

## PRINCIPIILE TERAPEUTICE ALE PERITONITEI ACUTE DIFUZE

T. Schapira, I. Gálffy, F. Tóth

Din datele statistice ale Clinicii chirurgicale din Tg.-Mureș pe ultimii 5 ani (1959—1963), constatăm că peritonita acută difuză supurată este destul de frecventă. Din 2299 abdomene acute internate la serviciul de urgență, 370 (16,5%) au fost peritonite acute difuze:

1. — Peritonite prin ulcere gastro-duodenale . . . . .	241
2. — Peritonite de origine apendiculară . . . . .	69
3. — Peritonite cauzate prin leziuni gastro-intestinale de natură diferită . . . . .	31
4. — Peritonite de origine biliară . . . . .	8
5. — Peritonite de origine genitală . . . . .	8
6. — Peritonite prin alte cauze . . . . .	13
<hr/>	
Total:	370

Astăzi, diagnosticul peritonitei nu mai constituie o problemă și efortul nostru trebuie să vizeze mai ales profilaxia și principiile terapeutice moderne.

În lucrarea noastră vom releva conduita chirurgicală în plină evoluție a clinicii noastre, ținând seama și de concluziile Consfătuirii inter-regionale de chirurgie din 1962 la Bacău—Onești.



Tabloul de peritonită acută difuză supurată este un complex de simptome generale și locale survenite în urma unei agresiuni septice asupra peritoneului.

În evoluția peritonitei acute difuze, în funcție de etiologie, deosebim două faze. Prima, *faza de iritație peritoneală* (peritonita chimică a lui Moore) (2), în care pot exista toate semnele caracteristice peritonitei, cu revărsat cauzat de perforația unui organ cavitătar intraabdominal, fie prin traumatisme, fie în urma unui proces patologic nesupurat (ulcer perforat).

A doua este *faza de peritonită constituită* cu revărsat purulent, septic, urmînd primei faze ca o consecință a deschiderii unei colecții purulente în cavitatea abdominală, sau prin diseminarea hematogenă a infecției.

În această fază septică distingem două perioade evolutive:

a) — perioada fără semne de insuficiență circulatorie acută (șoc peritoneal compensat);

b) — perioada cu semne de insuficiență circulatorie acută (șoc peritoneal decompensat).

În funcție de aceste faze evolutive, atît prognosticul cit și atitudinea terapeutică este diferită.

Factorii care influențează tabloul clinic (timpul scurs de la debut, virulența infecției, reactivitatea organismului, condițiile apariției infecției și evoluția ei) sînt bine cunoscuți. De asemenea este cunoscută și *simptomatologia clasică* a peritonitei.

Totuși trebuie să menționăm, că în ultimul timp, datorită antibioterapiei, apar unele forme clinice mascate cu simptomatologie atipică — dureri atenuate, persistente, cu lipsa contracturii abdominale, cu balonare și diaree — constituind probleme de diagnostic diferențial.

*Principiile actuale de tratament* trebuie să țină seama de noile date fiziopatologice ale peritoneului, momentul și stadiul evolutiv în care surpîndem boala, precum și de arsenalul terapeutic modern, la îndemînă.

*Obiectivul tratamentului* constă în suprimarea cauzei infecției, îndepărtarea revărsatului peritoneal și prevenirea peritonitei reziduale.

Tratamentul actual al peritonitei acute difuze cuprinde mai multe elemente:

1. — Intervenția chirurgicală de urgență.

2. — Restabilirea metabolică și funcțională.

3. — Tratamentul antiinfecțios.

1. — *Intervenția chirurgicală* formează fondul tratamentului și trebuie să fie executată cit mai precoce.

*Momentul operator* este în dependență de starea generală a bolnavului; *tehnica și tactica operatorie* țin seamă și de condițiile locale ale bolii.

a) — La bolnavii cu stare generală bună, metabolic și funcțional echilibrați, intervenim imediat și radical.

b) — Bolnavilor cu tulburări metabolice, fără decompensare circulatorie le executăm reechilibrarea hidro-ionică, după care intervenim și tîndem spre radicalitate, dacă și condițiile locale permit aceasta.

