

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1301

Apendicita perforată



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 27 OCT. 1938.

DE

ARDEVAN ȘTEFAN
Intern la Salvarea

Apendicita perforată



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 30 Iunie 1938.

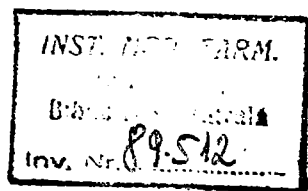
27 OCT

DE

ARDEVAN ȘTEFAN

Intern la Salvarea

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Chimia biologică	" " MANTA I.
Clinica oftalmologică	" " MICHAIL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
Igiena și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicina operatorie }	" " POP A.
Clinica infantilă	" " POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " POPOVICIU GH.
Chimia medicală	Prof.. " SECĂREANU ȘT.
Balneologia	" " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂTARU C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU T.
Igiena generală	Ag. ZOLOG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. AI. POP

MEMBRII: { " " " E. ȚEPOSU
" " " T. VASILIU
" " " V. BOLOGA
" " " G. BENETATO

SUPLÉANT: " Doc. " M. NICHITA

INTRODUCERE.

Apendicita perforată în majoritatea cazurilor e o complicațiune inevitabilă a apendicitei acute, în caz că nu se intervine la timp.

Această complicațiune, azi e foarte bine cunoscută și studiată, deși cu 40—50 ani în urmă, apendicita nici nu se diagnostica.

Pentru a evidenția frecvența și gravitatea apendicitei perforate, am crezut necesar ca în comparație cu statisticele autorilor străini să redau statistica cazurile din clinica chirurgicală din Cluj, adăugând totodată în rezumat, conduita clinice, în caz de perforație.

Înainte de a intra în tratarea subiectului acestei teze, țin de plăcută datorie să aduc respectuoase mulțumiri Domnului Profesor Dr. Alexandru Pop, Directorul clinicii chirurgicale din Cluj, atât pentru bunăvoința de a mă fi primit să lucrez în clinică, timp de un an, în care interval de timp am avut ocaziunea să-mi însușesc toate cunoștințele din domeniul chirurgiei, necesare unui medic practician, cât și pentru faptul de a-mi fi încredințat subiectul acestei lucrări, presidându-o în acelaș timp.

Totodată țin să aduc vii mulțumiri Domnului asistent Dr. Aurel Nana, pentru prețioasele indicațiuni ce a binevoit să-mi dea, la alcătuirea prezentei lucrări.

Colegului Dr. Mărtoiu Victor, pentru ajutorul dat la alcătuirea statistice, dragoste colegială și mulțumiri.

ISTORICUL

Apendicita, azi e considerată una dintre cele mai importante și mai frecvente afecțiuni abdominale. Nu aceeași semnificație o avea cu câteva decenii în urmă, când această afecțiune nici nu era calificată ca o entitate morbidă. Desigur că această maladie exista și înainte, dar nu se diagnostică; de obicei se confunda cu tiflita, peri-tiflita, ocluzie etc.

Explicația acestei »înfărziri« a cunoștințelor despre patologia apendicelui se datorește în primul rând faptului că însăși apendicele e amintit abia în secolul al XVI-lea de către Berangario din Bologna. O descriere mai amănunțită a apendicelui se face abia în secolul al XVIII-lea de către Morgagni, care mai notează că retențiunea fecalelor ar fi drept cauza inflamațiunii cecale.

În ceea ce privește istoricul apendicitei perforate, probabil că prima observație publicată este a lui Mestivier, în 1759 care în »Journal de médecine et de chirurgie« descrie un caz de peritonită, în urma unui ac găsit în apendice.

Mélier în 1827 publică câteva cazuri de perforațiuni ale apendicelui, insistând în acelaș timp asupra diagnosticului precoce al apendicitei perforate, pentru motivul că dacă s'ar interveni la timp bolnavul ar putea fi salvat.

Louyer—Villerm în 1824 publică câteva cazuri de perforațiuni ale apendicelui, controlate prin autopsie, iar în 1835 afirmă că gangrena apendicelui survine des, având o simptomatologie destul de caracteristică pentru a se putea diagnostică.

În Anglia, Burne controlând prin autopsie toate cercetările referitoare la perforația apendicelui, ajunge la con-

cluzia că perityphlita se datorește perforațiunii apendicelui. În 1839 Griselle explică perforația apendicelui ca fiind datorită fie corpilor străini, fie fecalelor întărite, cari irită mucoasa cecului, aceasta ulcerându-se.

În America Wolcot Richards (1837) ar fi primul care a insistat asupra rolului apendicelui în supuruțiunile fosei iliace drepte. Adolf Wolz în anul 1846 publică cercetările lui, susținând că perforația apendicelui se datorește coprolițiilor. Tot el atrage atenția, că multe peritonite sunt de natură apendiculară.

With, în 1879 afirmă că abcese fosei iliace drepte, în mare parte sunt datorite perforațiunii apendicelui. În acelaș an Biermer dovedește că perityphlita nu este decât consecința unei perforațiuni apendiculare.

Această lucrare a contribuit mult la diferențierea și considerarea apendicitei ca o entitate morbidă, căci în anul 1886 Reginald Fitz (America) bazându-se pe cercetări anatomo-patologice, schimbă numele de perityphlită în acela de apendicită.

Luând în considerare că apendicita abia se recunoaște către sfârșitul secolului al XIX-lea, tratamentul desigur că nu aducea în totdeauna rezultatul dorit, acesta obținându-se abia când chestiunea asepsei a fost bine pusă la punct.

Buchard, în America, extirpă apendicele înainte de a se declara peritonita.

Lawson Tait (1881) în caz de peritonite face o deschidere largă a peritoneului.

Pe la sfârșitul secolului al XIX-lea apendicita se discută din ce în ce mai mult, se fac publicațiuni dese, teze (Maurin 1890), propuneri, încât în timp scurt chestiunea apendicitei începe să se clarifice iar normele de conduită a chirurgilor se rezumă în mare parte la extirparea apendicelui.

Lucrările de valoare apărute în acea vreme sunt ale lui: Richardson, Ocsener, Fowler, Wyeth, Morris, Mac Burney, Talamon, Dieulafoy, iar în Anglia apar lucrările lui: Treves, Hawkins, Mahomed și Kümmel (Hamburg).

În urma lucrărilor apărute, apendicita începe să fie

recunoscută ca o entitate morbidă, cu rol primordial în patologia abdominală. Chirurgii mai ales, dau o importanță mare acestei chestiuni, se fac cercetări, perfecționări de tehnică operatorie; diagnosticul, varietățile clinice, evoluția, sunt din ce în ce mai bine elucidate și cunoscute, încât patologia apendicitei, afecțiune ce cu 40 ani înainte încă nu se diagnostica, azi e aproape complet elucidată.

Considerațiuni anatomice și istologice.

Apendicele cecal, având forma unui sac cilindric, lung de 7—8 cm. cu o circumferință de 1,5 până la 1,7 cm., se inseră la partea inferioară a cecului, la 2—3 cm., sub valvula ileo-cecală.

Forma poate varia, deseori găsindu-l fie în formă de melc, circular, piriform. Fixarea apendicelui de ileon se face prin mezo-apendice. Dacă acesta e scurt, apendicele e fixat și mobilizat sub unghiul ileo-cecal. Ar mai exista ca element de fixare ligamentul apendiculo-ovarian.

Direcțiunea în mod normal este oblică de sus în jos și dela dreapta la stânga. Aceasta e dependentă în mare parte de situația și forma cecului, precum și de mezo-apendice, care prin scurtare poate imprima o direcțiune anormală.

Apendicele față de cec, în cele mai dese cazuri are :

1. O direcțiune descendentă, fiind așezat în fosa iliacă, repauzând pe mușchiul psoas-iliac de care însă e separat prin fascia-iliacă și peritoneu.

2. O direcțiune latero-externă.

3. O direcțiune latero-internă.

4. O direcțiune ascendentă.

5. O direcțiune pelviană.

6. O pozițiune retro-cecală.

7. Pozițiuni diferite considerate ca anormale: în sac herniar, sub ficat, etc.

Raporturile apendicelui.

Cel mai important raport pe care-l are apendicele, este cu peritoneul, care-l acoperă în majoritatea cazurilor; rareori apendicele poate fi și extraperitoneal. Un alt raport important are cu marele epiploon, când acesta e bine dezvoltat încât îl acoperă. În caz de perforație, marele epiploon cu drept cuvânt joacă rolul unei »stofe de rezervă« căci acoperind focarul anatomo-patologic și formând aderențe în jur, împiedecă propagarea infecției.

Apendicele mai are raporturi importante cu ansele intestinale mai ales cu porțiunea terminală a ileonului, deseori cu colonul ascendent, chiar transvers etc. Apendicele e culcat pe mușchiul psoas-iliac, iar când e retrocecal, vine în raport și cu patratul lombar. Uneori poate avea raporturi diferite de ex. cu rinichiul drept, marginea inferioară a ficatului. Când există un megacec, apendicele va fi situat în pelvis, putând fi în raport cu peretele bazinului, cu vezica, rect, organele genitale interne feminine etc.

Proectat la peretele abdominal, după Mac Burney, baza apendicelui corespunde unui punct situat la jumătatea liniei ce unește ombilicul cu spina iliacă antero-superioară dreaptă; acesta e punctul lui Mac Burney. Punctul lui Lanz, corespunzând tot bazei apendicelui, e situat la unirea $\frac{1}{3}$ externe cu cele $\frac{2}{3}$ interne a unei linii ce unește cele două spine iliace antero-superioare.

Moriss afirmă că baza apendicelui ar fi situat pe linia lui Mac Burney, dar cu câțiva cm. mai aproape de ombilic. Sonnenburg localizează baza apendicelui la nivelul încrucișării liniei biliace cu marginea externă a mușchiului drept anterior.

Structura apendicelui

Structura apendicelui nu diferă mult de cea a intestinului gros. Peretele apendicelui e compus din patru straturi: 1. o tunică seroasă; 2. o tunică musculară; 3. un strat sub-mucos; 4. o tunică mucoasă.

1. Tunica seroasă e formată de peritoneul care-l învelește de jur împrejur, apoi se resfrânge pe ambele părți spre a alcătui mezo-apendicele. E subțire și stransparent.

2. Tunica musculară e reprezentată prin două straturi de fibre musculare: a) un strat muscular longitudinal și b) un strat format din fibre circulare.

3. Stratul submucos e alcătuit din mai multe elemente conjunctive: țesut conjunctiv lax, fibre elastice, vase sanghine, limfatice și nervi. Zona vasculară e înafară, în porțiunea medie a stratului submucos e o zonă adiposă, pe când zona mai profundă e reprezentată prin foliculi.

4. Tunica mucoasă este acoperită de un epiteliu cilindric. Această tunică e bogată în glandele lui Lieberkühn precum și în infiltrațiuni limfoide, cari în multe locuri iau aspectul de foliculi limfatici.

Vasele apendicelui. Apendicele e nutrit prin artera apendiculară, care e una din ramurile terminale ale arterei ileo-cecale. Trecând pe sub ileon intră în mezoapendice, fiind situată la marginea liberă a acestuia; din această arteră iau naștere mai multe arteriole cari se îndreaptă spre apendice. Venele apendicelui au traect identic cu arterele, trec tot prin mezoapendice spre a se termina în vena mezenterică superioară.

Vasele limfatice sunt reprezentate printr'o bogată rețea de capilare limfatice din jurul foliculilor; se unesc cu rețeaua din stratul submucos, alcătuiind mai multe trunchiuri colectoare, cari trecând prin stratul muscular, ajung prin mezoapendice la ganglionii limfatici apendiculari și ceco-apendiculari.

