

## CONSIDERAȚII LEGATE DE ATITUDINEA ACTUALA ȘI CLASICĂ PRIVIND CLINICA ȘI TRATAMENTUL APENDICITELOR ACUTE\*

I. Pop D. Popa, N. Mühle, P. Papahagi

Literatura medicală din ultimii ani se ocupă din ce în ce mai puțin de problema apendicitelor, fapt datorit ponderei mari care se acorda altor probleme de patologie, ce fac obiectul cercetărilor zilelor noastre, cât și împrejurării că apendicita este considerată în genere o problemă rezolvată.

În lumina acestor date, studiul nostru ar putea să apară ca lipsit de interes; noi considerăm însă utilă prezentarea unor date extrase din analiza a 1835 de cazuri de apendicită acută și subacută, în vederea clarificării aspectelor diagnostice, evoluției și tratamentului acestor forme de apendicită, care ridică adesea semne de întrebare.

Noi nu considerăm apendicita o problemă definitiv rezolvată și ne asociem părerii lui Kurt Stuke (10) care arată că dintre toate afecțiunile chirurgicale apendicita rămâne cea mai credincioasă chirurgului și deci și acesta trebuie să-i rămână fidel acordându-i atenția cuvenită, în sensul unei revizuii din timp în timp a poziției față de ea, în funcție de evoluția gândirii medicale.

### Material și metode.

Pentru studiul nostru am ales 1835 de cazuri de apendicită, din care am extras un lot de 989 de cazuri etichetate ca apendicită acută, în vederea analizei statistice a celor mai importante date referitoare la etiologie și simptomatologie, cu scopul precizării unor probleme de diagnostic practic.

Comparativ cu lotul de mai sus am studiat — din același total de 1835 de cazuri — un alt lot de 846 de cazuri, în care diagnosticul de internare a fost de apendicită acută (93 f. obs.) sau de apendicită subacută (153 f. obs.) cu intenția de a aprecia critic interpretarea clinică, evoluția și atitudinea terapeutică legate de diagnosticul de apendicită subacută.

Ca metodă am folosit analiza statistică a cazuisticii clinice de urgență, existentă în arhiva a două servicii chirurgicale de urgență din țară.

Pentru precizarea valorii antibiogrammei în tratamentul antibiotic complementar al apendicitelor acute am executat cercetarea bacteriologică și rezistența florei microbiene într-un număr de 56 de cazuri.

\* Comunicare ținută la ședința secției chirurgie a filialei U.S.S.M. Tg.-Mureș la 27. II. 1964.

### Rezultate și concluzii (Tabelul nr. 1.)

Tabelul nr. 1. cuprinde procentual, potrivit formelor anatomo-clinice, frecvența, repartitia pe vârste, pe sexe și pe anotimp a apendicitelor acute, precum și incidența celor mai importante semne clinice.

In privința frecvenței formelor de apendicită acută, pe totalul cazurilor de 989, am găsit următoarea repartitie:

apendicită catarală:	425 = 42,97%
apendicită flegmonoasă:	321 = 32,45%
apend. gangr. neperforată:	180 = 18,20%
apend. gangr. perforată:	63 = 6,38%

In ceea ce privește vârsta, predomină formele cu leziuni avansate (flegmonoase și gangrenoase) in special după 31 de ani: formele catarale sint mai numeroase sub această vîrstă. Datele concordă cu cele din literatură, astfel încît nu necesită comentarii.

Serul reprezintă un factor important în repartitia procentuală a diferitelor forme anatomo-clinice; astfel am observat o predominanță netă a formelor catarale la femei (69%). Explicația poate fi găsită în frecvența mare a stărilor hipere-mice pelviene la femei, legate probabil de perioadele endocrino-genitale (menstruații, graviditate) care antrenează congestii la nivelul apendicelui. Prezența afecțiunilor genitale este altă cauză care poate antrena o reacție inflamatorie apendiculară catarală, datorită legăturilor limfatice existente între aceste organe. In acest sens pledează procentul de 10,82% boli asociate din care cele mai multe au fost afecțiuni ale organelor genitale. Incidența mai scăzută a formelor avansate (flegmonoase și gangrenoase) la femei se poate explica prin rezistența naturală a peritoneului ca urmare a vaccinării pe cale genitală.

