

DESPRE UNELE PROBLEME DE DIAGNOSTIC IN PERITONITELE ACUTE

Z. Naftali, S. Dașchievici, N. Mühle, Maria Vincze, I. Orosz

Peritonita purulentă generalizată se manifestă prin simptome atât de caracteristice, încît nu poate exista nici o îndoială asupra naturii îmbolnăvirii. *Leceña* însă afirmă că înainte de a se generaliza, orice peritonită începe prin a fi o leziune relativ locală. Dacă semnele inflamației peritoneale se pot surprinde în acest stadiu, înaintea atingerii iremediabile a stării generale, intervenția, executată la timp va salva majoritatea bolnavilor.

Primele semne ale unei peritonite pe cale de a se declanșa nu sînt întotdeauna zgomotoase și dacă medicul nu sesizează în aceste cazuri primele avertismente ale pericolului ce amenință bolnavul, se pierde un timp foarte prețios. Cu timpul, simptomatologia bolii devine din ce în ce mai bogată, dar paralel cu îmbogățirea simptomatologiei, șansele de vindecare ale bolnavului scad vertiginos. Peritonita generalizată, declarată în toată amploarea ei, înseamnă o peritonită tardiv recunoscută.

Deznodămîntul dramei peritoneale se hotărăște în cursul primelor ore. În aceste circumstanțe o observație mai îndelungată a bolnavului adesea nu e posibilă, căci într-un interval scurt de timp se pot instala tulburări și modificări care eventual nu mai pot fi compensate sau remediate. Fiind urgențați în luarea unei atitudini terapeutice prin evoluarea rapidă a procesului inflamator, trebuie să ne sprijinim uneori doar pe cîteva semne clinice precocce care au făcut însă proba eficienței și a valabilității lor. Aceste semne trebuie să le căutăm cu atenție, să le punem în evidență și să le interpretăm la justa lor valoare.

O seamă de simptome ale peritonitei ca: temperatura, tahicardia, vomismențele reflexe nu sînt patognomonice. Altele foarte elocvente ca:

sughițul, oprirea tranzitului intestinal, colapsul etc. sînt semne tardive care apar atunci cînd momentul intervenției este în parte depășit. Lă-sînd la o parte pe acestea din urmă ne vom ocupa în lucrarea de față de acele semne, numite simptome de alarmă, despre care experiența a demonstrat că sînt cele mai sigure și mai constante în perioada incipientă a unei peritonite acute și anume: contractura mușchilor peretelui abdominal și celelalte semne care derivă din aceasta și durerea cu diferitele sale manifestări.

I. *Contractura reflexă a mușchilor peretelui abdominal* (apărarea musculară) este semnul cel mai util al infecției peritoneului, prezentîndu-se de la începutul bolii cu o fidelitate neegalată de nici un alt simptom.

Contractura poate prezenta toate gradele de întindere și de intensitate, fiind segmentară sau generalizată, adesea discretă sau din contră mai manifestă, ori prezentîndu-se sub forma „abdomenului de lemn“. În general intensitatea contracturii în peritonitele de perforație este mai mare decît în cele de propagare sau cele hematogene.

Contractura apare precoce, o dată cu debutul afecțiunii peritoneale, iar locul ei corespunde proiecției pe peretele abdominal al organului afectat. Pe măsura generalizării procesului patologic, contractura se extinde, maximul de intensitate păstrîndu-se adesea la locul inițial de declanșare.

Contractura nu indică exact nici gradul inundației, nici virulența infecției, căci există o serie de factori care modifică modul ei de apariție.

a) Intensitatea excitației receptorilor peritoneali depinde mai mult de reacția chimică a lichidului care inundă cavitatea peritoneală, decît de infecțiozitatea lui. Sucul gastric provoacă răspunsul cel mai viu, urmat de lichidele purulente și cele intestinale, cel mai puțin iritant fiind singele.

b) Întinderea și intensitatea contracturii variază în funcție de tipul sistemului nervos al bolnavului.

c) Contractura se modifică și în funcție de reactivitatea organismului: bătrînii și bolnavii extenuați, șocați sau intoxicați prezintă contracturi mai șterse.

d) Starea mușchilor peretelui abdominal are de asemenea importanță. Nu sînt capabili de contractură mușchii degenerați, slăbiți sau atrofiați ai bătrînilor, cașec-ticilor, obezilor și nici mușchii zdrobiți sau ruși ai unor răniți abdominali.

e) În cazul infecțiilor localizate retrovisceral, răspunsul mușchilor peretelui abdominal anterior este redus sau inexistent și atunci el trebuie căutat la nivelul psoasului, ai mușchilor lombo-abdominali și al diafragmului.

f) Tratamentul aplicat poate să modifice și el caracterul contracturii, aceasta diminuîndu-se considerabil, atît după administrarea opiaceelor cît și a antibioticelor.