Nervii apendicelui sunt reprezentați prin nervii spinali și nervii simpatici din plexul mezenteric.

Conținutul apendicelui. În mod normal se găsește puțin mucus clar, secretat de glandele mucoasei; în afară de mucus deseori vom găsi fecale, iar în cazuri patologice coproliși, puroi, corpi străini, oxiuri.

Rolul fiziologic al apendicelui. Mai de mult apendicele era considerat ca un organ rudimentar »inutil, chiar primejdios, destinat de a dispăre cu timpul« (V. Babeș).

Mai nou apendicelui i s'au atribuit mai multe roluri. Astfel Smith crede că ar avea un rol digestiv; Klemm și Clada afirmă că ar avea un important rol bactericid, prin foliculii limfatici.

S'a atribuit apendicelui rolul de eliminator al microbilor din sânge. (Friedländer, Roger etc.)

Massen, găsind celulele argintofile, îi atribue un rol endocrin. Această teorie e susținută și de către Fouche (1925) și Fraisse, cari îi atribue un rol stimulator al funcțiunii ovariene.

Se crede că apendicele prin mișcările lui în abdomen ar declanșa reflexul peristaltic, deși în urma extirpării apendicelui, bolnavii nu totdeauna sunt constipați. Cert este faptul că încă nu se cunoaște precis funcțiunea apendicelui.

Etiologia și patogenia

Pentru a explica patogenia apendicitei s'au emis mai multe păreri, încriminând mai mulți microbi precum și diferite cauze predispozante și favorizante, cari ar contribui la declanșarea apendicitei. Cea mai sigură cauză, recunoscută azi de toți autorii este: infecția microbiană. La început s'a încercat izolarea unui microb specific al apendicitei; chiar s'a afirmat că bacterium colli ar fi un microb specific al apendicitei; printre microbi s'au mai incriminat ca specifici: bacilul pseudo-tetanic (Lanz) anaerobii (Friederich), paratificul, streptococul etc. Aceste teorii însă s'au dovedit ca neîntemeiate deoarece prin numeroase examinări bacteriologice, Babeș dela început a contestat această concepție, susținând chiar că apendicele și în mod normal conține mai mulți microbi.

În ședința dela 10 Martie 1928 a Societății de Biologie din Paris s'a ajuns la concluzia că: »Flora apendicitei acute este aero-anaerobiană și polimicrobiană, e foarte variabilă și nu există o floră fixă, pentru o anumită formă de apendicită. Apendicita gangrenoasă poate fi produsă prin diferite asociațiuni microbiene. Apendicita nu are un anumit microb constant (Previt — Davesne — Renard).

După cum se vede, nu există un microb specific, ci diferiți microbi fie piogeni și anaerobi, fie aerobi. Dintre aerobi mai des produc infecția apendicelui: colii, streptococul, stafilococul, enterococul, pneumococul, proteusul și tifical, iar între anaerobi: perfringens, fuziformis, fragilis, ramosus, lactis aerogenes (Hațieganu — Iriminoiu).

Oricare ar fi agentul patogen, poate pătrunde în apendice prin următoarele căi:

1. Pe cale endogenă sau directă, când microbii florei intestinale ajungând în apendice, în urma unei soluțiuni de continuitate pătrund în țesutul apendicelui;

2. Pe calea limfatică, dela organele vecine;

3. Pe cale hematogenă, mai rar, de exemplu după pneumonie, gripă etc.

Cauzele cari provoacă, predispun sau favorizează această infecțiune sunt multiple și de diferite naturi.

Factori predispozanți

1. Ereditatea. S'au publicat mai multe observații de apendicite familiare, mai des în școli, pensioane.

2. Vârsta. Apendicita este o maladie a tinereții, căci survine mai des între 5—15—25 ani; dela 25 ani frecvența scade, iar peste 45 e foarte rară.

4. Sexul. E mai frecventă la bărbați.

4. Anotimpul. Survine mai frecvent în lunile de primăvară și vară, când există epidemii de gastro-enterită și boli infecțioase.

Cauze provocatoare

a) Mecanisme: 1. retenția mecanică de mucus, 2. închiderea apendicelui, evacuarea conținutului fiind oprită, 3. coprolitul, 4. corpi străini, 2. viermi intestinali, 6. diverse cauze.

b) Traumatische: un apendice traumatizat poate constitui un: »locus minoris resistentiae« în caz de infecțiuni generale.

În rezumat se poate spune că apendicita survine în urma unei infecțiuni microbiene, nespecifice, produse pe cale endogenă, rar hematogenă. Această infecțiune survine mai des când mucoasa apendicelui e lezată; există și cauze predispozante și favorizante.

Cum se produce perforația? Această complicațiune depinde în primul rând de felul și virulența microbilor, de rezistența organismului, de starea de sănătate anterioară a apendicelui, precum și de pozițiunea lui anatomică. Uneori procesul inflamator se poate opri în evoluție și se resoarbe, de cele mai multeori însă, dacă nu se intervine la timp, ori se produce o piemie, ori în majoritatea cazurilor se perforează fie în cec, peritoneu sau în organele vecine.

Inflamația foliculilor constituie stadiul inițial; aceștia pot supura, invadând întreg peretele apendicular. Supurația foliculilor se deschide de obicei în cavitatea apendiculară, dând așa zisul empiem. În cazuri fericite, dacă orificiul apendicular nu e obstruat, acest empiem se poate drena în cec.

Foliculita inițială e urmată de o limfangită, care prinde și ceilalți foliculi apendiculari, atingând peritoneul, ajungând la aceasta fie pe cale limfatică, fie pe cale directă. Supurația foliculilor apendiculari reduce foarte mult rezistența peretelui apendicular. E suficientă cea mai mică mărire a tensiunii intra apendiculare spre a produce perforația. Tensiunea intra apendiculară mărită, poate surveni în urma gazelor intestinale, ale proceselor de putrefacție și fermentație, prin acumularea mucusului, eventual a puroiului în interiorul cavității apendiculare, care nu se poate drena.

O altă modalitate de perforație survine în urma emboliei vaselor superficiale apendiculare, embolii cauzate de microbi. În urma ei teritoriul apendicular corespunzător se va necroza; în acest caz perforația e inevitabilă. Gangrena masivă a apendicelui, după Guinard, este datorită tot unei tromboze primitive a vaselor apendiculare. Apendicele deseori poate perfora în momentul intervenției, când simpla

atingere a apendicelui necrozat, poate fi un traumatism ce contribuie la perforație.

Perforațiile tifice și tuberculoase survin foarte rar.

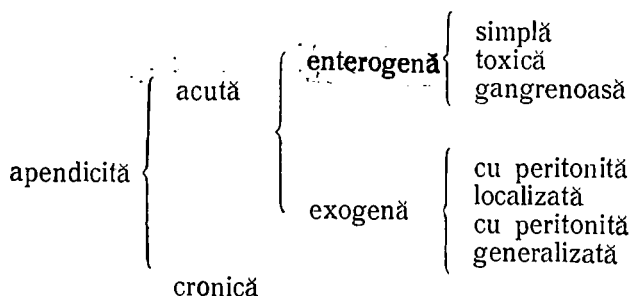
Anatomie patologică

Înainte de a descrie leziunile anatomo-patologice propriu zise ce survin în apendicita perforată, voi reda diviziunea apendicitelor din punct de vedere anatomo-patologic.

S'au făcut mai multe clasificări, unii tinzând să facă o clasificare anatomo-patologică, alții o clasificare mai mult din punct de vedere clinic; în fine există mai multe clasificări combinate anatomo-clinice.

Clasificările lui Roux, Rotter, Sonnenburg, Lenzmann corespund mai mult unei clasificări combinate, grupând apendicita de obicei în trei categorii și anume: simple, perforate și cu peritonită generalizată.

În clinica chirurgicală din Cluj, apendicitele se grupează după clasificarea plui prof. dr. Iacob Iacobovici. Această clasificare a fost adoptată și de alți autori, dovădindu-se a fi cea mai bună din punct de vedere practic, deoarece ține cont atât de leziunile anatomo-patologice, cât și de manifestările clinice. Schema acestei clasificări este următoarea:



I. Leziunile apendicelui

După Aschof, apendicita evoluiază în patru stadii:

1. primul stadiu, când găsim numai leziuni ale epiteliului mucoasei, cu necroze epiteliale și infiltrațiuni leucocitare;
2. în stadiul al doilea procesele patologice progresând, observăm că întreg peretele e inflammat: găsim abcese microscopice intraparietale, leziuni distructive, alterațiuni vasculare, tromboze;
3. În stadiul al treilea leziunile au progresat așa de mult încât în urma necrozelor hemoragice și a extravazatelor fibrinoase, procesele ulcerative pătrund până în stratul subseros; seroasa e inflamată dar nu e perforată. În această fază evolutivă, denumită de germani »Entscheidungsstadium« dacă procesul se oprește la nivelul apendicelui, ori dacă se intervine, bolnavul e salvat de frecvența și grava complicație a perforației urmată de peritonită localizată sau generalizată, complicație care constituie ultimul stadiu evolutiv al apendicitei.

II. Leziunile în apendicita acută cu perforație.

Dacă procesul inflamator nu se oprește în stadiul al treilea, atunci în urma necrozării, peritoneul care acoperă apendicele se perforază. Mărimea perforației depinde de întinderea procesului necrotic căci dacă necrozarea este limitată, ocupând o suprafață mai mică, și perforația va fi mai mică. Din contra dacă procesul necrotic nu se va limita într'un singur loc, peretele apendicelui fiind ulcerat în mai multe părți, putem găsi mai multe perforațiuni, de diferite dimensiuni.

Aspectul și localizarea perforației poate fi variabilă. Dacă procesul necrotic interesează o suprafață mai mare a peretelui apendicular, marginea perforației va avea un aspect zdrențuit. În ceea ce privește localizarea, perforația survine în cea parte a apendicelui, unde procesul necrotic evoluiază mai rapid. Evoluția acestui proces depinde în primul rând de natura infecției, apoi de virulența microbilor, de leziunile capilare intra parietale etc. Perforația e

posibilă în oricare parte a apendicelui: poate fi la vârf, la mijloc, la bază.

Dacă procesul are un mers rapid, necroza poate fi circulară; în acest caz porțiunea distală a apendicelui se va amputa și se va separa de focarul necrotic. Această separare e urmată de gangrena apendicelui.

Gangrena apendicelui se poate produce fie în urma necrozării, fie că e consecința trombo-flebitei vaselor din mezo-apendice, în urma căreia irigația apendicelui e suprimată. Macroscopic în caz de gangrenă parțială constatăm la suprafața apendicelui plăci cenușii sau roșii, hemoragice: mucoasa are aspectul caracteristic al procesului de ramoliție, iar produsul sfacelat are un aspect galben cenușiu murdar.

Dacă gangrena interesează întreg apendicele, va avea o culoare cenușie neagră. Gangrena depinde de forma apendicelui, căci în caz dacă apendicele prezintă indoituri, cotituri sau stenoze, ce au survenit după procese anterioare, în acest caz irigația apendicelui e turburată, căci, fie că s'a produs o retenție în apendice, conținutul neputând fi golit, fie că mucoasa iritată va declanșa edemațierea apendicelui. Aceste cauze deseori produc o trombozare în vasele mezo-apendicelui, în consecință gangrena.

Perforația, survenind în oricare parte a apendicelui, totdeauna va fi urmată de reacțiuni peritoneale peri-apendiculare. Această reacțiune peritoneală depinde în primul rând de rapiditatea necrozării și a perforației, ei căci, în caz când necroza are o evoluție mai lentă, peritoneul reacționând va produce exudat fibrinos apoi aderențe cu organele vecine, cec, epiplon, etc.