c) — În caz de dezzechilibru metabolic și funcțional executăm reanimarea, într-un timp cit mai scurt (2—4 ore) pentru ca intervenția să nu-și piardă caracterul de urgență și tîndem la reechilibrare hidro-ionică și funcțională, iar la nevoie combatem distensia abdominală prin aspirație și recurgem la tratament antiinfecțios intensiv și precoce. Dacă

restabilirea reușește, intervenim imediat, executând operația cea mai puțin șocantă — care vine în ajutorul bolnavului —, asociată cu evacuarea revărsatului și drenarea cavității abdominale (de ex. la ulcer perforat: sutură — înfundare — drenare).

d) — În cazuri foarte grave, la care reanimarea nu dă rezultate, executăm drenare simplă, prin cele două gropi iliace (după *Murphy*), asociată totdeauna cu aspirație gastrică continuă. În câteva cazuri grave am procedat în consecință, folosind toate mijloacele de combatere a peritonitei, asociind hibernația artificială, obținind uneori rezultate bune.

Anestezia va fi aleasă în funcție de starea generală a bolnavului, trebuie să fie cât mai puțin șocantă și să asigure condiții optime de lucru pentru chirurg.

Anestezia locală își păstrează indicațiile: la bolnavii gravi, la intervenții minore, în scop de drenare. Noi am folosit-o pe scară largă, fără inconveniente, uneori asociată cu narcoză cu eter.

Rahianestezia își păstrează indicațiile în special în peritonitele de origine apendiculară și genitală, noi am folosit-o rar.

Antestezia generală cu eter se folosește ori de câte ori este nevoie, dacă nu este contraindicată.

Cea mai preferată dintre anestezii este intubația traheală, care asigură condiții optime de lucru, este cea mai puțin șocantă și necesită personal calificat (anestezist-reanimator). În ultimii doi ani, am utilizat această metodă pe scară largă.

*Calea de acces* este în funcție de precizia diagnosticului preoperator.

a) — Dacă sursa de infecție este precizată, putem alege calea de abordare a cavității peritoneale.

b) — Dacă nu este cunoscută, dăm prioritate laparotomiei largi, pentru accesul optim oferit.

*Problema drenajului* în condițiile noi create de mijloacele moderne de reanimare și de utilizare a antibioticelor (cu spectru larg) și a chimioterapeuticilor, trebuie apreciată în funcție de interpretare justă a fiziopatologiei peritoneului.

Practica ne arată că în condițiile unei intervenții precoce și corecte drenajul este inutil, ba chiar poate fi dăunător. Reacția de apărare a organismului față de peritonită este mai eficientă și mai rapidă în condițiile păstrării integrității.

În anumite condiții *drenajul este indicat* și nu va fi folosit în mod abuziv — cum obișnuiesc încă unii — ci după criterii precise, care depind de reactivitatea bolnavului, de caracterele leziunilor, de condițiile operatorii și de aspectul revărsatului peritoneal.

a) — La bolnavii în șoc peritoneal grav, drenajul face parte integrantă a măsurilor de reanimare (*Turai*, 6).

b) — La cei deproteinizați, cașectici, neoplazici, cu leziunea corect tratată, posibilitățile de apărare ale peritoneului sînt scăzute, cicatrizarea întîrzie, se pot produce deschideri de bonturi, desfaceri de suturi etc., fapte ce impun prudentă și deci aplicarea unui drenaj preventiv (drenaj de siguranță).

c) — În alte cazuri leziunea poate prezenta caractere deosebite, ca țesuturi edematoase sau devitalizate. Deoarece aceste leziuni ar putea reactiva focarul precedent sau să creeze unul nou, se impune drenajul prelungit (drenaj curativ).

d) — Drenajul să nu aibă menirea de a acoperi un act chirurgical necompetent sau o tehnică defectuoasă.

Cind drenajul este indicat, trebuie să respectăm anumite principii pentru a evita complicațiile ulterioare:

a) — Să aspirăm revărsatul peritoneal în întregime, deoarece drenul n-o poate face.

b) — Drenul să fie astfel plasat, încît să izoleze focarul de restul cavității peritoneale.

c) — Cind starea generală a bolnavului nu permite evacuarea revărsatului, preferăm drenajul Murphy sau cel suprapubian (Rehn).

În drenajul preventiv după 2—3 zile suprimăm drenul.

În drenajul prelungit îl păstrăm pînă ce secreția purulentă încetează sau nu se mai elimină sfaceluri, iar fenomenele peritoneale dispar.