Contractura mușchilor peretelui abdominal poate să survină independent de orice inflamație peritoneală, nefiind în raport cu nici o leziune abdominală. Acest tablou clinic de fals abdomen acut ridică uneori probleme grele de diagnostic diferențial, a căror elucidare are o importanță de multe ori vitală.

Dacă nu găsim alte semne ale unei afecțiuni abdominale acute, trebuie să ne gîndim în cazul contracturii mușchilor abdominali la posibilitatea falsului abdomen acut. Altfel sîntem expuși la greșeala, de multe ori scuzabilă, de a face laparotomie albe. În aceste cazuri însă boala post-operatorie poate agrava pe cea care a determinat falsul sindrom abdominal (infarct miocardic, pneumonie). În caz de îndoială se impune totuși intervenția, laparotomia albă fiind o greșeală mai mică decît dacă lăsăm peritonita să evolueze.

În cazul unei peritonite incipiente apărarea musculară poate fi con-

fundată cu contractia voluntară sau chiar involuntară, ce se constată adesea la indivizii cu sistemul nervos mai labil. Considerind contractia voluntară sau cea involuntară drept o contractură patologică, putem să indicăm operații inutile. Diferențierea felului contracturii este deci de o importanță hotăritoare pentru atitudinea terapeutică pe care o vom adopta.

Sustrăgind atenția bolnavului în timpul examinării, contractura voluntară sau involuntară, fiziologică, poate fi învinsă; aceasta se diminuează sau dispare, fenomen care nu se constată la contractura adeverată.

Profesorul *Turai* și unul din noi (*S. Dașchievici*) se ocupă într-o comunicare făcută la U.S.S.M., filiala București, în anul 1961, cu modalitățile de a distinge cele două feluri de contracturi, descriind procedeele lor de examinare imaginate în acest scop.

1. Cu scopul de a diferenția o discretă contractură patologică generalizată de una voluntară sau involuntară, autorii preconizează următoarea manevră: bolnavul în decubit dorsal își așează pumnii sub fese și își lasă spatele relaxat pînă cînd regiunea lombară atinge suprafața patului. În această poziție distanța dintre inserțiile mușchilor abdominali scade cu cîțiva centimetri, mușchii se relaxează și contractiile voluntare sau involuntare dispar, pe cînd contractura tonică, patologică a musculaturii se menține.

2. Pentru a stabili dacă o discretă contractură localizată este patologică sau nu, ei propun alte două metode:

a) Palparea simultană a zonei suspecte de contractură și a zonei abdominale contralaterale. În primul rînd ne convingem dacă zona contralaterală celei suspecte este suplă. Palpăm apoi simultan atît zona bolnavă cît și cea simetrică. Dacă contractura este patologică, ea rămîne localizată și nu apare și în partea sănătoasă, pe cînd în cazul unei contractii fiziologice, întreg peretele abdominal devine rezistent, contractura fiziologică fiind întotdeauna generalizată.

b) Manevra de disociere a contracturii: bolnavul fiind în decubit dorsal, cu picioarele întinse, palpăm simultan atît regiunea suspectă cît și cea contralaterală. Cerem apoi bolnavului să-și contracte la maximum peretele abdominal. În timp ce în zona contractată voluntar diferența de tonicitate va fi evidentă, în cea bolnavă această diferență este foarte mică.

Abolirea reflexului cutanat abdominal și rigiditatea segmentară sau generală a peretelui abdominal la respirație trebuie interpretate ca manifestări ale creșterii tonicității musculaturii peretelui abdominal în peritonite. Aceeași cauză explică și imobilizarea diafragmului, cu consecința ei, suprimarea respirației ventrale și inversiunea respiratoare a mișcărilor abdominale.

II. Alături de contractură, *durerea abdominală* este de asemenea un semn revelator și precoce, fiind prezentă în peritonite aproape în mod constant. Durerea în sine poate fi înșelătoare datorită infinitelor sale variații în intensitate și caracter. Adesea ea nu poate fi deosebită de durerile provocate de alte boli abdominale, chirurgicale sau nechirurgicale. De aceea atît durerea spontană, cît și cea provocată trebuie privite cu rezervă. Prezentîndu-se însă concomitent cu contractura pereților abdominali, durerea devine un semn patognomic.

