

## FALSUL ABDOMEN ACUT ÎN CADRUL TABLOULUI CLINIC AL TETANOSULUI TORACO-ABDOMINAL

I. Pop D. Popa, Z. Naftali, Magda Mózes, I. Paina

Falsul abdomen acut este reprezentat de un cortegiu simptomatic peritoneal, care apare în afară de orice inundare peritoneală. Contractura mușchilor peretelui abdominal, cel mai fidel simptom al iritației peritoneale, în aceste cazuri ne induce în eroare, dacă nu găsim indiciile sigure ale unei alte îmbolnăviri, care ca și peritonita poate fi acompaniată de contractura peretelui abdominal. Recunoașterea în aceste cazuri a falsului abdomen acut, dificilă de multe ori, scutește bolnavul de o laparotomie albă, care ar putea să agraveze evoluția bolii inițiale.

Falsul abdomen acut poate surveni în afecțiuni foarte variate: boli neurologice, boli generale, diferite afecțiuni toracice, ale organelor retroperitoneale și afecțiuni nechirurgicale ale organelor abdominale.

Scopul lucrării noastre este de a insista asupra aceluia fals abdomen acut — foarte puțin discutat în literatură — care apare în cursul formelor deosebit de rare de tetanos localizat, care se manifestă prin contractura izolată a mușchilor peretelui abdominal și ai trunchiului, numit tetanos toraco-abdominal. Dorim să atragem atenția asupra acestei posibilități, căci o greșeală de diagnostic în astfel de cazuri poate fi fatală, atât prin laparotomie inoportună, cit și prin întirzierea tratamentului adecvat.

Prezentăm trei cazuri de tetanos toraco-abdominal simulind abdomenul acut, observate (Pop D. Popa) în două spitale raionale și o clinică, recunoscute numai în faza generalizată a bolii, având un deznodământ letal.

Cazul 1. B. K. în vîrstă de 62 de ani, se internează la data 3. X. 1956 într-un serviciu chirurgical raional, cu diagnosticul de ulcer gastric perforat și peritonită acută generalizată. Boala începe cu 6 zile mai înainte cu dureri abdominale difuze, care persistă și în prezent. La internare starea generală este foarte alterată. Bolnavul agitat și anxios prezintă puls frecvent, ușor depresibil, dar ritmic, respirația frecventă și superficială temperatura 39.5° C, leucocitoza 15.000. Tranzitul este normal. Abdomenul excavat nu participă la mișcările respiratorii, este sensibil în mod difuz la palpare și prezintă o contractură „de lemn”. Fundul de sac al lui Douglas nu este sensibil. La examenul radioscopic nu se constată pneumoperitoneu, în schimb se observă mișcări paradoxale ale diafragmului. În lipsa unor antecedente ulcerose, cu anamneza de 6 zile și cu tranzitul prezent, punem

diagnosticul de trimitere sub semnul întrebării. Într-adevar, la zgomotul produs de spargerea unui pahar, bolnavul intră brusc în opistotonus și se declanșează contractura tetanică generalizată în toată amploarea ei. Poarta de intrare este o plagă înțepată a plantei cu retenția unui spin, care a survenit cu 14 zile înainte.

Cu tot tratamentul aplicat, bolnavul sucombă după 24 de ore de la internare. La autopsie, peritoneul și organele intraabdominale sînt indemne, iar în plaga înțepată a plantei se pune în evidență bacilul tetanic.

Cazul 2. B. P. în vîrstă de 29 de ani, se internează la data de 4. X. 1956 la o secție de chirurgie raională, cu diagnosticul de abdomen acut. Boala debutează cu 8 zile înainte, cu dureri abdominale, apărare musculară și febră.

La internare: bolnavul neliniștit, anxios, cu starea generală alterată, paloare, tahicardie, tahipnee, transpirații profuze, temperatura 38,5° C, reflexele osteo-tendinoase vii. Abdomenul excavat prezintă o apărare musculară difuză, dar moderată ca intensitate, Leucocitoza 14.000. Tranzitul este prezent. Contractura maseterină schițată este atribuită de medicul examinator erupției dureroase a ultimului molar.