În aceste cazuri evoluția lentă a procesului necrotic a permis formarea aderențelor, din care cauză peritonita rămâne circumscrisă. Deseori dacă aderențele sunt masive, necroza poate evolua, producând perforație în organele cu care apendicele a contractat sudura.

Dacă perforația survine în timp scurt, peritoneul neavând timpul necesar spre a forma exudatul de fibrină necesar pentru aderențe, conținutul purulent, necrotic se va deschide în cavitatea peritoneală declanșând o peritonită ge-

neralizată, a cărei evoluție desigur va depinde de toxicitatea și de cantitatea conținutului apendicular, revărsat în cavitatea peritoneală.

III. Leziuni în jurul apendicelui.

După clasificarea dlui profesor dr. Iacob Iacobovici, peritonitele survenite în urma perforației apendicelui, pot fi localizate și generalizate.

Leziuni peritoneale difuze. În al treilea stadiu de evoluție a apendicitei, când procesul infecțios a pătruns până în stratul subseros, peritoneul începe să reacționeze. Această reacțiune se traduce printr'o congestiune cu capilarele turgescențe, prin secretarea exudatului fibrinos, ce va acoperi suprafața seroasei, iar în părțile declive se va colecta puțin lichid peritoneal citrin, serofibrinos. Acest lichid nu conține microbi dar este rezultatul acțiunii chimico-toxice a toxinelor microbiene. Acest lichid ajută producerea aderențelor, servind deci ca un important mijloc de luptă contra infecției, mai ales contra propagării ei.

Peritonita purulentă survine imediat după perforația apendicelui, prin revărsarea microbilor cu produsul necrotic sau gangrenos în cavitatea peritoneală. Am amintit și mai'nainte că dacă perforația a fost rapidă, peritoneul neavând timpul necesar spre a prepara exudatul fibrinos necesar pentru aderențe, va urma o peritonită generalizată difuză. Abdomenul va fi plin cu lichid peritoneal turbure, murdar fetid, fibrinos, în care pot înota sfaceluri din apendice, coproliți etc. Fibrina se va depune și pe ansele intestinale cari înotă în lichidul peritoneal. Dacă au fost lezate și vase, lichidul poate fi hemoragic. În caz când infecția se datorește streptococului, acesta ajungând în cavitatea peritoneală, în urma toxicității foarte mari, peritoneul nici nu are timpul necesar spre a putea reacționa, căci bolnavul moare cu fenomene toxice.

Leziuni peritoneale limitate. Blocul apendicular.

Luând în considerare că în clinica chirurgicală din Cluj, termenul de peritonită circumscrisă e înlocuit cu cel

de bloc apendicular, în descrierea ce urmează voi întrebuința acest termen, care de fapt e sinonimul termenilor: peritonită circumscrisă, abces apendicular, plastron.

Când virulența microbilor este mică, procesul patologic evoluează lent, exudatul de fibrină se produce în cantitate mai mare, aderențele vor fi puternice, în consecință peritonita va fi localizată, încapsulată. Încapsularea va circumscrie focarul supurativ, uneori însă puroiul se poate propaga printre ansele intestinale dând naștere la focare secundare sau producând infecțiuni la distanță.

Blocul apendicular are aspectul unei tumori, cu contur difuz, format din puroiul abcesului, din exudatul sero-fibrinos, periaendicular și pericecal, de ansele intestinale precum și de marele epiploon. Epiploonul pe drept cuvânt a fost denumit de către Ochsner ca »protectorul natural al apendicelui«, căci în caz de supurație apendiculară, ia parte activă la formarea aderențelor, acoperind focarul supurativ. Deseori numai epiploonul aderent izolează supurația.

Blocul nu este supurat în toate cazurile; găsim forme de bloc cu aderențe puternice din partea marelui epiploon, fără ca totuși să fie colecție de puroi.

În bloc supurat, puroiul este gros verzui sau șocolatiu având un miros fecaloid, dacă însă e vorba de gangrena apendicelui, în puroi vom găsi false membrane și lambouri sfacelate ale seroasei.

Localizarea blocului uneori e bine determinată, tipică, alteori din contră este atipică, necaracteristică. Între localizările tipice amintim: 1. localizarea ileo-inghinală, cea mai frecventă; 2. localizarea mezoceliacă, când puroiul e încapsulat între epiploon și ansele intestinale; 3. localizarea lombară, în apropierea regiunii ileo-lombare 4. localizarea pelviană, în bazin. Ca localizări atipice, avem de exemplu: abces apendicular la stângă, în urma propagării puroiului printre ansele intestinale, în spre partea stângă, localizări retroperitoneale (para-apendicită, etc.)

Blocul apendicular de cele mai multeori este unic, rar vom avea mai multe focare supurative. Supurațiunile apendiculare pot evolua în trei feluri: 1. se resorb; deseori

colecțiuni mari se pot resorbi complet, accesul trecând ceeace va determina pe bolnav să nu mai recurgă la serviciul chirurgului, deși după o fază de acalmie aparentă se poate ivi o nouă criză; 2. Perforează în organele vecine ca bunăoară în cec, intestinul subțire etc. Aceste cazuri sunt favorabile pentru bolnav căci în scurt timp după golirea conținutului purulent, survine vindecarea; 3. Produc infecțiuni, diseminări la distanțe prin propagarea germenului pe cale sanghină. Astfel pot surveni: abcese hepatice, ale parotidei, embolii, flebite, inflamații ale seroaselor: endocardite, meningită etc.

Simptomatologie.

În descrierea simptomei, mă voi rezuma numai la simptomele caracteristice neînșirând toate manifestările clinice, ce preced perforația, și cari caracterizează apendicita acută.

Voi aminti totuși câteva din simptomele apendicitei acute, simptome ce pot persista și în caz de perforație.

Triada simptomatică a lui Dieulafoy se compune din durere, apărare musculară și hiperestezie cutanată. Durerea poate fi foarte violentă în caz de gangrenă și perforația apendicelui. E localizată în regiunea ileocecală. Prin presiune în punctele lui Mac Burney, Monro, Morris, Lanz, Sonnenburg găsim o sensibilitate foarte accentuată. Aceste puncte vor fi foarte sensibile în faza de acces și în timpul perforației, dacă aceasta survine în scurtă vreme, dacă însă se instalează blocul ele numai sunt atât de caracteristice. Nu rareori vom evidenta și după perforație următoarele simptome: durere provocată după metoda lui Blumberg, prin decompresiune bruscă; prin metoda lui Roshing, prin presionarea gazelor dealungul colonului transvers; dureri provocate prin masajul rotator al regiunii ileo-cecale (Hațieganu).

Dintre simptomele cari mai persistă și în caz de peritonită, sunt: vărsăturile, constipația, uneori subicter, me-

teorismul, semne discrete de ileus etc. Mai caracteristice sunt temperatura ridicată, leucocitoza.

Simptomatologia apendicitei perforate depinde de faza evolutivă a procesului anatomo-patologic; din acest motiv voi descrie aparte simptomele și tabloul clinic în caz de bloc apendicular și aparte în caz de peritonită.

Blocul apendicular. Semnele caracteristice blocului apendicular apar de obicei la 3—4 zile dela debut, când plastronul de obicei e format și se poate evidenția prin palpare. La palpare se simte un plastron, o împăstare, ceea ce ne indică localizarea perforației, un prognostic favorabil. De multeori deja după 48 ore se poate simți plastronul, instalându-se deja o infiltrațiune peri-apendiculară a țesuturilor și a viscerelor. Când la o persoană slabă exudatul este abundent, plastronul se poate recunoaște chiar prin inspecțiune. Percutând plastronul vom obține sau un sunet mat, în care caz împăstarea este în contact cu peretele abdominal, sau un sunet semisonor, (timpanism) când plastronul e situat în profunzime iar între colecțiune și peretele abdominal se interpune o ansă intestinală. Acelaș timbru putem obține și în cazul blocurilor supurate, cu microbi saprogeni și gazelor datorite acestora și perforațiilor apendiculare, prin cari au pătruns gazele intestinale (Gerota).

Temperatura face puseuri până la 38—39° seara, cu remisiune matinală. Temperatura poate să crească încontinuu, denotând o agravare cu tendință la peritonită generalizată sau o intoxicare gravă a organismului. Tot ca semn de agravare vom considera și scăderea temperaturii la normal, în discordanță cu frecvența pulsului, care în caz de ameliorare trebuie să scadă paralel cu temperatura.

Leucocitoza. În ceea ce privește leucocitoza Silhol, Tuffier, Gerota și alții au stabilit următoarele concluziuni: dacă leucocitoza n'a depășit 12.000 putem spera că nu va surveni supurația s'au dacă este se va rezorbi; 2. dacă prin examinări repetate, constatăm o ridicare progresivă, foarte probabil că se va forma un abces; 3. leucocitoza poate fi normală sau ușor depășită în caz de colecțiuni în-

capsulate; 4. ridicarea progresivă a leucocitozei, paralel cu agravarea fenomenelor generale, arată o extindere în cavitatea peritoneală, cu prognostic grav; 5. creșterea leucocitozei, în timpul unei evoluții spre resorbire a apendicitei, chiar fără de ridicarea temperaturii și a pulsului, ne indică formarea unui nou focar de supurație; 6. în peritonita apendiculară, hiperleucocitoza denotă un prognostic mai favorabil decât în caz când leucocitoza e normală; 7. vom da importanță mai mare leucocitozei când simptomele generale par a se ameliora deși curba leucocitară crește.

Tabloul clinic al blocului apendicular variază după localizarea lui, fiecare tip de localizare având simptome distincte. 1. Localizarea ilio-înghinală este cea mai frecventă și cea mai tipică, colecțiunea găsindu-se în fosa iliacă internă; aceeași formă avem și în cazul când apendicele e perforat la baza lui. 2. Localizarea mezo-celiacă va surveni în urma supurațiunii apendicelui, îndreptat spre linia mediană. În primul stadiu colecțiunea e situată lângă unghiul ilio-cecal, ori sub plica ilio-cecală, fie îndreptat spre promontoriu, sub mezenterul ileonului, alteleori între ansele intestinale și mezenterul ileonului. Delimitarea colecțiunii e anevoioasă uneori chiar imposibilă, situațiunea ei fiind profundă. La palpația peretelui abdominal, vom simți rezistența pe linia mediană.

3. Localizarea lombară se datorește unui apendice situat retro-cecal, retro-celic și a celui din foșeta retro-cecală. În cazuri similare dacă apendicele perforază, simptomele de peritonită vor lipsi, căci focarul de supurație e izolat de cavitatea peritoneală, în consecință peritoneal nu e angajat în procesul anatomo-patologic. Durerea spontană sau la presiune este localizată în lombe sau sub falsele coaste; fosa iliacă dreaptă este liberă, cea lombară fiind rezistentă. Cunoașterea acestor forme are importanță căci nefiind însoțite de fenomene peritoneale vom considera bolnavii ca salvați, crezând că în scurtă vreme vor fi vindecați, în timp ce bolnavii pot sucomba fie în septicemie, fie în urma altor complicații grave.

4. Localizarea pelviană a colecțiunii de obicei e în

fundul pelvisului în Douglas. Dacă accesul a trecut, durerea se va limita în pelvis, iradiind în membrul inferior drept. Tenesmul rectal este un simptom ce apare timpuriu în aceste localizări. Va fi însoțit de micțiuni frecvente și dureroase. Dacă colecțiunea este mai voluminoasă va exercita o presiune continuă pe vezica urinară, deslănțuind turburări vezicale, uneori chiar anurie. Uneori poate perfora vezica, puroiul putând fi eliminat pe cale uretrală. În aceste cazuri totdeauna trebuie să recurgem la un examen recto-vaginal, la sondarea vezicii.