Să nu se suprimă drenul dintr-o dată, ci să fie scurtat treptat pînă la completa înlăturare.

Exceptînd condițiile mai sus amintite, în care drenajul se impune ca o necesitate, la celelalte cazuri *nu drenăm*. Practica de a nu drena, judicios aplicată, face posibilă o intervenție mai fiziologică și scutește pe bolnav de complicații și reintervenții. Cazurile limită sînt acelea în care personalitatea chirurgului își spune cuvîntul.

A nu drena într-o peritonită acută înseamnă:

a) — A conduce un act operator corect, care să înlătore cu siguranță sursa de infecție a cavității peritoneale.

b) — A aspira complet revărsatul peritoneal.

c) — A avea condițiile unei reanimări optime.

d) — A conduce un tratament antiinfecțios pe baza examenului bacteriologic și a antibiogramelor.

Practica de a nu drena este posibilă numai atunci, cînd respectăm cu strictețe principiile arătate.

2. — *Reechilibrarea metabolică și funcțională*. O intervenție chirurgicală corectă este cel mai important tratament metabolic (Moore, 2).

Reechilibrarea metabolică cuprinde: reechilibrarea *hidro-electrolitică*, *metabolică* și *nutritivă*.

În peritonita acută bilanțul hidric este dereglat de creșterea evacuării prin căile normale (evaporație cutanată, pulmonară etc.), pe cale anormală (vărsături, diaree, aspirație gastrică și intestinală) și prin formarea celui de al treilea sector hidric (revărsatul peritoneal, lichid în ansele intestinale).

Pierderea hidrică o completăm la nevoie preoperator, și continuăm intra- și postoperator cu soluții hidrosaline (Ringer, ser fiziologic) sau ser glucozat 5%, ținînd seamă de nevoile fiziologice și de pierderile patologice ale organismului (vărsături, diaree, drenaj etc.).

Recuperarea electrolitică (sodiu-potasiu) se execută prin administrare de soluții hidroionice și glucozate, cu sodiu (4—5 g) și potasiu (2 g) pe zi. Noi folosim cu succes soluția gastrică și intestinală cu ajutorul cărora putem preveni și acidoza și alcaloza.

Acidoza și alcaloza se combate cu plasmă și sînge. Ele au o acțiune-tampon considerabilă, capabilă să reglementeze mai bine echilibrul acidobazic decît electroliții administrați prin perfuzii de seruri.

În acidoză administrăm soluții glucozate hipertone și sol. de bicarbonat de sodiu 14%. *Hamburger* recomandă doze de bicarbonat 6—12 g pînă la 40 g pe zi. În alcaloză tot *Hamburger* recomandă 0,40—0,50 g

sol. HCl 1% administrată per os, după mese, sau clorură de amoniu 3,8 g pe zi, ori clorură de calciu.

**Reechilibrarea nutriției.** Procesul septic mărește catabolismul, astfel încât pierderile în greutate sînt considerabile (5—10 kg în 5—15 zile.)

Reechilibrarea se face cu sol. glucozate hipertonică 10—20%, asociate cu 1 U. insulină la 2,5 g glucoză. Tîndem la alimentație pe cale naturală cît mai repede, dac̃a nu reușim, după 4—7 zile devine necesară administrarea de hidrolizate de proteină și plasmă în cantitate de 500—1000 ml.

În restabilirea funcțională amintim reechilibrarea *circulatorie, respiratorie și a funcției excretoare.*

Tulburările circulatorii se datoresc hipovolemiei, leziunii miocardului și vasodilatației periferice cauzate de toxemie.

Hipovolemia se corectază cu transfuzii de sînge și plasmă și perfuzii hidroelectrolitice. Tonifierea miocardului o realizăm cu cardiotonice (Izolanid, Strofantină etc.), iar tonusul vascular îl refacem cu vasopresoare (Noradrenalina, Arterenol etc.) asociate cu corticoterapie (Hidrocortizon 100—150 pînă la 300—600 mg pe zi, scăzînd treptat dozele, terminînd cu ACTH 25 mg administrate 2—3 zile).

Reechilibrarea respiratorie se face prin combaterea distensiei abdominale, prin corecta reechilibrare hidroelectrolitică și tratament antiinfecțios.

Reechilibrarea funcției excretoare constă în combaterea dezechilibrului hidro-mineral, a stării de colaps și a șocului operator.