La bărbați în schimb, formele flegmonoase și în special cele gangrenoase au fost mult mai numeroase decît la femei. Căutînd explicația acestui fapt, ne-am gîndit, că în afara unei rezistențe naturale mai scăzute a peritoneului, ar putea interveni ca agenți etiopatogenetici pentru aceste forme factorul profesional și traumatic. Intra-un studiu în curs de elaborare ne-am propus cercetarea acestei ipoteze.

Din datele noastre rezultă o frecvență mai mare a formelor gangrenoase primăvara, toamna și iarna; acest fapt este legat probabil de starea de rezistență mai scăzută a organismului ca urmare a alimentației mai săracă în vitamine cît și a incidenței mai mari a bolilor anergizante (ex. gripa).

### Simptomatologie.

1. Semnul de bază, prezent în toate cazurile, avînd o mare valoare diagnostică prin intensitatea lui, a fost durerea. In ceea ce privește localizarea, ea a fost în marea majoritate a cazurilor în triunghiul lui Iacobovici, urmînd apoi localizarea epigastrică și periombilicală.

2. Sindromul digestiv (greturi și vărsături) a fost aproape constant în toate formele de apendicită acută; greturile le întîlnim într-un procent de 82—94%, iar vărsăturile în 50—70%. Accentuarea sindromului este în raport cu gravitatea formelor, el fiind complet (greturi și vărsături) și aproape constant în formele gangrenoase perforate după statistica noastră. In lumina datelor de mai sus considerăm că prezența acestui sindrom poate fi un element important în contextul simptomatic al apendicitelor acute. De asemenea intensitatea mare a sindromului poate fi un element în favoarea diagnosticului de apendicită acută cu leziuni anatomo-patologice avansate și extinse la peritoneu.

3. Sindromul de iritație peritoneală, apreciat prin contractură abdominală, semn de mare importanță diagnostică, l-am găsit prezent într-un procentaj mai mic raportat la totalul formelor de apendicită acută. Astfel un procent de 25% din apendicitele gangrenoase neperforate și de 15% din apendicitele gangrenoase

perforate au evoluat fără contractură. Acest fapt se explică prin starea generală mai gravă a bolnavilor, prin prezența adipozității care nu permite decelarea contracturii în unele cazuri, prin prezența formelor cu localizare atipică și prin hipotonia musculară — pe care o întâlnim la bătrâni și multipare. Datele de mai sus sugerează concluzia practică, că diagnosticul de apendicită acută, chiar în forma cea mai gravă, nu impune în mod necesar existența contracturii.

4. Sindromul febril. Din studierea cazuisticii am relevat următoarele fapte:

— febră cuprinsă între 37—38° am întâlnit în cea mai mare proporție, indiferent de formele de apendicită acută. Procentajul cel mai mare 80% l-am găsit în formele flegmonoase. Valorile cuprinse între 38—39° în schimb au crescut net de la 3,55 la 22,22% în raport cu gravitatea formei anatomice;

— valorile peste 39° au fost extrem de rare în toate formele (0—3,3%),

— lipsa febrei am constatat-o în 24% din formele catarale, în 15% din cele flegmonoase și în 6% în cele gangrenoase. Din cele de mai sus rezultă că hipertermia în cadrul apendicitelor acute îmbracă valori medii între 37—39°. Într-un procent variabil febra poate lipsi fără ca acest lucru să excludă în fața altor semne de apendicită acută, diagnosticul. Remarcăm totuși că formele cu leziuni avansate sînt aproape constant însoțite de febră, care îmbracă valori între 38—39°. Considerăm acest fapt ca un indiciu asupra existenței leziunilor anatomo-patologice, care au depășit stadiul cataral.

5. Pulsul a fost concordant cu febra și deci cu leziunile anatomo-patologice, numai rareori valorile sale au depășit cifra de 100. Am remarcat cu această ocazie raritatea fenomenului — discordanță, puls temperatură — în formele gangrenoase semn asupra căruia insistă autorii clasici.