Tabloul clinic se clarifică peste cîteva ore, cînd apare trismusul marcat, rîsul sardonice, contractura mușchilor gîtului, ai feței și ai trunchiului, bolnavul intrînd în opistotonus. Ca poartă de intrare se suspectează multiplele excoriații și plăgi plantare.

Bolnavul sucombă după 30 de ore de la internare. La autopsie cavitatea peritoneală este indemnă. În unele dintre plăgile plantare se pune în evidență clostridiul tetanic.

Cazul 3. C. I. în vîrstă de 57 de ani este internat la o clinică chirurgicală din Cluj, în aprilie 1957, prezentînd, de 10 zile, dureri ale membrelor și dureri abdominale difuze, cu apărare musculară foarte intensă. Tranzitul gazos și fecal prezent. Starea generală alterată, puls 130 pe minut, temperatura 39° C, leucocitoza 12.500.

Cazul se interpretează de către medicul de gardă ca abdomen acut și se execută o laparotomie, care nu pune în evidență nici o leziune intraabdominală.

Postoperator, după trecerea narcozei, contractura abdominală revine, însoțită de trismus maseterin care se generalizează, declarîndu-se tabloul clasic al tetanosului generalizat. Poarta de intrare nu s-a putut pune în evidență. Evoluția a fost fatală, bolnavul sucombînd a doua zi după intervenție.

Falsul abdomen acut, în aceste cazuri, a fost determinat de contractura tetanică localizată a mușchilor peretelui abdominal, forma descrisă de *P. L. Marie* în anul 1916, sub determinarea de tetanos toraco-abdominal, manifestarea cea mai rară a infecției tetanice (6), *R. C. Breslau* remarcă într-un articol, că pînă în anul 1965 în literatura mondială au fost descrise cîteva zeci de astfel de cazuri (6).

Tetanosul localizat este considerat ca o formă atenuată a bolii (2, 4). Se admite că ar fi rezultatul infecției produse de sușe bacteriene mai puțin virulente. *P. L. Marie* îl atribuie unei imunități parțiale, cîștigată prin tratament profilactic cu antitoxină tetanică. Ca urmare a acestor circumstanțe atenuante, perioada de incubație a tetanosului localizat este uneori destul de lungă: 14—18—21 de zile în cazurile lui *Lörincz, Kelemen* și colab. (3), 54 de zile în cazul lui *Hagenmüller* (2) sau chiar 3—4 luni (*Marie*, 6). Menționăm că în cazurile observate de noi, perioada de incubație a fost de 10 și de 14 zile, respectiv n-a putut fi determinată la un caz.

Contractura tetanică localizată se manifestă în general la nivelul musculaturii regiunii, care a servit ca poartă de intrare infecției tetanice (*Góznar, Green, Arrigoni*, 2, *Goulon*, 3), alții chiar după plăgi ale extremităților se poate declara un tetanos cefalic. Excepționale sînt cazurile cînd după plăgi ale extremităților contractura se manifestă izolat la musculatura peretelui abdominal sau a trunchiului (6).

Tetanosul localizat poate rămâne ca atare (*Gözner, Taylor, Hyman* [2], *Lőrincz* [3], etc.) alteori însă se generalizează (cazurile noastre și 9 din cele 13 cazuri de tetanos localizat ale clinicii de boli contagioase din Tg.-Mureș, 3).

Prognosticul tetanosului localizat se consideră în general a fi mai bun (2, 3, 4), dar nici cazurile cu sfârșit letal nu sînt rare (4 din 13 bolnavi, la clinica de boli contagioase din Tg.-Mureș, [3]). Moartea survine după generalizarea contracturilor. Pentru relativa benignitate a cazurilor de tetanos localizat pledează, contrar aparențelor, chiar și cazurile noastre, prin faptul că, în lipsa oricărui tratament, generalizarea a survenit abia la 6, 8, respectiv la 10 zile după debutul primelor simptome. *A. Nagy* și colab. (5) insistă asupra importanței prognostice a duratei în care se generalizează boala. Acest timp a fost la bolnavii decedați în medie de 16 ore, față de 2,6 zile la cei vindecați.