5. Localizarea subhepatică survine mai frecvent la copii, imitând simptomatologia colecistitei.

Apendicita perforată cu peritonita generalizată.

Peritonita generalizată, consecutivă perforației apendiculare, se instalează în cele mai dese cazuri în primele 48 ore. Se produce mai târziu în cazurile când e consecutivă spargerii sau golirii unei colecțiuni, a unui bloc, în cavitatea abdominală.

În primele cazuri, când e consecința perforației sau a gangrenei apendicelui, se manifestă prin următorul tablou clinic: dacă debutul este brusc simptomatologia este dramatică; bolnavul simte în abdomen o durere subită, violentă, asemănându-o cu o lovitură de pumnal. Durerile sunt însoțite de sudori reci, stare de colaps. Durerea este întinsă, nu are o localizare precisă: la palpare abdomenul este sensibil pe întreaga suprafață.

Stărea generală este gravă, bolnavul are un aspect anxios, figura lui exprimă spaimă, toate simptomele trădând starea de colaps. După ce șocul perforației a trecut, bolnavul devine agitat; pometele devin roșii sau cianozate, ochii scânteietori, respirația diafragmatică dispărută și înlocuită prin respirația costală. La început temperatura este ridicată; pulsul accelerat. Dacă însă evoluția este fulgerătoare, colapsul va fi mai pronunțat din cauza toxinelor resorbite din peritoneu. Centrii respiratori și circulatori vor

fi paralizați, bolnavul se cianozează, în loc de hipertermie vom constata hipotermie. Pulsul va fi mic și foarte frecvent; bolnavul sucombă în scurtă vreme prin colaps.

Oricare ar fi evoluția peritonitei generalizate, abdomenul totdeauna este retractat și contractat mai ales în în prima fază („Ventre de bois“) se instalează sindromul intestinal, manifestându-se prin vărsături incoercibile, cu pulsul foarte frecvent. După 3—4 ore dela perforație, poate urma o fază de scurtă acalmie sau de ameliorare, desigur numai aparentă, care poate dura 4—5 ore, după care fenomenele reapar, vărsăturile sunt dese, apare sughițul, simptom foarte caracteristic, apoi meteorism, faciesul abdominal. În caz de evoluție fulgerătoare bolnavul moare în 48 ore din cauza stării generale de intoxicație foarte gravă. Survîn și în aceste cazuri ameliorări aparente, mersul bolii schimbându-se în a doua zi și în aceste cazuri vom constata meteorism, sensibilitate abdominală, vărsături, facies abdominal dar bolnavii mor abia în a 4—7-a zi a bolii.

Diagnosticul diferențial.

Cunoscând evoluția apendicitei și tendința de a perfora și a se complica cu peritonită se impune un diagnostic precoce. Acesta se poate pune relativ ușor prin constatarea triadei simptomatice a lui Dieulafoy, în plus luând în considerare temperatura ridicată, pulsul frecvent, hiperleucocitoza, iar într'un stadiu mai avansat fie palparea blocului fie fenomenele peritoneale.

Diagnosticul diferențial al apendicitei perforate se va face cu: 1. ulcerul gastric și duodenal, perforat și urmat de fenomene peritoneale. În caz de ulcer perforat vom găsi în antecedente un trecut patologic gastric; durerile sunt localizate mai ales în epigastriu; are caracter fulgerător, contractura peretelui abdominal se întinde asupra întregului abdomen, vărsături mai rare, puls normal în primele ore de perforație.

2. Pancreatita acută se caracterizează mai mult prin

dureri situate median, deasupra ombilicului; starea generală este mai gravă.

3. Tromboza vaselor mezentrice declanșează fenomenele peritoneale foarte alarmante; durerea va fi însă mai mult peri-ombilicală. pulsul este slab, extremitățile reci.

4. Pleurezii diafragmatice și pneumonii, mai des la copii; defenza nu este atât de manifestă.

5. Afecțiuni genitale ca ruptura unui pio-salpinx, sarcină extra-uterină cu ruptura tubei, colice uterine, în caz de avort.

6. Ocluziunea intestinală, care poate surveni și în caz de apendicită cu peritonită generalizată; de obicei e un ileus paralytic.

7. Tiflita și peritifita pot da fenomene de peritonită.

8. Coprostaza cecală; debutul este mai lent ca în apendicite perforate, împăstrarea regiunii cecale se poate modifica prin palpare.

9. Cancerul cecului, când e ulcerat, poate produce un flegmon peritiflitic.

10. Psoita poate fi primitivă fie secundară, după perforația fascei psoasului. În forma primitivă evoluția e mai lentă tumefacția mai evidentă, lipsa fenomenelor peritoneale.

11. Deferentita poate da fenomene peritoneale.

12. Adenitele fosei iliace supurate.

13. Abcese reci iliace cu proveniența coloanei vertebrale.

Vom căuta să excludem apoi diferite afecțiuni ce au simptomatologie asemănătoare cu apendicita perforată în cazul când apendicele nu ocupă pozițiunea normală. Astfel când are o localizare inferioară tabloul clinic se poate confunda cu cel al: salpingitelor, hidrosalpinsului, anexitei, sarcinei tubare drepte, tumorei pelviene torsionate, pelvipertonitei post-partum, abcesului prostatic etc.

Când apendicele are o localizare superioară, în urma perforației, tabloul clinic va fi atipic, facilitând punerea unui diagnostic greșit. Deaceia vom căuta să excludem și următoarele afecțiuni: cholecistita acută, peri-cholecistita, flegmonul perirenal, abcese subdiafragmatice etc.

Rar vom greși diagnosticarea apendicitei perforate dacă prin examinare minuțioasă vom exclude și următoarele posibilități: colica hepatică, renală, colici uterine, saturnism, crize gastrointestinale, tabecice, dureri enterocolitice din cauza viermilor intestinali, colitele, enteritele, dizenteria, febra tifoidă, peritonită tuberculoasă incipientă, tuberculoza cecului.

Din cele expuse mai sus reiese că, apendicita deși are un tablou destul de caracteristic se poate confunda foarte ușor cu afecțiunile mai sus expuse, deaceia se impune ca pentru a stabili diagnosticul de apendicită perforată să se facă un examen minuțios; în caz de bloc apendicular, controlul regulat al temperaturii, pulsului, leucocitozei, complectând prin examenul urinei, examen coprologic; cu deosebită atenție se va face examenul genital, luarea anamnezei.

Complicațiunile apendicitei perforate

Dacă apendicita s'ar diagnostica imediat după apariția primelor simptome și dacă s'ar face imediat apendicectomia, bolnavul ar fi scutit de frecvențele și gravele complicații ce survin după apendicită. Unele complicații survin atât de frecvent încât uneori nici nu se poate preciza și separa tabloul clinic al maladiei apendiculare propriu zisă de cel al complicațiilor.

După Berard și Vignard prin complicație se înțelege: »tot ce constituie o extensie anormală a apendicitei incipiente sau o evoluție neobișnuită a unui simptom sau a unei forme oarecare a apendicitei«.

Complicațiile apendicitei perforate se pot grupa fie din punct de vedere al localizării: complicații locale și generale sau la distanță, fie luând în considerare gravitatea lor, timpul apariției: imediate, tardive.

Luând în considerare faptul că apendicita este o maladie exclusiv chirurgicală, Berard și Vignard grupează complicațiile în: 1. preoperatorii; 2. operatorii; 3. postoperatorii.

Complicațiile preoperatorii ale apendicitei perforate pot fi: gangrena apendicelui, a mezoului, peritonita localizată, peritonita generalizată, hipertoxică, abcese apendiculare limitate, abcese ileo-pelviene, abces ileo-lombar, subperitoneal; abces la distanță: subfrenic, pleural, hepatic, splenic. Dintre aceste, cea mai gravă e peritonita generalizată, care se poate instala imediat după perforația apendicelui în marea cavitate, mai ales când evoluția este fudroiantă, epiploonul sau organele vecine neavând timp de a reacționa, formând aderențe și în consecință localizarea procesului.

Intre complicațiile preoperatorii generale mai amintim: piemia cu abcese la distanță (cerebral) septicemia, flebite viscerale, ale membrelor, embolie și moarte subită; complicații nervoase ca: turburări meningo-encefalice, nevralgii; adenite supurate, salpingită, parametrită, colecistită, pancreatită, colită, peri-colită etc. Deschiderea abceselor în intestin, (cec, ileon, sigmoidă) în vezică, fistule vizico-intestinale; deschideri în trompă, uter, vagin, prin peretele abdominal, aderențe pericecale, epiploite, subocluzii și ocluzii prin bride, congestie hepatică (icter) etc.

Complicații ce pot surveni în timpul operației sunt: ruperea apendicelui, deschiderea unei peritonite închistate etc.

Complicații post operatorii: abcese metastatice, ganglionare, mezenterice, ocluzie intestinală, insuficiență hepatică, acetonemie, azotemie, uremie, insuficiență cardiacă, embolii sau abcese pulmonare, pneumonii, pleurezii; complicații toxice: hematemeză (vomitonigro) etc.

Tratamentul apendicitei perforate

Tratamentul apendicitei și astăzi se discută deși în ceea ce privește această chestiune s'au scris volume întregi, s'au publicat foarte multe statistici, încât apendicita pare una dintre afecțiunile abdominale mai bine studiată, având cea mai bogată literatură.

Explicația stă în faptul că în apendicită, fenomenele

clinice și anatomo-patologice nu evoluiază după norme precise ; au aspecte diferite, variază dela individ la individ, după vârstă ; se pot schimba dela o oră la alta.

Părerile autorilor fiind variate ei s'au împărțit în mai multe tabere : conservatori, temporizatori, abstenționiști, oportuniști, intervenționiști și individualiști.

Dacă părerile erau diferite, în cece privește tratamentul formelor endogene, mai unitară este conduita chirurgilor în cazurile exogene, datorită perforațiunii, căci majoritatea autorilor sunt pentru tratamentul chirurgical. Dacă mai există discuții, acestea se referă la momentul oportun al intervenției.

Tratamentul medical azi nu se mai ia în considerare căci în caz de apendicită »se subînțelege că există o leziune anatomică a apendicelui, care nu cunoaște alt tratament rațional, decât extirparea lui. (Gerota).

! In clinica chirurgicală din Cluj s'a fixat conduita față de apendicită în felul următor : »Se vor opera toate apendicitele la prezentare, fără de a ținea seamă de timpul trecut dela debut. Singura contra indicațiune o constituie blocul apendicular fără abces, unde se așteaptă până la ziua a 8-a ; dacă până la această dată fenomenele locale și generale nu cedează, adică dacă temperatura rămâne ridicată, dacă pulsul și leucocitoza se ridică și dacă blocul nu are tendință de retragere, atunci se intervine imediat«. (Fop Al).

Se va evita tratamentul medical, la fel administrarea purgativelor în cazuri de apendicite acute ; Dieulafoy combate instituirea tratamentului medical al apendicitei, afirmând energic că »tratamentul medical al apendicitei este nul sau insuficient, singurul tratament rațional este intervențiunea chirurgicală, practică la timp oportun«.