6. Leucocitoza. Valorile medii găsite erau între 9—15.000 leucocite; valori sub 11.000 au fost întâlnite în formele flegmonoase și mai ales în cele catarale, în timp ce valori peste 11.000 (peste 60%) sînt întâlnite în formele gangrenoase. Considerăm că leucocitozele cu valori peste 11.000 pledează pentru forme de apendicită acută cu leziuni avansate interesînd și seroasa.

Mortalitatea globală de 0.40% este mică, sub cifrele publicate, în majoritatea statisticilor, fapt ce demonstrează eficiența măsurilor terapeutice aplicate în cele două servicii.

#### *Concluzii diagnostice.*

Analiza incidenței și valorii principalelor semne ale apendicitei acute impune o serie de concluzii practice:

— Tabloul clasic de apendicită acută (durere, sindrom digestiv, contractură, febră și leucocitoză) nu se întâlnește decît într-un procentaj de aproximativ 56% din totalul formelor de apendicită acută, procentaj exprimat prin prezența contracturii, semn patognomic dar inconstant.

Prezența tabloului clasic împreună cu contractura trebuie să ne atragă atenția asupra existenței — mai mult decît probabilă — a unor forme de apendicită acută ce au depășit stadiul cataral.

— În absența contracturii, diagnosticul de apendicită acută trebuie să se sprijine pe combinații multiple ale celorlalte simptome (durere, sindrom digestiv, manevre provocate, hiperestezie, febră, leucocitoză) în interpretarea căroră experiența clinică a chirurgului are o mare pondere.

#### *Aspect evolutiv.*

Evoluția acestui grup de 989 de cazuri, care au beneficiat de un tratament chirurgical imediat, s-a suprapus exact pe evoluția obișnuită a apendicitelor acute operate, semnalata de marea majoritatea a autorilor, astfel încît nu mai insistăm asupra ei. Ceea ce dorim să relevăm este aspectul particular pe care îl ridică lotul de 153 de cazuri de apendicite, etichetate ca apendicite subacute — pe baza criteriului timp și care au avut o evoluție aparte.

În prezent în literatură majoritatea autorilor utilizează clasificarea lor în apendicite acute și apendicite cronice. Folosind această clasificare medicul

practician este obligat să ia atitudinea terapeutică corespunzătoare, devenită clasică: intervenție de urgență în toate formele de apendicită acută cu excepția blocurilor.

Apariția în studiul nostru a celor 153 de cazuri din lotul doi etichetate ca apendicită subacută, ne-a pus problema interpretării substratului acestor forme, precum și a aprecierii avantajelor sau dezavantajelor menținerii în clasificarea apendicitelor a formei subacute.

În cadrul apendicitelor subacute de mai sus, au fost integrate un număr de 60 de blocuri apendiculare și 93 de cazuri de apendicită fără infiltrat (bloc).

În ceea ce ne privește vom exclude de la început grupul apendicitelor cu bloc, din cadrul noțiunii de apendicită subacută, deoarece infiltratul periapendicular reprezintă un aspect evolutiv al leziunilor — de obicei avansate — de apendicită acută care nu au beneficiat la timp de rezolvarea chirurgicală.

Rămân de discutat formele de apendicită zisă subacută, fără infiltrat, în număr de 93. Din studiul nostru rezultă că aceste forme nu sînt altceva decît apendicite acute, care evoluează de peste 48 de ore, aflate pe versantul oscilant de răcire și a căror evoluție ulterioară, în lipsa sancțiunii chirurgicale la internare, este spontană și variabilă. Evoluția imprezvizibilă a acestor cazuri ne face să acceptăm părerea aproape unanim admisă, că diagnosticul de apendicită subacută, formulat pe criteriul rigid al celor 48 de ore, nu-și găsește nici un fel de justificare. Apendicita subacută astfel interpretată nu are un substrat anatomo-patologic propriu, ci ea poate fi eticheta unor forme anatomo-patologice variate; de asemenea ea nu are nici o simptomatologie proprie. Evoluția spontană a acestor forme a dus la apariția unor complicații (8 blocuri cu patru abcedări și 5 peritonite prin perforație; tabelul nr. 2) care au forțat intervenția în condiții nefavorabile și nefiziologice: septicitate mai mare, necesitatea instituirii drenajului, imposibilitatea apendicectomiei.