Studierea tetanosului localizat a adus anumite precizări în patogenia bolii. *Zachs* și *Sheff* (8) au reprodus tetanos localizat prin injecții intramusculare, în doze subletale, cu toxină tetanică marcată cu fluoresceină. Ei au putut pune în evidență toxina tetanică, numai în fibrele musculare ale membrului în care s-a făcut injecția, fără ca toxina să fie prezentă nici în nervii periferici, nici în sinapsele neuro-musculare. În cazul injecției unei cantități mai mari de toxină, aceasta a putut fi pusă în evidență în sistemul nervos central, în măduva spinării, în musculatura striată și în splină, producindu-se în aceste cazuri și generalizarea fenomenelor tetanice (7). Aceste fapte pledează împotriva concepției clasice de propagare centripetă a toxinei de-a lungul nervilor periferici și servește ca argument pentru propagarea și pe cale hematogenă. Pentru acest mod de propagare opinează și *Breslau* (6), atunci sînd susține, că în cazuri de tetanos toraco-abdominal, survenit după plăgi ale extremităților, neurotoxina se fixează numai pe segmentele măduvei spinării care corespund musculaturii trunchiului, unde nu pot ajunge în mod selectiv decît pe cale hematogenă.

Recunoașterea din timp a tetanosului toraco-abdominal este de mare importanță pentru instituirea precoce a unui tratament adecvat și evitarea unei laparotomii inoportune, care poate fi fatală prin ea însăși, ca în cazurile lui *Irwin, Charosky, Corcos*, etc. (6).

*Cattaneo* și *Vercillo* (1) analizînd cazurile de tetanos toraco-abdominal stabilesc o serie de criterii prin care acesta poate fi diferențiat de adevăratul abdomen acut. În caz de fals abdomen acut tetanic:

- bolnavul nu prezintă față hipocratică,
- nu varsă, sau varsă rar și puțin,
- leucocitoza este mai puțin marcată,
- se constată o hiperreflectivitate generală,
- contractura și durerea sînt difuze, uniform distribuite asupra întregului abdomen, pînă cînd în caz de abdomen acut adevărat, atît durerea cît și contractura prezintă un punct maxim într-o regiune oarecare.

### Concluzii

1. Prezintăm 3 cazuri de tetanos toraco-abdominal cu deznodămînt letal.
2. Tetanosul toraco-abdominal, care apare după plăgi ale extremităților, este forma clasică cea mai rar întîlnită a infecției tetanice.
3. Se pretează la confuzie cu abdomenul acut, ceea ce poate fi fatal atît prin laparotomie inoportună, cît și prin întîrzierea tratamentului adecvat.
4. Reamintim cîteva criterii de diagnostic diferențial între falsul abdomen acut tetanic și cel adevărat.

Sosit la redacție: 28 noiembrie 1967.

## *Bibliografie*

1. CATTANEO I., VERCILLO L.: Progr. Med. (Napoli). (1956), 12, 21;
2. GÓZNER A.: Un caz de tetanos localizat. Comunicare U.S.S.M. Tg.-Mureș, 1950;
3. LÓRINCZ P., KELEMEN L., NAGY A., MÁRER A.: Viața Medicală (1964), 11, 23, 1591;
4. NAFTALI Z.: Constatări medicale în R.P.D. Coreeană. Com. U.S.S.M. Tg.-Mureș 1955;
5. NAGY A., LÓRINCZ P., KELEMEN L., GRÉPÁLY A.: Spitalul (1965), 78, 3, 241;
6. BRESLAU R. C.: Archives of Surgery (1965), 90, 2, 261;
7. ZACKS S. J., SHEFF M. F.: J. Neuropath. Exp. Neurol. (1966), 25, 3, 442; Ref. Exc. Med. (1957), 4, 4368;
8. ZACKS S. J., SHEFF M. F.: Acta Neuropath. (Berlin), (1965), 4, 3, 267; Ref. Exc. Med. (1966), 4, 4960.