Evităm intervențiunea chirurgicală imediată în caz de bloc apendicular, deoarece apendicele fiind prins în aderențe, extirparea lui nefiind posibilă, fără să nu fie urmată de complicație. In aceste cazuri bolnavul va fi imobilizat la pat, vom aplica pungă cu gheață pe regiunea corespunzătoare blocului, instituim un regim lactat hidric, de-

sinfectante generale. Bolnavul se ține sub observație severă; controlăm regulat temperatura, pulsul, leucocitoza, starea generală; nu vom administra calmante sau hipnotice, spre a nu masca simptomele eventualei complicații. Dacă starea generală a bolnavului se îndreaptă, fenomenele clinice se ameliorează, leucocitoza scade, temperatura coboară, împăstarea se limitează ori începe să se resoarbă, bolnavul va fi ținut imobilizat în pat și pe mai departe, până când plastronul se rezoarbe complect. Această rezorbire poate surveni la 4—6 săptămâni, când luând în considerare că procesul s'a liniștit și s'a resorbit se va intervenii, făcând extirparea apendicelui.

În clinica chirurgicală din Cluj, bolnavii la care blocul apendicular se resoarbe, vor fi ținuți sub observație până când starea generală și locală va permite extirparea apendicelui. Bolnavii vor fi operați. Dl. profesor dr. Alexandru Pop insistă foarte mult asupra „*indicației sociale*“, intervenind totdeauna în urma resorbțiunii blocului, deoarece bolnavul cu ameliorare aparentă, pleacă la domiciliu și renunță la intervenție ulterioară. Luând în considerare că o nouă criză ar avea un tablou clinic mai alarmant iar procesele anatomo-patologice o evoluție mai rapidă și mai gravă, prognosticul ar fi mai grav; în aceste cazuri peritonita survine mai des. Bolnavilor intelectuali, după liniștirea procesului, se permite părăsirea serviciului, dar cu indicația ca după 4—6 luni să se reîntoarcă la un serviciu de chirurgie, spre a se executa apendicectomia; în caz când, după părăsirea serviciului, bolnavii observă că reapar simptomele de apendicită, vor reveni imediat, supunându-se intervenției.

Dacă în caz de bloc apendicular fenomenele generale în loc de ameliorare se agravează, leucocitoza, temperatura, pulsul se ridică, survin vărsăturile, eventual sughitul se va interveni imediat, operația consistând în acest caz în incizie și drenaj.

Dacă bolnavul se prezintă în primele 24 sau 28 de ore cu fenomene de apendicită perforată atunci se intervine imediat, făcând apendicectomia.

În ceea ce privește anestezia, dacă starea generală este bună, Bier recomandă rachianestezia cu novocaină, administrând în prealabil o injecție de cafeină și oleu camforat. Prin rachianestezie se obține o liniște perfectă a bolnavului și a intestinelor. Vom recurge la anestezie generală cu ether, în cazul când bolnavul este grav intoxicat, hipotensiv. Unii recurg la anestezie generală cu kelen; intervenția în acele cazuri nu va dura mult timp. În cazuri când intervenția se va reduce la o simplă deschidere a abdomenului și drenaj, mulți preconizează anestezia locală cu novocaină.

În Clinica chirurgicală din Cluj, se practică anestezia generală cu ether, cu protoxid de azot, rachianestezia cu novocaină, anestezia locală.

Poziția bolnavului în timpul intervenției va fi în decubit dorsal orizontal. Walthier preconizează decubitul lateral drept, spre a favoriza scurgerea lichidului din abdomen.

Felul inciziei va depinde de diagnosticul anatomo-clinic. Se preconizează incizia mediană când nu e stabilit precis originea peritonitei; mai des se deschide abdomenul prin incizia Roux (transmusculară), în urma căreia se pot evidenția toate formele anatomice ale apendicelui. Se mai uzează de incizia lui Jalaguier, Mac Burney, Sonnenburg etc.

După deschiderea peritoneului se caută originea peritonitei. În caz când apendicele se găsește ușor, se va proceda cu ușurință apendicectomia. Dacă însă aderențele maschează și acopere apendicele, se renunță a le deslipi, lăsând apendicele pe loc. Mulți chirurghi au aplicat spălătura cavității abdominale, alții infirmă valoarea terapeutică a spălăturilor. Această chestiune s'a discutat foarte mult; tot atât de mult se discută și problema drenajului în caz de peritonită apendiculară,

În ceea ce privește spălătura abdominală, Bouilly, Luske, Riedel și Kelly recomandă serul cald; Delbet, Mac Burney și Stimson fac spălături cu ser, care trebuie să fie atât de ferbinte, cât poate răbda mâna, serul se scoate apoi cu ajutorul bureților sterili. Mac Laren aplică serul, fără însă

să mai dreneze cavitatea abdominală. Vignard introduce în cavitatea peritoneală oleul camforat ; alții întrebuințează acid fenic 2% ether sulfuric. Toate încercările cu felurite substanțe întrebuințate pentru spălătura cavității abdominale nu au dat rezultatul dorit, căci, după statisticele autorilor de mai sus, mortalitatea atinge 60—70%. Din contra rezultatele obținute de Murphy, Deaver, Sprengel și Friedrich, cari s'au abținut dela orice spălătură, au dus la concluzia că este mai prudent de a ne mărgini la deschiderea abdomenului și a ne abține dela orice spălătură și manipulare, cari măresc traumatismul (Gerota).

Problema drenajului se discută și astăzi foarte mult ; la început se punea chestiunea : cum să se dreneze, pe când azi se discută renunțarea definitivă la drenaj. Ca material de drenaj s'au utilizat tuburi de cauciuc, perforate lateral și dirijate în diferite direcțiuni ; alții au întrebuințat tuburi de sticlă, perforate lateral dar umplute cu fitiluri de tifon ; în fine s'a mai recurs la drenare cu tuburi elastice de metal, fitiluri de tifon hidrofîl.

Mai bine drenează tuburile de cauciuc, înconjurate cu tifon. Ca drenarea să se facă în condiții mai bune se introduc 2 sau chiar 3 tuburi de cauciuc ; unul va fi îndreptat spre Douglas, celălalt dren la nivelul focarului, în fosa iliacă dreaptă eventual paracecal. Totdeauna se va pune condiția principală ca ansele intestinale să fie bine izolate și să nu fie comprimate de aceste tuburi. În Congresul francez de chirurgie din 1936 dela Paris, Jean Gautier, D'Alger discută drenajul în peritonite difuze de origine apendiculară. Această problemă e pe primul plan și astăzi, din cauza multelor publicațiuni și discuțiuni, ce se consacră acestei probleme.

Pentru mulți chirurgi, drenajul e un act necesar și suficient pentru maximul de securitate. Tratamentul peritonitelor purulente se rezumă la drenaj, deoarece dă rezultate satisfăcătoare. Trebuie să ținem însă cont de faptul că și această metodă simplă și ușoară prezintă o serie de inconveniente căci poate prelungi supurația, pansamentele mai ales la început sunt foarte dureroase ; eventrația sur-

vine frecvent, iar ocluzia intestinală deseori va complica evoluția bolii.

Perforațiunile apendiculare operate până la 12—18 ore și fără drenaj, se vindecă de cele mai multeori, fără complicațiuni. Drenajul abdominal cu toate [inconvenientele pe care le prezintă, nu poate fi exclus cu desăvârșire. Indicațiunea este dată de forma anatomo-clinică a perforației. Leziunile apendiculăre din acest punct de vedere se pot împărți în două categorii: unele însoțite de leziuni peritoneale pure, altele din contră cu leziuni parieto-viscerale predominante. În prima categorie apendicele poate fi sau nu perforat, gangrenos, cu organizare de false membrane cu prezență de puroi, sau fără, cu ansele intestinale sau epiploonul aglutinate în jur. În aceste cazuri pe cât va fi posibil, marginile inciziei vor fi ferite de secreția purulentă. După apendicectomie, urmată de infundarea bontului se poate face o spălare rapidă cu ether a regiunii apendiculare, sutura în trei straturi. Vindecarea e completă în 15—20 zile. În aceste cazuri nu s'a făcut drenaj.

În a doua categorie "intră cazurile cari prezintă leziuni întinse parieto-viscerale, cu îndurațiuni și false membrane groase, abcese miliare ale peretului [parietal, visceral, a epiploonului. Infundarea bontului ar fi nesigură în urma congestiunii. În toate aceste cazuri e indicat drenajul cu meșă închizând restul plăgii din jurul drenului.

S'a încercat de către Syderhel Schärd o metodă zisă »Supravitalfärbung« pentru indicația drenajului. Această metodă se bazează pe colorabilitatea leucocitelor, a căror membrană a fost distrusă, pe un frotiu care se face în momentul operației, din secreția găsită în peritoneu. Autorul recomandă drenarea în toate acele cazuri unde procesul acestor leucocite depășește 20^o/₁₀₀.

Sehrt luând în considerare insuficiența circulatorie ce survine în caz de peritonită, în urma impotmolirii sângelui circulației splanchnice, recomandă pentru a pune în mișcare circulația portală, iradiația unei anse intestinale cu raze ultraviolete, după operație, timp de 5—10—15 minute.

M. Haas și Alfons Löb, după operații din apendicită perforată, recomandă un tratament cu raze ultra-scurte.

În ceea ce privește rezultatul obținut în caz de apendicită perforată fie în urma închiderii complete a cavității abdominale, fie prin drenaj, voi reda câteva date statistice.

Müllender (Viena) dă două tablouri. Primul tablou cu 56 apendicite perforate unde a executat 13 închideri primitive cu 2 vindecări per primam, și 11 cicatrizări secundare; 21 drenajuri ale peretului, cu 20 vindecări secundare și un mort; 22 drenajuri peritoneale cu 18 vindecări secundare și 4 morți.

În al doilea tablou citează 16 închideri primitive cu una vindecare per primam, 13 vindecări secundare și 2 morți.

Ed. Siero dă o statistică de 889 de apendicite acute dintre cari au fost 257 peritonite localizate, circumscrise și generalizate. S'a drenat în 249 cazuri și în 8 cazuri a închis; au fost 2 morți. Când apendicele a fost numai inflammat închide totdeauna, în caz de perforație drenează în totdeauna. Abcesele în Douglas se drenează prin rect sau vagin. Mortalitate totală 16,8 la sută.

Poenariu Căplescu la 27 peritonite de origine apendiculară are un mort.

I. Blac dă o statistică de 340 cazuri de apendicită acută din care 223 au fost apendicite simple cu o mortalitate de 0,49 la sută, 64 apendicectomii cu drenaj al fosei iliace pentru abcese apendiculare cu 4,7 la sută mortalitate; 53 cazuri cu drenaj suprapubian pentru peritonite generalizate cu 18,8 la sută, mortalitate. În total la 340 cazuri are 4 la sută mortalitate.

Profesorul Suermondt din Leyda, a expus mai recent conduita sa în caz de abcese sau infiltrate apendiculare. În caz de apendicite acute progresive, la bolnavii primiți după 48 ore, face imediat apendicectomie. Dacă după 48 ore bolnavul prezintă un infiltrat palpabil în regiunea apendicelui, va fi tratat conservativ, ținut sub observație. Dacă în acest timp starea se înrăutățește, tumora se mărește

devine mai dureroasă, febra crește, și survin vărsăturile, apare o defenșă abdominală, în aceste cazuri se indică intervenția, pentru că procesul poate perfora și invadea cavitatea peritoneală.

În caz când abcesul nu este limitat de părerele abdominal anterior, abcesul se va deschide, după ce în prealabil s'a făcut o izolare a infiltratului cu meșă iodoformată, lăsând aceste meșe pe loc și după intervenție. Abcesul va fi drenat printr'un tub. Apendicectomia se va face după 8 săptămâni. Bolnavii cu infiltrație apendiculară sunt ținuți sub observație ca în caz de perforație să se poată interveni imediat.