La celelalte cazuri tratate conservator (69,89%) se remarcă o durată mai mare de spitalizare în comparație cu aceea a apendicitelor acute operate la internare. Astfel am găsit o durată medie de spitalizare de 6,8 zile pentru apendicitele acute operate imediat față de 9,9 zile durată medie de spitalizare a celor subacute. În plus trebuie semnalat și faptul că cele mai multe cazuri de apendicită subacută au plecat nerezolvate, necesitînd reinternarea lor în vederea apendicectomiei, fapt care crește și mai mult durata de spitalizare pentru unul și același bolnav. În legătură cu acest aspect mai trebuie arătată și perioada mult mai lungă a scoaterii din producție a bolnavilor. Concluzia care rezultă din studiul nostru este că noțiunea de apendicită subacută, legată de factorul timp și fără fundamentare clinică și anatomo-patologică este depășită. Această părere este în concordanță cu majoritatea lucrărilor publicate în literatura medicală.

#### *Probleme de terapie*

La acest capitol nu avem prea multe de spus. Sîntem de acord cu atitudinea actuală care nu recunoaște pentru apendicita acută decît o singură sancțiune: intervenția chirurgicală de îndată ce a fost pus diagnosticul. În acest sens bariera celor 48 de ore trebuie înlăturată și în absența blocului apendicular vom opera toate apendicitele acute. Orice amîinare ridică procentajul complicațiilor, datorită faptului că pot evolua leziuni grave. (Vezi tabelul nr. 3.)

Apendicita cu plastron beneficiază de expectativă armată și de tratamentul rezolutiv, pungă cu gheață, antibiotice, proteino-terapie nespecifică. Tratamentul chirurgical este indicat doar în cazul abcedărilor sau a altor complicații ce pot surveni. După rezorbția plastronului se va practica apendicectomia cît mai repede (8—12 săptămîni) pentru a preveni apariția altor crize acute, mult mai grave decît criza inițială.

Asocierea la tratamentul chirurgical al apendicitelor acute, a antibioterapiei este indicată mai ales în formele cu evoluție exoapendiculară a leziunilor anatomo-

patologice. În vederea aplicării judicioase a antibioticelor — unul dintre noi într-o lucrare anterioară — a studiat flora microbiană din apendicitele acute și sensibilitatea ei la antibiotice pe un număr de 56 de cazuri, din lotul de 989 de apendicite acute. Studiul de mai sus a fost legat de aspectul clinic și anatomo-patologic al cazurilor menționate.\*

Concluziile trase și folosite de noi ca bază în indicația tratamentului antibiotic au fost:

a) Flora microbiană a fost polimorfă în toate formele de apendicita acută, cu predominarea bacilului coli, a streptococului fecal, a stafilococului auriu și a proteusului (tabel nr. 4).

În formele anatomo-patologice mai grave unul din acești germeni este dominant, imprimând nota de gravitate.

b) Gradul de penetrabilitate a germenilor, dinspre lumenul apendicelui spre seroasă este în funcție de gravitatea leziunii. Astfel în formele catarale flora microbiană nu depășește submucoasa, în cele flegmonoase flora pătrunde pînă la seroasă, în timp ce în formele gangrenoase germenii au fost evidențiați și pe seroasă. Excepție a făcut doar bacilul coli, care avînd o mare putere de penetrabilitate a fost găsit prezent în preparatele apendiculare chiar și în formele catarale într-o proporție de 13% din cazuri (tabel nr. 4.).

c) Determinarea sensibilității la antibiotice a florei din apendicitele acute a arătat că există frecvent o rezistență față de unele antibiotice uzuale, ca penicilina și streptomicina, mai rar aureomicina. Nu s-a găsit în nici un caz studiat rezistență față de cloromicetina.