3. — *Tratament antiinfecțios.* Tratamentul cu antibiotice este justificat, pe de o parte pentru că antibioticele opresc dezvoltarea florei microbiene, iar pe de altă parte influențează favorabil funcțiile de apărare ale organismului.

Preoperator se administrează în perfuzii sau intramuscular în doză de atac, de preferință penicilină (2—10.000.000 U), cu condiția ca diagnosticul să fie precizat în prealabil. Peroperator administrăm intraperitoneal penicilină și streptomycină în doze variate, după necesitate, dizolvate în sol. de novocaină 0,5—1%.

Postoperator aplicăm antibioterapie *țintită*, specifică florei microbiene, determinată prin antibiogramă (de preferință antibiotice cu spectru larg). Se aplică intramuscular sau în perfuzii intravenoase, uneori local, introducîndu-le prin tuburile de dren. Noi am folosit în mai multe cazuri grave, cu bune rezultate, spălarea cavității peritoneale cu soluții de antibiotice după cum recomandă I. V. Petrov. Condiția este ca tubul de dren să aibă mai multe orificii laterale și să fie lung ca prin el să se asigure evacuarea exsudatului peritoneal prin drenaj-sifonaj.

Pe lîngă antibioterapie este importantă administrarea de vitamine în doze masive (peritonita fiind o boală toxiinfecțioasă, care epuizează repede rezervele de vitamine ale organismului). Administrăm postoperator B<sub>1</sub> și grupul B complex (B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>), iar în faza anabolică (ziua 3—4) vitamina C.

În legătură cu antibioterapia trebuie să mai amintim că mai sînt și azi medici, care folosesc tratamentul cu antibiotice fără diagnostic. Deontologia medicală ne obligă să combatem asemenea practici, deoarece antibioticele modifică tabloul clinic al bolii și modificarea aceasta poate duce la nerecunoașterea timpurie a bolii, fapt care întîrzie intervenția, avînd urmări tragice pentru bolnavi.

Există și o altă categorie, care folosește antibioticele postoperator, indiferent dac̃a sînt sau nu utile, producînd mascarea unor peritonite reziduale cu toate urmările lor.

Pe baza principiilor arătate, tratamentul trebuie aplicat pină la vindecare. Starea bolnavului să fie urmărită cu atenție, pentru ca la apariția unor complicații, să putem interveni cu succes (peritonită reziduală, ocluzie etc.).

Trebuie accentuat că peritonita este o boală gravă cu un procent de letalitate încă ridicat. Azi profilaxia este factorul hotărîtor și de aceea vom ține seamă de următoarele:

1. — Colaborarea medico-chirurgicală în tratamentul corect al bolilor primare care generează boala.

2. — Asistență medicală de specialitate.

3. — Combaterea practicilor nedorite.

4. — Îmbunătățirea pregătirii profesionale a tuturor medicilor și în special a celor de teren.

5. — Colaborare strînsă între teren și instituțiile spitalicești de specialitate.

6. — Intensificarea educației sanitare a maselor.

7. — Asigurarea unui serviciu prompt de salvare.

Numai printr-un tratament profilactic și curativ bine condus, prin dăruirea tuturor cunoștințelor noastre la patul bolnavului, prin însușirea la timp a noilor cuceriri ale chirurgiei în tratamentul peritonitelor, putem ajunge la scăderea mortalității și nu vom deveni involuntar adepții aforismului că: „scăderea mortalității prin peritonită ar crește mortalitatea prin ocluzie intestinală.”

*Sosit la redacție: 6 martie 1964.*

#### *Bibliografie*

1. BLAJA C., CRIVDA S. și colab.: Teoria și practica reanimării în chirurgie, Ed. Med. București, 1959;
2. MOORE F. D.: The metabolic care of the surgical patient, Edit. Sanders, Co. W. B. Philadelphia, 1959;
3. NANA A. și colab.: Chirurgia, București, 1963, XII, 3;
4. PAPAHAĞI E. și colab.: Chirurgia, București, (1963), XII, 3;
5. POPOVICI GH. I. și colab.: Chirurgia, București (1963), XII, 3;
6. ȚURAI I. și colab.: Chirurgia, București, (1963), XII, 3;
7. ȚURAI I.: Manual de Chirurgie, vol. III. Edit. Med. București, 1956.