siguranță, nu putem ascunde tendința mare spre drenaj care există în clinica noastră. În ceea ce privește peritonitele post-inflamatorii, această tendință este mult mai netă. Din cele 226 peritonite apendiculare au fost drenate 215 cazuri; deși la 75 bolnavi s-a consemnat forma ușoară, fără revărsac peritoneal purulent sau false membrane etc.

Toate peritonitele biliare au fost drenate, fapt motivat de gravitatea lor.

Nu am putut evita peritonitele reziduale la 31 dintre bolnavii noștri (24 abcese în Douglas și 7 abcese subfrenice). Majoritatea acestor peritonite erau urmarea peritonitelor apendiculare (21 cazuri). Drenajul și nedrenajul nu au constituit un factor esențial în survenirea peritonitelor reziduale, deoarece 14 din cele 16 abcese în Douglas de origine apendiculară au apărut pe lingă drenarea intraoperatorie a fundului de sac.

Analizînd zilele de spitalizare ale bolnavilor noștri, am observat că marea majoritate a celor cu peritonite apendiculare se încadrau la rubrica între 10—20 de zile spitalizare. Același lucru l-am observat la peritonitele traumatice. În cazul peritonitelor prin perforații ulceroase, peste 50% din cazuri au părăsit serviciul cu o internare medie de 10 zile. Numărul celor internați între 20—30 zile a fost de 57, iar a celor între 30—40 zile, de 17 (pe statistică noastră de 610 peritonite).

Dacă facem un studiu comparativ al morbidității și mortalității prin peritonita acută difuză, ajungem la concluzia că mortalitatea în ultimele decenii scade vertiginos (de la 40—50%, cit era în jur de 1930, la 8—14% în zilele noastre), în timp ce morbiditatea are o scădere puțin substanțială. Peritoni-

tele ca urmare a proceselor inflamatorii au scăzut simțitor ca număr, locul lor fiind luat de creșterea morbidității prin peritonite de origine ulceroasă și traumatică.

Pe cele 610 peritonite acute difuze internate la noi, am avut o mortalitate de 8,2% (50 decese). Comparând acest procentaj cu statisticile mondiale, constatăm că procentul se găsește la limita inferioară a cifrelor admise pe plan mondial (8—14%). Față de serviciile mari chirurgicale din țară, cifra noastră este puțin superioară celei a spitalului de urgență din București și inferioară celei a spitalului regional din Bacău (13,6%). Studiul mortalității celor 610 cazuri ne dovedește gravitatea peritonitelor biliare și a celor de cauză diversă (mai ales traumatice). Ținând cont de factorii care condiționează gravitatea acestor peritonite, nu putem omite vîrsta înaintată a bolnavilor litiazici, tarele organice cu răsunset metabolic și endocrin, precum și asocierea peritonitei pe fond de șoc traumatic și hemoragie internă la bolnavii cu peritonite post-traumatice. Mortalitatea în peritonitele prin perforație ulceroasă a fost de 5,3% pe 283 de cazuri. Procentajul este asemănător cu cel al marilor servicii străine și interne. (Spitalul I. C. Frimu 4,4%. Clinica chirurgicală Cluj 5,04%, spitalul reg. Bacău 10,44%). În peritonitele apendiculare am avut o mortalitate de 3,57% pe 226 cazuri, față de 5,5% (spitalul I. C. Frimu) și 5,8% (spitalul reg. Bacău). Am consemnat o mortalitate de 43,7% în peritonitele biliare față de 36% a spitalului I. C. Frimu. Peritonitele de cauze diverse ne-au dat o mortalitate de 23,5% față de 38% a spitalului reg. Bacău.

Desigur scopul nostru al tuturor este scăderea morbidității și mortalității prin peritonite acute difuze în regiunea noastră. Dezideratele amintite pot fi atinse în special pe baza intensificării profilaxiei peritonitelor și aici rolul primordial îl revine terenului și numai în al doilea rînd staționarilor de chirurgie. Încercînd să întrezărim factorii determinanți în scăderea mortalității și morbidității prin peritonite, am putea trage următoarele concluzii:

1. Întărirea permanentă a circumscripțiilor rurale și a unităților de teren, prin dotarea lor judicioasă și prin ridicarea neîntreruptă a nivelului profesional a cadrelor medico-sanitare.
2. Realizarea legăturii cit mai strînse între teren și staționar prin intermediul serviciului de salvare, bine dotat ca tehnicitate și cadre.
3. Scăderea numărului de peritonite, urmare a proceselor inflamatorii abdominale, prin diagnosticul precoce al abdomenului acut chirurgical, înaintea apariției complicațiilor peritoneale.
4. Controlul permanent al eficienței protecției muncii, pentru prevenirea accidentelor.
5. Întărirea serviciilor de urgență chirurgicală la nivelul raioanelor și înființarea staționarului de chirurgie în orașul Luduș.
6. Completarea schemei secțiilor chirurgicale raionale cu medici anesteziști-reanimatori.
7. Menținerea legăturii permanente între secțiile chirurgicale raionale și clinica chirurgicală, pe baza schimbului de experiență.
8. Ridicarea la valori juste a statisticii și organizarea la intervale stabilite de consfătuiri regionale, pentru a putea verifica rezultatele obținute.

De asemenea considerăm necesară dispensarizarea bolnavilor cu peritonite difuze grave, pentru a putea urmări sechelele peritonitelor. Numai astfel ne vom putea opune aforismului că „arsenalul terapeutic modern a scăzut mortalitatea prin peritonite, dar a crescut-o pe aceea prin ocluzie intestinală“.

*Sosit la redacția: 18 octombrie 1965.*