Pe baza concluziilor de mai sus credem că tratamentul cu antibiotice este indicat în formele de apendicita acută cu leziuni avansate și este obligator în formele însoțite de peritonită. Vom folosi în general antibioticele dovedite active în urma antibiogrammei executate pe flora din exsudatul peritoneal sau din perețele apendicular. Efectuarea antibiogrammei mai ales în formele complicate cu peritonită o recomandăm insistent. Călea de administrare a antibioticelor este preferabilă a fi mixtă (în funcție de antibiotic) parenterală și orală, în felul acesta realizîndu-se și o aseptizare a lumenului intestinal. În privința drenajului noi îl considerăm indicat în toate cazurile, în care starea generală și locală a bolnavilor îl împun și de principiu în formele de apendicita acută însoțită de peritonită purulentă.

Sosit la redacție: 6 martie 1964.

#### Bibliografie

1. H. E. HARDNIG: Brit. Med. J. (1962), 2, 1028; 2. M. ARSAC: Press. Méd. (1960), 49, 24; 3. B. A. BARNES: JAMA (1962), 180, 2, 122; 4. R. DESJAQUES, J. MURAT: Press. Méd. (1963), 71, 16, 803; 5. J. FIGARELLA: Rev. du Pract. (1958), 4; 6. L. LEADING Articles: Lancet (1962), 7249, 235; 7. J. A. H. LEE: Lancet (1961), 7206; 8. GOLDHAHN W. E.: Zentral Bl. f. Chir. (1961), 3, 103; 9. M. MENTSCHEL, S. HENSENDORF LANGENBERKS: Arch. f. Klin. Chir. (Congr. Bericht.) vol. 298, 511; 10. K. STUCKE: Idem 491; 11. J. SMITHS, MATHEWSON: West. J. Surg. (1962), 70, 225; 12. H. MONDOR: Diagnostics urgents abdom. Ed. VI. (1947), Masson Paris; 13. I. TURAI: Cap. Apendicitele din Chirurgia vol. IV. Ed. Med. Buc. (1958); 14. D. GEROTA: Apendicita. Stud. anat. și clinic. Atel. graf. Cult. Națională. Buc. (1929); 15. F. P. ROSS, A. H. ZAREM, A. MORGAN: Arch. Surg. (1962), 85, 1036; 16. E. I. DIMMCOVA: Sov. Mediciina (1962), 2; 17. Z. Z. ALIMOV: Clinic. Mediciina (1962), 9.

\* Comunicare la U.S.S.M. Cluj la 27. V. 1959.

Tabelul nr. 1.

		Catarale	Flegmonoase	Gangrenoase neperforate	Gangrenoase perforate
Vârsta	15-20 21-30 31-50 51-	135=31,76% 154=36,23% 107=25,17% 29=6,82%	86=26,78% 110=34,26% 109=33,97% 16=4,98%	36=20,00% 55=30,55% 74=41,11% 15=8,33%	16=25,69% 21=33,33% 19=30,15% 7=11,11%
Sex	M F	131=31,00% 294=69,00%	155=48,00% 166=52,00%	124=69,00% 56=31,00%	38=60,00% 25=40,00%
Amplim	P V T I	113=26,58% 117=27,52% 96=22,58% 99=23,29%	83=25,85% 89=27,72% 88=27,41% 71=22,11%	32=17,77% 47=26,11% 51=28,33% 50=27,77%	23=36,50% 11=17,46% 18=28,57% 11=17,46%
Boali asociate pe sex	♂ ♀	21=4,94% 16=10,82%	27=8,41% 19=5,91%	21=11,67% 11=6,11%	6=9,52% 2=3,17%
Simpptome majore	Durere Greațuri Vărsături Contractură	425=100,00% 352=82,82% 211=49,64% 70=16,46%	321=100,00% 304=94,71% 191=59,50% 144=44,86%	180=100,00% 153=85,00% 96=53,33% 135=75,00%	63=100,00% 54=85,71% 44=69,84% 54=85,71%
Febră	37-38°C 38-39°C 39-41°C	310=72,94% 15=3,55% 1=0,23%	257=80,00% 18=5,60% 0=0,00%	132=73,33% 32=17,77% 6=3,33%	45=71,42% 14=22,22% 1=1,58%
Puls	80-90/min. 91-100 101-	254=59,76% 49=11,76% 23=5,41%	192=59,81% 70=21,18% 18=5,60%	98=54,44% 40=22,22% 30=16,77%	30=47,61% 16=25,39% 17=26,82%
Leucocitoza	7000-8000 8001-9000 9001-11000 11001-15000 15001-	76=17,88% 61=14,35% 133=31,29% 81=19,05% 21=4,94%	42=13,08% 36=11,21% 91=28,34% 96=29,91% 40=12,46%	10=5,55% 14=7,77% 36=20,00% 81=45,00% 32=17,78%	4=6,34% 2=3,17% 17=26,82% 16=25,39% 19=30,15%
Mortalit.	♂ ♀	0=0,00% 0=0,00%	0=0,00% 0=0,00%	0=0,00% 0=0,00%	2=0,20% 2=0,20%
	TOTAL: 989	425=42,97%	321=32,45%	180=18,20%	63=6,38%