Suermond, dă următoarea statistică: apedice acute cu sau fără peritonită liberă cu operații imediate: 2853 cazuri cu 77 morți deci o mortalitate totală de 2,7 la sută. Apendicita acută cu peritonită încapsulată cu tratament conservativ 467 cazuri cu 3 morți; 0,7 la sută.

Gerota dă în caz de peritonite apendiculare o mortalitate de 2 la sută în caz de intervenție precoce; 5 la sută în intervenții după 48 ore și 14 la sută în cazurile operate după a 5-a zi.

Quervain dă 0,7 la sută mortalitate în primele 24 ore și 4,8 la sută după 24 ore.

Hartman dă 0 la sută în prima zi și 10 la sută pentru cazurile operate a 2-a zi.

Duval citează o mortalitate între 0 la sută și 2,5 la sută în primele 48 ore.

Rezumând atitudinea chirurgilor în caz de apendicită perforată, în caz de peritonită localizată și generalizată, putem spune că în marea majoritate se procedează în felul următor:

1. Orice atac de apendicită se operează imediat în primele 24—48 ore spre a evita peritonita apendiculară; tratamentul chirurgical e mai favorabil decât cel medical și dacă intervenția e precoce mortalitatea e cu mult mai scăzută decât în urma intervenției tardive.

2. Dacă bolnavul se prezintă la 3—4 zile dela acces când exudatul adus la aderențe, constituind plastronul

(blocul) fără să găsim semnele unei deschideri a abcesului în cavitatea peritoneală, nu se operează ci se așteaptă rezorbirea, ținând bolnavul în pat cu pungă cu gheață pe abdomen; se face un control regulat al blocului, pulsului, temperaturii, leucocitozei.

Dacă în acest interval, în loc de ameliorare se constată o agravare, se intervine imediat, intervenția constând în localizarea focarului infecțios, eventual drenare, dacă găsim puroi în abdomen. Se vor opera și cazurile de peritonită circumscrisă, când infecția progresează; la fel flegmonul apendicular când n'are tendință la resorbire. În toate aceste cazuri, dacă e posibil, se face și ablația apendicelui, dacă nu atunci operația se va rezuma la golirea abcesului, cu sau fără drenaj.

Dacă procesul s'a liniștit, accesul a trecut, se pune întrebarea dacă este indicată scoaterea apendicelui. Părerile diferă, cu toate acestea, în general azi conduita chirurgilor este de a aștepta răcirea procesului, până ce se resoarbe exudatul, dispare plastronul, apoi se practică ablația apendicelui. Aceste cazuri se vor opera întotdeauna spre a evita complicațiunile ce pot surveni după stângerea focarului inflamator.

Am amintit că Dl. Prof. Al. Pop face indicațiunea socială spre a »reda bolnavului în cel mai scurt timp posibil capacitatea completă de muncă«.

În caz de peritonită generalizată, de natură apendiculară tratamentul chirurgical va consta în: 1. închiderea izvorului de inoculare septică a peritoneului, extirpând apendicele dacă e posibil și făcând infundarea bontului; 2. drenare largă; 3. așezarea bolnavului în poziția Fowler și întors pe dreapta; 4. tratarea post operatorie energetică, injecții de ser fiziologic, ser glucozat, desinfectante generale, cardiotonice etc.

Terapeuțica post-operatorie.

După operație, bolnavul e culcat orizontal sau pe dreapta în caz de peritonite; gamba se va flecta ușor pu-

nând o perină sub genuchi. In general vom recurge la următoarele: pungă cu gheață, mai ales în caz de bloc apendicular, deoarece pe lângă o acțiune calmantă a durerilor atenuiază procesul inflamator. Vom da calmante în caz de dureri mari (dilaudid, pantopon) mai ales seara, spre a asigura somnul; nu vom abuza însă de ele. Vom controla pulsul, administrând la nevoie cardiotonice (Cardiazol, cafeină, oleu camforat). Prevenim congestiile pulmonare; temperatura ce survine și după operație, nu o vom combate. In caz când bolnavii nu pot urina se vor sonda (Nelaton 16). Se vor face clisme cu apă călduță și puțină glicerină, deja după 24 ore dela operație, repetând și a 2-a zi, dacă se simte balonat. In cazuri de vărsături vom da bicarbonat de sodiu.

In ceea ce privește alimentația, în primele 24 ore după operație nu vom da nimic; dacă bolnavul insistă putem da puțin ceai rece sau sirop de smeură. A doua zi și a 3-a zi se permite puțin compot sau dulceață, supă simplă; a 5-a zi și a 6-a zi permitem supe făinoase, pireuri, lapte cu orez, apoi zi de zi bolnavul va relua alimentația normală. Nu vom neglija niciodată peristaltismul intestinal; uneori vom recurge la purgative ușoare.

Pansamentele se schimbă la 24 ore; în caz dacă e nevoie, bolnavii vor fi pansați de 2 ori pe zi.

In cazuri grave de peritonite gangrenoase vom face seroterapie, cu ser polivalent, antigangrenos etc.

Considerațiuni asupra apendicitei perforate, în clinica chirurgicală din Cluj.

Luând în considerare că în clinica chirurgicală din Cluj dl. Prof. Dr. Iacob Iacobovici a stabilit o conduită care în ceea ce privește problema apendicitei perforate, conduită care se aplică și astăzi sub directivele dlui profesor dr. Al. Pop, pe de altă parte spre a evidenția mai bine rezultatele exelente obținute în acest domeniu, mai ales în ultimii 5 ani. am găsit necesar ca după ce am tratat problema apendicitei perforate, capitól despre care s'au scris și s'ar

mai putea scrie tratate întregi, să amintesc aparte principiile, conduita și statistica, ce se referă la această problemă, în clinica chirurgicală din Cluj.

Principiile școalei de chirurgie, în materie de apendicită, cât și bogata și variata statistică, analizând apendicita din toate punctele de vedere, începând dela 1 Ianuarie 1920 și până la 31 Oct. 1929 deci aproape 10 ani, se găsesc într'un' articol al dlui Profesor Al. Pop, din Clujul medical, Decembrie 1929.

Reamintesc că dela 1 Ianuarie 1920 până la 31 Octombrie 1929 s'au operat în clinica chirurgicală din Cluj 2505 bolnavi de apendicită, dintre cari 1241 bărbați și 1264 femei, cu o mortalitate generală (neținând seamă de forma anatomo-patologică și complicațiuni) de 2,37 la sută.

Iamandî urmărește apendicita perforată dela 1 Ianuarie 1923 până la 1 Ianuarie 1933, deci pe 10 ani. În această statistică găsim; 1569 apendicite endogene simple, 828 cronice, 18 apendicite toxice, 852 gangrenoasă, 365 gangrenoase perforate, 5 bacilare, 1 carcinoid Oberndorfer, deci în total 3638 apendicite. Dintre cele 365 apendicite perforate au fost 226 cu peritonită generalizată și 139 cu peritonită localizată. La cele cu peritonită generalizată constată 55 morți, deci un procent de 24,3 la sută, iar la peritonitele localizate 12 morți, deci un procent de 8,6 la sută. După sexe au fost 24 la sută bărbați și 13,68 la sută femei.

Dela 1 Ianuarie 1933 până la 1 Ianuarie 1938 deci pe ultimii 5 ani, statistica s'a continuat de către dr. Mărtoiu Victor (conferință ținută la 19 mai 1938).

În ultimii cinci ani au fost operați 2139 bolnavi, dintre cari au sucombat 21, deci un procent general de mortalitate de 0,98 la sută. Acest procentuaj nu găsim în nici o statistică; nu există un procent similar sau mai mic. Spre a evidenția mai bine această mortalitate scăzută, mai redau câteva procente din țară și din străinătate.

În statistica făcută de dr. med. loc. Ioan C. Bulea în 1933, statistică ce se referă la toate cazurile de apendicite, în spitalele din București și în Sanatoriul Diaconeselor,

operate între 1923—1933 (în serviciile dlor prof. C. Angălescu, I. Bălăcescu, E. Juvara și A. Jianu, precum și G. Georgescu, Ion Jianu și Poenaru Căplescu), din totalul general de 7673 de cazuri, a fost o mortalitate totală de 1,6 la sută.

În străinătate : Kummel publicând o statistică ce se referă la 1000 apendicite operate, dă următorul procentuaj : 6 la sută mortalitate în cazurile operate în primele 48 ore ; la complicațiuni peritoneale localizate 60 la sută, în caz de peritonită generalizată 89 la sută.

Sprengel, la operațiile în primele 24 ore, prezintă o mortalitate de 17 la sută, după 48 ore 20,2 la sută.

Sonnenburg, la operațiile executate în primele 24 ore, prezintă o mortalitate de 11,3 la sută, după 24 ore 19 la sută.

Burgess, la 66 operații făcute în primele 24 ore, a înregistrat o mortalitate de 3,03 la sută ; la 46 operații după 5 zile 18,05 la sută.

În statistica din ultimii cinci ani (din Cluj) au fost bărbați 1028 deci 475, la sută, iar femei 1111 deci 52,5 la sută. Luând în considerare forma și complicațiunile : apendicite enterogene simple au fost în 852 cazuri, cu un mort (prin embolic) deci un procent de 0,11 la sută ; aceeași formă în 1929 avea o mortalitate de 0,54 la sută.

Apendicita gangrenoasă : 442 de cazuri, cu un mort (prin bronho-pneumonie), deci o mortalitate de 0,22 la sută : comparând cu statistica din 1929 vedem că și acest procent e cu mult mai scăzut căci în 1929 mortalitatea era 0,71 la sută, la bărbați și 0 la sută la femei.

Apendicite gangrenoase cu peritonită localizată : 23 de cazuri, cu mortalitate de 0 la sută ; abcese : 10 cazuri fără de nici un mort.

Blocurile apendiculare : operate la cald au fost 71 cu 0 la sută mortalitate, ; la aceștia s'a făcut apendicectomia în 37 la sută. La rece s'au operat 25 de cazuri cu 0 la sută mortalitate.

Apendicită perforată cu peritonită localizată. În ultimii cinci ani au fost 104, dintre cari, 72 bărbați cu mortalitate de 6,8 la sută, iar femei 32 cu o mortalitate de 0

la sută. În rezumat din 104 cazuri au sucombat 5; procentul de mortalitate este 4,9 la sută. Iamandi la 4933 dă o mortalitate de 8,6 la sută în aceleaș forme,

Apendicita gangrenoasă perforată cu peritonită generalizată. În ultimii cinci ani au fost bărbați: 82 cu o mortalitate de 15,8 la sută, iar femei 22 cu un procent de 4,5 la sută, în total 104 cazuri cu 14 morți, cu un procent de 13,4 la sută mortalitate. În 1929 aceeaș formă avea o mortalitate de 25 la sută la bărbați și 17 la sută la femei; în 1933 era de 24,8 la sută la bărbați și 13,68 la sută la femei.

Din totalul de 2139 intervenții pe apendice, s'au găsit perforate în 208 cazuri, deci un raport de perforație de 9,5 la sută. Luând în considerare poziția anatomică, în caz de apendicită perforată, din 208 cazuri s'a găsit în poziție normală de 199 ori, deci în 95,6 la sută, retrocecal în 8 cazuri, deci 3,8 la sută; intramural 1, deci 0,48 la sută.

Din aceste procente putem trage concluzia că, poziția anatomică nu scutește perforația, poziția anormală nefiind deci un factor favorizant al perforației, după cum se susține.

În afară de formele descrise mai sus am mai găsit un caz de formă toxică, un carcinoïd Oberndorfer, cu 0 la sută mortalitate, precum și 11 cazuri cu oxiuri, tot cu 0 la sută mortalitate.