Perforația de organ, în special cea a stomacului, se manifestă de obicei cu dureri deosebit de violente. Din contra, perforațiile tifice sau cancerose sînt acompaniate de dureri mult mai atenuate, sau pot lipsi cu desăvîrșire la bolnavii extenuați, intoxicați sau cașectici. De asemenea peritonitele produse prin propagare sau pe cale hematogenă apar uneori fără avertisment dureros.

Prin localizarea sa inițială și prin rapiditatea cu care se propagă la alte regiuni, durerea spontană și cea provocată, devenită patognomonică prin prezența contracturii, ne dă indicații prețioase asupra organului în cauză, precum și asupra evoluției procesului peritoneal.

Durerea provocată prin percuție este un semn pe care îl considerăm foarte util în depistarea peritonitei. Executăta cu atenție, percuția furnizează date valoroase privind punctul de plecare al afecțiunii. Aceeași semnificație o are și hiperes-tezia cutanată, dacă există concomitent cu o contractură.

Durerea provocată prin tușeul rectal la nivelul fundului de sac al lui Douglas este un semn precoce al infecției cavității peritoneale, executarea acestui examen fiind obligatorie în suspiciunea unei peritonite.

Durerea iradiată în omoplat și în umăr, frecventă în peritonita generalizată, survine în urma inundăției peritoneului cu un lichid iritant (inclusiv sînge), interesînd terminațiile nervului frenic.

Înainte de a încheia, dorim să amintim două metode de investigație în diagnosticul peritonitelor, din care una este destul de rar utilizată de chirurghi, iar cealaltă e abia pe cale de a fi cunoscută ca mijloc de investigație în abdomenul acut. Ne referim la puncția diagnostică a cavității peritoneale și la laparoscopia.

Puncția diagnostică este utilă în special în caz de dubiu a existenței unei hemoragii abdominale, a unei pancreatite acute sau a unei peritonite pneumococice.

Laparoscopia a fost utilizată pînă acum exclusiv în cazuri cronice, abdomenul acut fiind considerat ca o contraindicație formală. Cu totul recent ea tinde să intre în rîndul mijloacelor de investigație utilizabilă în diagnosticul afecțiunilor abdominale acute. Laparoscopia s-a efectuat cu succes în numeroase cazuri de colecistite acute, de ulcere perforate, de pancreatite acute și de traumatisme abdominale suspecte de leziuni viscerale. Prin depistarea precoce a acestor afecțiuni, laparoscopia poate juca un rol important în prevenirea peritonitei acute.

Diagnosticul peritonitei acute în faza ei incipientă este o problemă pe cît de importantă, pe atît de grea; în unele cazuri această boală ne poate rezerve numeroase surprize. În consecință nu ne vom baza numai pe semnele clinice discutate, chiar dacă ele s-au dovedit a fi cele mai demne de încredere dintre toate. Pe lingă o anamneză minuțioasă vom proceda la examenul atent și repetat al bolnavului, folosind toate posibilitățile de diagnostic clinic, radiologic și de laborator, iar diagnosticul de peritonită o dată precizat comportă o singură sancțiune, intervenția de urgență.

Sosit la redacție: 6 decembrie 1965.

Bibliografie

1. BUGYI I.: Chirurgia practică, Budapesta (1960), 1, 580, 986; 2. FIRICĂ TH., MUNTEANU N.: Chirurgia (1957), 6, 849; 3. HÜTL T.: Orvosképzés (1963), 2, 114;
4. LADÁNYI J.: Orvosképzés (1964), 6, 455; 5. MEDGYES A.: Orvosi Hetilap (1962), 38, 1802; 6. MONDOR A.: Diagnostics Urgents. Abdomen (1940), I—II, Paris; 7. PĂUNESCU-PODEANU A., RADULA P., CHIRIȚĂ P.: Medicina Internă (1962), 12, 1513; 8. PĂUNESCU-PODEANU A., CIOBANU V.: Medicina Internă (1962), 6, 641; 9. PAPP GY., NÉMETH V.: Orvosképzés (1964), 5, 344; 10. POPOVICI GH.: Valoarea laparoscopiei în sindroamele acute ale abdomenului. Autoreferat al lucr. de disertație. București, 1964; 11. POPOVICI GH., POP R., POPOVICI GH. GH., RUSU D., OLINIC S., CONEAC C., NICOLAE AL.: Chirurgia (1963), 3, 353; 12. ROMAN ȘT.: Viața Medicală (1960), 9, 717; 13. SZOMBATHELYI L., GLIGOR O.: Chirurgia (1964), 2, 236; 14. ȚURAI I.: Urgențele medico-chirurgicale, București (1952), 215, 270; 15. ȚURAI I., PAPAHAĞI E., DIMITRIU C. I.: Urgențe chirurgicale, București (1963), (Inst. de Med. și Farm.) 232;