Tabelul nr. 2.

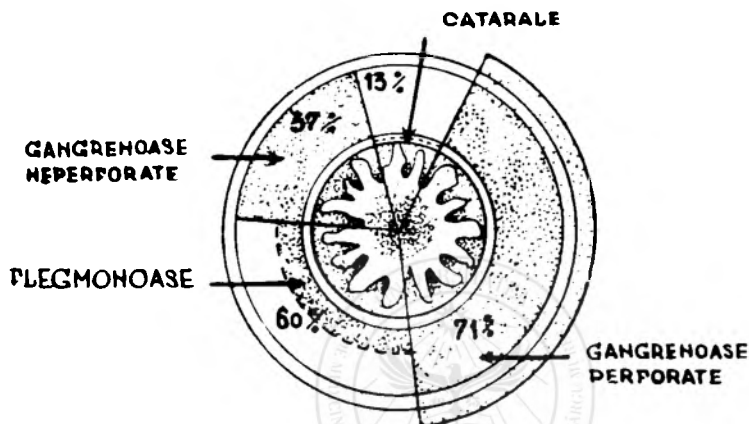
Apendicite subacute			
Vârsta	15—20	22=23,63%	
	21—30	43=46,23%	
	31—40	21=22,58%	
	51—	7=7,52%	
Sex	M	35=37,63%	
	F	58=62,37%	
Tratament	Apendicect. Oncolomii și laparatomii	23=24,73%	
	Conservativ	5=5,37% 65=69,89%	
Evoluția cazurilor tratate conservativ	Răcire		61=65,57%
	Infiltrat	Rezorbție	4=4,30%
		Abcedare	4=4,30%
	Peritonite de perforație		5=5,36%
	Alte complicații		1=1,07%
	Total cazuri:		93

Tabelul nr. 3.

Leziunile anatomopatologice găsite la apendicitele acute operate după 48 ore de la debut.

Forma anat.-pat.	Timpul scurs de la debutul bolii		
	48—72 ore	72—96 ore	96 ore—4 zile
Catarale	5	—	3
Flegmonoase	5	2	1
Gangren. nep.	5	—	—
Gangren. perf.	—	2	—
Inflam. cr.	—	—	2

## PENETRABILITATEA BACILULUI COLI



## PENETRABILITATEA GERMENILOR

GERMENUL	CATARALE			PLEGMONOASE			GANGR. NEPERF.			GANGR. PERF.		
	L.	M.	S.	L.	M.	S.	L.	M.	S.	L.	M.	S.
COLI	53%	13%	-	80%	60%	-	50%	37%	-	71%	71%	71%
STAFILOCOCC AUREU.	28%	-	-	-	-	-	-	-	-	14%	14%	14%
STREPTOCOCC FECAL	20%	68%	-	40%	40%	-	50%	50%	-	28%	28%	28%
PROTEUS	13%	68%	-	80%	-	-	75%	50%	125%	28%	28%	28%
KLEBSIELLA	20%	68%	-	-	-	-	25%	-	-	-	-	-
	L.	M.	S.	L.	M.	S.	L.	M.	S.	L.	M.	S.

Tabelul nr. 4.