Totalizând formele de apendicită exogenă din 337 de cazuri, au fost 19 morți, deci un procent de 5 la sută de mortalitate. Între aceste cazuri sunt considerate și apendicitele gangrenoase cu peritonită localizată. Formele localizate nu se pot procentua separat și cu precizie deoarece sunt trecute sub diferite denumiri ca: apendicită gangrenoasă cu peritonită localizată, abces apendicular, bloc supurat sau nesupurat, apendicită perforată cu peritonită localizată.

În cece privește conduita, am constatat următoarele: apendicectomia s'a făcut în toate cazurile, exceptând blocurile apendiculare, unde nu s'a executat decât în 30%.

S'au drenat toate peritonitele, blocurile, abcesele, la

fel un mare număr de apendicite gangrenoase, fără perforație au fost drenate e cu meșe de siguranță.

Intre complicațiuni grave, ce au dus la moarte sau au periclitat viața bolnavului au fost: 3 abcese în Douglas 6 ileusuri acute și prin bride, cari au dus la moarte în 4 cazuri; o flebită; o embolie la un caz de apendicită enterogenă simplă după care bolnavul a sucombat, un abces psoitic; am mai găsit un caz mortal cu apendicită gangrenoasă, în urma broncho-pneumoniei.

Drenajul se face deci regulat, în schimb spălătura cavitații nu se aplică. In caz de peritonită generalizată se drenează Douglasul cu tub de cauciuc și meșă menajând ansele intestinale spre a nu fi comprimare. Douglasul se drenează și în cazuri localizate.

Bolnavii sunt așezați în poziția Fowler, se aplică pungă cu gheață pe abdomen.

După operație, spre a provoca peristaltismul, bolnavii primesc ser hipertonic, 40—60 cmc în fiecare zi, până ce bolnavul are vânturi și scaun. Pentru restabilirea deshidratării organismului, precum și pentru a preveni o eventuală insuficiență hepatică, se mai administrează ser glucozat 20%, intra venos, câte 40—60—80 cmc. pe zi, deseori se dă de două ori; bolnavilor li se mai aplică și clisme Murphy.

Cardiotonicele mai des utilizate sunt: Cardiazolul, cafeina, oleul camforat, lobelina, iar între calmante: Dilaudidul (Knoll) Pantoponul etc.

În ceea ce privește tratamentul postoperator al plăgii, tubul de drenaj al plăgii este luxat în a 4-a zi; desinfecțarea plăgii se face cu apă oxigenată, ozonogen. Dacă starea bolnavului se ameliorează, tubul de drenaj se scurtează, iar după 7—9 zile se continuă drenajul numai cu meșe, până ce se obține o închidere completă, care se face progresiv cu diminuarea secreției.

Vindecarea completă de obicei survine în medie în timp de 15—20 zile.

Observațiuni clinice.

1. *Bolnavul G. I.* de 27 ani, intră în clinică în ziua de 26 II. 1938. Antecedente : nimic deosebit.

Istoricul boalei actuale : Boala pentru care bolnavul vine în serviciu, datează din seara zilei de 23 II. a. c. Ea a debutat brusc cu dureri abdominale difuze, mai accentuate la nivelul epigastrului. Aceste dureri au fost însoțite de temperatură, cefalee și vărsături alimentare. A doua zi durerile s'au localizat în întregime în fosa iliacă dreaptă, dispărând în restul abdomenului. Greșurile și vărsăturile au persistat și în această zi ; febra s'a accentuat și starea generală s'a înrăutățit. Cheamă un medic, care după ce îl examinează, îl îndrumă la serviciul clinicii chirurgicale.

Examenul local : la inspecție se constată că abdomenul este ușor distins, adipos. La palpate e elastic în afară de regiunea fosei iliace drepte, unde se constată o rezistență dureroasă, de mărimea unei portocale. La palpate profundă se produce o rezistență musculară cu contractură.

Temperatura 39.2°, pulsul 104, leucocitoza 12.000.

Diagnosticul : bloc apendicular.

Tratamentul. Bolnavul este pus în repaus absolut, cu gheață pe regiunea fosei iliace drepte ; se alimentează cu lichide. Zilnic se controlează temperatura, leucocitoza, pulsul.

Intre 26 II. — 28 II. se constată că starea generală este bună, pulsul scade, leucocitoza 12.000, bolnavul devine afebril. Intre 1. III — 21 III starea generală a bolnavului este bună ; leucocitoza scade în ziua de 9. III. la 9.000, iar în 12. III. la 8.400. Bolnavul este afebril ; pulsul oscilează între 108 și 120 până în ziua de 6. III. apoi scade sub 100. Local : din blocul apendicular a rămas un rest, cât un lat de deget, nedureros. Bolnavul părăsește serviciul în ziua de 21. III. S'a recomandat revenirea în serviciu peste câteva luni, pentru intervenție.

2. *Bolnava B. E.* de 24 ani, intră în clinică în ziua de 7. II. 1938.

Antecedente : nimic deosebit.

Istoricul boalei actuale. Boala actuală datează de 3 zile. A debutat cu dureri în fosa iliacă dreaptă, cu o stare de rău; subfebrilitate. Consultă un medic, care o îndrumă la clinică.

Starea generală. Temperatura 39.4, pulsul 88, leucocitoza 11.400.

Local: la palparea fosei iliace drepte se constată o sensibilitate în punctul lui Mac Burney. Nu se constată o împăstare evidentă a regiunii.

Diagnosticul: bloc apendicular.

Operația: Se face incizia Roux, La inspecția cavității abdominale se constată prezența epiploonului în regiunea apendicelui, mascând cecul. Se îndepărtează aceasta cu grijă, dar se constată prezența unui puroi cu miros penetrant; apendicele nu se extirpă. Se drenează cavitatea fosei iliace drepte cu tub și meșe, paracecal. Se aplică pansament.

Mersul boalei. Tratamentul postoperator. Prima zi temperatura e 39°, pulsul normal, bine bătut, bolnavul e înapetent, n'are vânturi, scaune. Acuză dureri. În zilele următoare, temperatura scade sub 38°, pulsul bun, starea generală bună.

Local s'a făcut pansament superficial și spălătură cu apă oxigenată și ozonogen. Abdomenul elastic, nedureros decât în imediata apropiere a plăgii. A avut vânturi și scaun după clismă joasă.

Intre 14—20 starea generală se menține bună; bolnavul devine afebril, leucocitoza 8.800, pulsul bun, are vânturi. Abdomenul elastic, plaga supurează, drenul se scurtează din două în două zile, iar în ziua de 20. II. se suprimă tubul de cauciuc; starea generală se menține bună. Din plagă se mai scurge puțină secreție purulentă dar în ziua de 24. II. se suprimă și meșa, căci plaga evoluează în condițiuni bune.

Bolnava părăsește clinica vindecată, recomandându-se ca să revină pentru apendicectomie după câteva luni.

3. *Bolnava B. V.* de 44 ani. Intră în clinică în ziua de 16. II. 1938.

Antecedente : nimic devsebit.

Istoricul boalei actuale. Boala datează din ziua de 1 I. 1938. A debutat cu dureri în fosa iliacă dreaptă, accentuate mai des la eforturi; bolnava a avut cefalee și senzație de greață; vărsături nu a avut. De atunci durerile persistă, se accentuează la eforturi, încât determină pe bolnava să stea în pat. Pofta de mâncare era diminuată, scaunul neregulat. Bolnava a pierdut mult în forță și greutate, între timp a avut și vărsături. Simptomele fiind din ce în ce mai pronunțate, intră în clinică.

La intrare, se constată o temperatură de 37,5°, pulsul 114. Bolnava acuză dureri în fosa iliacă dreaptă, cefalee, greață.

Examenui local. La palpație, în fosa iliacă dreaptă se delimitează o tumoră elastică: bine delimitată și sensibilă. În rest abdomenul de aspect și conformație normală.

Diagnosticul : bloc apendicular abcedat.

Operația : Se face o incizie aproximativ de 8 cm. în fosa iliacă dreaptă, în porțiunea cea mai proeminentă a tumorii. Se secționează pielea, țesutul celular subcutanat și aponevroza oblicului mare, după care apare o secreție purulentă, foarte fetidă. Se drenează cu 6 tuburi de cauciuc și meșe. Pansament.

Mersul boalei după operație : în primele două zile, bolnavă are subfebrilități, acuză dureri la nivelul plăgii. A avut și scaun și vânturi. Se face pansament zilnic. Se scurge un puroi murdar cu miros fetid.

Între 2. II. — 1. III. bolnava deja e afebrilă. Pulsul oscilează între 90—100. Starea generală bună; scaunele neregulate; e constipată, din care cauză se administrează laxative.

Local, se pansează în fiecare zi. Din abces se elimină puroi, în cantități mici. În ziua de 24. II. se suprimă tuburile lăsând pe loc 2 meșe.

Între 2. III. — 17 III. Starea generală bună. Bolnava e afebrilă; pulsul oscilează între 90—100. Pofta de mâncare bună, scaun și vânturi spontane. Local se pansează tot la două zile. În 5 Martie se suprimă meșele; plaga

evoluiază spre vindecare. În această stare, părăsește serviciul în ziua de 17 Martie, sfătuindu-o să se reîntoarcă după câteva luni, spre a se extirpa apendicele.

4. *Bolnavul S. V.* de 10 ani. Intră în clinică în ziua de 11 I. 1938. În antecedente nimic important.

Istoricul boalei: Boala actuală datează din 4. I. 1938. A debutat insidios, cu o jenă abdominală. Această jenă dispare pentru ca după o zi de acalmie să reapară din nou, de data aceasta fiind mai pronunțată. Spre a-și calma durerile, bolnavul aplică pe regiunea abdominală căldură. Durerea dispare din nou, totuși se simte rău, din care cauză se prezintă la clinică.

Local, la inspecție se constată că regiunea apendiculară e ușor proeminentă. La palpate se constată o împăstare consistentă. Semnul psoasului e pozitiv.

Diagnosticul: bloc apendicular.

Tratamentul preoperator: Între 11 I. 2 II. bolnavul e ținut în repaos complet, cu pungă cu gheață pe regiunea apendiculară. Se face controlul regulat al temperaturii, a leucocitozei; starea generală este bună; bolnavul devine abfebril. Local împăstarea cedează din zi în zi ceea ce permite ca în ziua de 3 II. să se execute operația.

Operația: Se face incizia Jalaguier. Se deschide cavitatea abdominală printr'o breșă peritoneală. Se încearcă luxarea cecului, care însă este fix. Apendicele se găsește localizat sub ficat: e prins în aderență și nu se poate luxa.

Se aplică o meșă în regiunea subhepatică, închizând cavitatea peritoneală parțial, apoi se pansează.

Mersul boalei în prima săptămână după operație se caracterizează, printr'o stare generală bună; bolnavul e subfebril, pulsul normal. Local plaga secretă ușor, drenajul se menține. În ziua de 14 II. se suprimă drenajul, iar în ziua de 18 II. bolnavul părăsește serviciul cu indicația de a reveni peste 3 luni pentru apendicectomie.

5. *Bolnava K. A.* 10 ani. Intră în clinică în ziua de 1—II. 1938.

Antecedente heredo-colaterale: părinții trăesc, sunt

sănătoși, are patru frați sănătoși, iar alți patru au murit, doi dintre ei în scarlatină, unul de angină difterică, iar al patrulea de dizenterie.

Istoricul boalei. Boala actuală datează din 25—I. 1938. Debutul a fost brusc, caracterizat prin vărsături și dureri mari în regiunea suprapubiană. Scaunul era regulat dar de culoare galbenă deschisă. Consultă un medic, care indică repaos, pungă cu gheață. Văzând că după câteva zile nu se simte mai bine, se prezintă la clinică.

La intrare în clinică temperatura e $38,2^{\circ}$, pulsul 94, leucocitoza 14.000. Bolnava acuză dureri în regiunea suprapubiană, are vărsături.

Local la palpare se constată o sensibilitate exprimată, mai ales în fosa iliacă dreaptă: se constată o contractură musculară a peretului abdominal.

Diagnosticul: Apendicită perforată, peritonită generalizată. Bolnava e operată imediat. Se practică incizia Roux; se deschide cavitatea abdominală. Se constată că apare în plaga operatorie o secreție purulentă, foarte fetidă, se luxează cecul și apendicele în plagă. Apendicele e gangrenos și perforat. Cecul prezintă false membrane. Se extirpă retrograd apendicele, bontul se infundă în bursă. Se drenează Douglasul cu un tub și meșă, deasemenea se drenează și loja renală cu tub și meșă... Se pansează.

Mersul boalei. Tratamentul postoperator. Intre 2 II.—5 II. starea generală a bolnavei e relativ satisfăcătoare. Temperatura prezintă miși oscilațiuni între $37,6^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$ pulsul între 96—116. Se administrează injecții de oleu camforat — chinin urethan; local se pansează, drenul se menține; plaga secretă. În ziua de 8 II. Starea devine îngrijorătoare, temperatura se ridică brusc la $38,8^{\circ}$, pulsul 130. Bolnava are fenomene de ileus. Local plaga secretă. Se scot tuburile, atât cel din Douglas, cât și cel din loja cecală, se schimbă meșele. Se face o debridare cu degetul. Plaga se spală cu apă oxigenată și ozonogen, se drenează cu meșe. A doua zi fenomenele de ileus au dispărut.

În 13. II. starea generală devine mai bună, pulsul 104,

temperatura subfebrilă. Bolnava are scaun și vânturi, local plaga bourgeonează. Durerile cedează din zi în zi, ușoare subfebrilități, după câteva zile scade sub 37° , concomitent cu pulsul. Plaga nu mai secretă decât foarte puțin, pansament tot la 2 zile. Starea bună a bolnavei permite ca în ziua de 15 II. să se scoale din pat și să umble; plaga încă nu e complet epitelizată. Peste 3 zile plaga este închisă, bolnava nu mai acuză durere, n'are temperatură; pulsul bun; deja umblă.

La cererea părinților, părăsește clinica cu indicația de a merge ambulator la pansament,

6. *Bolnavul L. W.* de 54 ani. Intră în clinică în ziua de 23 XI. 937

Antecedente: nimic important.

Istoricul boalei. Boala actuală datează de 3 zile; a debutat brusc cu cefalee, greață, vărsături și dureri violente în fosa iliacă dreaptă, cari după 2 zile difuzează pe întreg abdomen. Abdomenul devine ușor balonat, bolnavul este constipat. Cu aceste fenomene intră în clinică.

La intrare, în afară de simptomele de mai sus, se constată că are temperatura 39.6° — pulsul 106, leucocitoza 14,800, iar local; abdomenul balonat; hiperestezie cutanată pe întreagă suprafață; defensă musculară complectă, cu punctul dureros maxim în regiunea fosei iliace drepte.

Diagnosticul: apendicită perforată, peritonită generalizată.

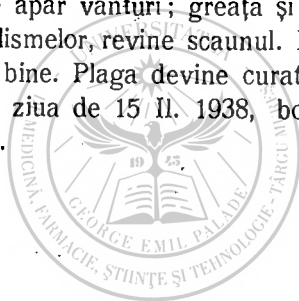
Operația. Incizia Jalaguier de circa 20 cm. lungime. Aponevroza și țesutul grăsos infiltrat. La deschiderea cavității se constată o mare cantitate de secreție purulentă, conținând și materii fecaloide; e atât de abundentă, încât se revarsă prin plagă.

În fosa iliacă dreaptă se constată un bloc inflamator, în care e prins cecul și 2 anse intestinale, acoperite de false membrane. După o ușoară debridare se constată la nivelul cecului o perforație, localizată la nivelul inserțiunii apendicelui în cec; apendicele este amputat, dar e lipit de o ansă intestinală; se extrage deslipindu-l. Se încearcă în

chiderea perforației cecale prin câteva fire. Se drenează larg Douglasul precum și regiunea cecală cu 2 tuburi de cauciuc și 3 meșe; se aplică pansament.

După operație, starea generală devine mai bună, vomismentele, greața, sughitul încetează. După câteva zile durerile diminuează mult. Meteorismul dispare, dar gazele se elimină împreună cu materiile fecale prin plagă. Se administrează zilnic cardiotonice, ser hipertonic, ser glucozat, timp de 2 săptămâni, aplicând zilnic 2 pansamente. Fistula stercorală se remediază prin a doua operație, ce are loc în ziua de 26 I. 1938. După această operație, timp de 4 zile starea generală se prezintă gravă, bolnavul nu are vânturi, iar ricina administrată nu-și face efectul. Se administrează cardiotonice, ser hipertonic. Local, pungă cu ghiață pe abdomen, pansament.

După 4 zile apar vânturi; greața și vărsăturile au dispărut. În urma clismelor, revine scaunul. Bolnavul se simte din zi în zi mai bine. Plaga devine curată. La 8 zile se scot firele, iar în ziua de 15 II. 1938, bolnavul părăsește serviciul vindecat.



CONCLUZIUNI.

1. Apendicita perforată constituie ultimul stadiu de evoluție a apendicitei acute; în cele mai multe cazuri e urmată de peritonită, care fie că va fi circumscrisă, închisată, formând blocul apendicular, fie că se va generaliza.

2. Perforația apendicelui poate evolua sub mai multe aspecte anatomo-clinice.

3. Blocul apendicular are o simptomatologie caracteristică; diagnosticul se face cu ușurință, tratamentul diferă de cel al apendicitei acute sau cronice; Constituie singura formă unde nu se intervine imediat, apendicectomia făcându-se numai după răcirea procesului și disparațiunea plastronului. Când blocul n'are tendință de resorbire, din contră starea generală se agravează, se va interveni, operația resumându-se la incizie și drenaj; apendicele se lasă pe loc.

4. Peritonită generalizată (apendiculară) este complicația cea mai gravă a apendicitei perforate. Tratatamentul se rezumă la drenarea largă a cavității peritoneale.

5. În clinica chirurgicală din Cluj se intervine imediat în toate formele de apendicită, afară de blocul apendicular, unde se așteaptă până la răcirea procesului. În cece privește intervenția la rece a blocurilor apendiculare, cazurile sunt individualizate; se intervine imediat ce fenomenele generale și locale au dispărut.

6. În ultimii 5 ani raportul de perforație al apendicitei a fost 9,5%.

7. Tot în ultimii cinci ani, mortalitatea generală în apendicită a scăzut dela 2,37% (din anul 1929), la 0,98% din totalurile de 2139 de cazuri operate.

8. Acest procent de mortalitate este cel mai mic din toate statisticile întâlnite.

9. Drenajul se practică în toate cazurile de perforație apendiculară urmată de peritonită. Această conduită e justificată prin cele două mici procente de mortalități: 4,9% în caz de apendicită perforată cu peritonită localizată și de 13,4% în peritonită generalizată, de origine apendiculară.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:
ss. Prof. Dr. M. Sturza.

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. Al. Pop



BIBLIOGRAFIE.

- C. ANGELESCU și G. BUZOIANU: Apendicectomiile pentru apendicită cronică și peritonitele apendiculare în raport cu câteva date statistice. Rev. de chirurgie. Buc. No. 8. din 1929.
- V. BABEȘ: Cercetări asupra apendicitei. Acad. Rom. 1921.
- O. BEUTNER: Du controle de l'appendice et de l'indication de l'appendicectomie au cours, de 1400 laparotomies gynecologiques. La Presse Med. No. 97 pag. 958 An. 1924.
- A. BROCA: L'appendicite. Paris. 1900 ed. L. Bailliere.
- P. CHARPIOT: Traitement de l'appendicite aigue, appendicectomie sistematique. These Paris 1925.
- CHITTU: Studiu statistic al intervențiilor pentru apendicite. Teză Buc. 1929. Tip. Estetica.
- DELAGENIER (du Mans): Des relations de l'append. et des affections des annexes. Congr. de Chir. 1897.
- G. DIEULAFOY: Manuel de pathologie interne T. II. Paris 1901 ed. Masson.
- G. A. DUMITRESCU: Despre intervenția chirurgicală precoce în peritonitele apendiculare. Teză Buc. 1916.
- P. DUVAL et AMELINAE. Reflexions a propos de 752 cas d'appendicite aigue chez l'adulte operes d'urgence. Com. Soc. Nat. de Chir. 25 III. 1931.
- I. N. FRÂNCU: Peritonita apendiculară. Teză Buc. 1929.
- PROF. DR. GEROTA: Apendicita. Ed. Cultura Națională Buc. 1929.
- ALEX. GORODCOVA: Gastropatiile de origină apendiculară. Teză Buc. 1927.
- P. GRÜNSTEIN: Apendicita retrocecală. Teză Buc. 1927.
- HATIEGANU—GOIA: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală. 1936. Tip. Cartea Românească.
- GUINARD: Les append meconnues. Journ. des parcr. 1905 et 1908.
- HEITNER: Apendicită și hemorozii. Teză Buc. 1931.
- I. HERȘCOVICI: Apendicită latentă. Teză Buc. 1927.

- A. KIVU : Apendicite și anexită. Teză Buc. 1916.
 I. LAFON : Les difficultes du diagnostic de l'appendicite chronique. These de Paris 1912.
 D. LĂZĂRESCU : Contribuțiuni la studiul apendicitei. Teză Iași 1925.
 E. LINDENBAUM : Apendicita gangrenoasă. Teză Buc. 1927.
 Z. MEGAS : Apendicita la copii. Teză Buc. 1927.
 E. MERIEL : L'appendicite senile. Revue de gyn. et de chir. abdominale Paris 1907 ed. Masson.
 C. MOLDOVAN : Apendicita retrocecală. Teză Cluj 1929.
 S. MOSSE : Pour l'appendicectomie. Enquete sur les mefaits de l'appendicite. La Med. internaționale. Paris 1929—1930.
 MC. NEILL LOVE : Quelques observations sur la pronostic de l'appendicite aigue. Britisch. Journ. of. Surgery No. 46 Oct. 1924.
 C. POENARU—CĂPLESCU : Albuminuria în cursul apendicitei. Com. Soc. de Chir. 8—IV. 1930.
 C. POENARU—CĂPLESCU : Apendicita și salpingita Spitalul 1913.
 C. POENARU—CĂPLESCU : Apendicita în cursul sarcinei. Soc. de Obst și gyn. 31—III. 1920.
 PROF. POP ALEX. : Considerațiuni asupra 2500 cazuri de apendicită operate în clinica chirurgicală din Cluj. Clujul Medical 1929.
 V. PSENIT : Peritonite acute apendiculare. Teză Buc. 1926.
 PROF. POP ALEX. : Un caz de apendicită flegmonoasă prin invaginația apendicelui ileo-cecal. Clujul Medical 1938.
 L. TESTUT et IACOB : Traite d'anatomie topographique IV. ed. T. II. Doim Paris 1922.
 M. TISCOVSCHI : Contribuțiuni la studiul colecistitei în raport cu apendicita. Teză Buc. 1926.
 F. VLADIMIRESCU : Rezultatul postoperator în 870 apendicectomii »la rece«. Teză Buc. 1916.
 D. ZEANĂ : Considerațiuni asupra apendicitei în clinica chirurgicală din Cluj. Teză Cluj 1924.